

Grille d'évaluation ECOS - ECC Poumon 2023

Cabinet de médecine générale

Patient de 65 ans consultant pour toux fébrile évoluant depuis 10 jours avec dyspnée d'effort

T° 39.0°C	TA 140/90 mmHg	FC 90 bpm	FR 20/min	SaO2 95%
--------------	-------------------	--------------	--------------	-------------

Anamnèse (25%)

Score : 0/44

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Caractérisation de la toux				0
Type de toux [sèche puis productive]	<input type="checkbox"/>			
Horaire [diurne et/ou nocturne]	<input type="checkbox"/>			
Facteurs déclenchants [effort, froid, position]	<input type="checkbox"/>			
Durée et évolution [10 jours, sèche puis grasse]	<input type="checkbox"/>			
Efficacité de la toux [productive ou non]	<input type="checkbox"/>			
Au moins quatre = oui, trois = ±, aucun à deux = non				
2. Caractérisation des expectorations				0
Couleur des crachats [jaunes-verts depuis 3 jours]	<input type="checkbox"/>			
Quantité [environ 1 paquet de mouchoirs/jour]	<input type="checkbox"/>			
Odeur [fétide si germes anaérobies]	<input type="checkbox"/>			
Présence de sang [hémoptysie]	<input type="checkbox"/>			
Évolution dans le temps [claires puis purulentes]	<input type="checkbox"/>			
Au moins quatre = oui, trois = ±, aucun à deux = non				
3. Caractérisation de la douleur thoracique				0
Localisation [thorax droit]	<input type="checkbox"/>			
Reproductible à la palpation [oui/non]	<input type="checkbox"/>			
Variation avec la respiration [augmentée à la toux]	<input type="checkbox"/>			
Irradiation [épaule si plèvre diaphragmatique]	<input type="checkbox"/>			
Intensité [échelle 0-10]	<input type="checkbox"/>			
Durée et circonstances [depuis hier soir, en toussant]	<input type="checkbox"/>			
Au moins cinq = oui, quatre = ±, aucun à trois = non				
4. Évaluation de la dyspnée				0
Circonstances [repos vs effort - moindre effort]	<input type="checkbox"/>			
Classification NYHA ou mMRC [stade III NYHA]	<input type="checkbox"/>			
Orthopnée [dort à plat]	<input type="checkbox"/>			
Dyspnée paroxystique nocturne [absence]	<input type="checkbox"/>			
Évolution dans le temps [aggravation récente]	<input type="checkbox"/>			
Sifflements ou bruits associés	<input type="checkbox"/>			
Au moins cinq = oui, quatre = ±, aucun à trois = non				
5. Signes généraux et symptômes associés				0
Fièvre [39°C ce matin, frissons nocturnes]	<input type="checkbox"/>			
Asthénie et perte de poids	<input type="checkbox"/>			
Sueurs nocturnes	<input type="checkbox"/>			
Signes d'insuffisance cardiaque [œdèmes, nycturie - absents]	<input type="checkbox"/>			
Autres symptômes respiratoires [rhinorrhée, pharyngite]	<input type="checkbox"/>			
Au moins quatre = oui, trois = ±, aucun à deux = non				

6. Antécédents personnels et facteurs de risque

0

- Pathologies chroniques [HTA, dyslipidémie] ☐
- Antécédents pulmonaires [aucun] ☐
- Hospitalisations antérieures [jamais] ☐
- Allergies médicamenteuses ☐
- Vaccinations [grippe, pneumocoque] ☐

Au moins quatre = oui, trois = \pm , aucun à deux = non

7. Habitudes et expositions

0

- Tabac [5 cigarettes/jour depuis 30 ans = 7.5 UPA] ☐
- Alcool [consommation occasionnelle] ☐
- Activité physique [marche régulière, monte 3 étages] ☐
- Exposition professionnelle [enseignant retraité] ☐
- Exposition infectieuse [conjoint grippal il y a 2 semaines] ☐

Au moins quatre = oui, trois = \pm , aucun à deux = non

8. Antécédents familiaux

0

- Pathologies pulmonaires [père BPCO sévère, décédé 68 ans] ☐
- Pathologies cardiovasculaires ☐
- Cancers [mère cancer sein à 60 ans] ☐
- Maladies héréditaires ☐
- Allergies familiales ☐

Au moins trois = oui, deux = \pm , aucun à un = non

9. Anamnèse en général - approche respiratoire systématique

☐

☐

☐

0

Bien = oui, suffisant = \pm , insuffisant = non

Examen clinique (25%)

Score : 0/39

Critères

Oui

\pm

Non

Points

1. Inspection générale - patient couché

0

- Aspect général [faciès, pâleur, transpiration, agitation] ☐
- Fréquence respiratoire [mesure et valeur] ☐
- Cycle respiratoire [rapport I/E, expirium prolongé] ☐
- Détresse respiratoire [tirage, muscles accessoires] ☐
- Cyanose centrale et périphérique ☐
- Hippocratisme digital ☐

Au moins cinq = oui, quatre = \pm , aucun à trois = non

2. Inspection thoracique - patient assis

0

- Forme du thorax [tonneau, pectus excavatum/carinatum] ☐
- Asymétrie thoracique ☐
- Déformations rachidiennes [cyphose, scoliose] ☐
- Cicatrices [thoracotomie, drains] ☐
- Respiration paradoxale [test mains abdomen/thorax] ☐

Au moins quatre = oui, trois = \pm , aucun à deux = non

3. Palpation thoracique

0

- Ampliation thoracique [symétrie des mouvements] ☐
- Localisation précise de la douleur [reproduction palpation] ☐
- Vibrations vocales [faire dire '33', comparaison G/D] ☐
- Technique correcte [bord cubital, 3 hauteurs] ☐
- Recherche d'emphysème sous-cutané ☐

Au moins quatre = oui, trois = \pm , aucun à deux = non

4. Percussion thoracique

0

- Limite inférieure poumons [percussion postérieure] ☐
- Comparaison sonorité G/D [3 hauteurs, région axillaire] ☐
- Reconnaissance des sons [normal, matité, tympanisme] ☐
- Technique correcte [doigt sur doigt] ☐
- Interprétation [épanchement, consolidation, pneumothorax] ☐

Au moins quatre = oui, trois = \pm , aucun à deux = non

5. Auscultation pulmonaire

0

- Demande respiration bouche ouverte ☐
- Points d'auscultation [postérieur 3 niveaux, axillaire, antérieur] ☐
- Comparaison symétrique G/D systématique ☐
- Murmure vésiculaire [intensité, symétrie] ☐
- Souffle tubaire [consolidation parenchymateuse] ☐

Au moins quatre = oui, trois = \pm , aucun à deux = non

6. Identification des bruits pathologiques

0

- Sibilances [sifflements haute fréquence - asthme] ☐
- Ronchi [basse fréquence, ronflements - bronchite] ☐
- Râles fins [crépitants, velcro - pneumonie, fibrose] ☐
- Râles grossiers [bulleux, humides - bronchite, OAP] ☐
- Frottement pleural [craquement tout le cycle] ☐
- Stridor [sifflement trachéal audible sans stéthoscope] ☐

Au moins cinq = oui, quatre = \pm , aucun à trois = non

7. Examen cardiovasculaire complémentaire

0

- Palpation choc de pointe ☐
- Auscultation cardiaque [5 foyers] ☐
- Œdèmes membres inférieurs ☐
- Turgescence jugulaire ☐
- Reflux hépato-jugulaire ☐

Au moins quatre = oui, trois = \pm , aucun à deux = non

8. Technique d'examen en général - séquence IPPA

☐

☐

☐

0

Bien = oui, suffisant = \pm , insuffisant = non

Management (25%)

Score : 0/35

Critères

Oui

\pm

Non

Points

1. Orientation diagnostique principale

0

Pneumonie communautaire [toux productive, fièvre, râles] ☐

Évaluation de la gravité [âge, comorbidités, signes vitaux] ☐

Scores de gravité [CRB-65, CURB-65] ☐

Indication d'hospitalisation [critères de sévérité] ☐

Au moins trois = oui, deux = ±, aucun à un = non

2. Diagnostic différentiel respiratoire



0

Au moins trois diagnostics évoqués = oui, deux = ±, un ou aucun = non

Diagnosics différentiels à considérer

Infections respiratoires

• **Pneumonie bactérienne communautaire** → *Radiographie thorax, NFS, CRP, hémocultures si sévère*

Arguments POUR:

- ☐ Toux productive purulente
- ☐ Fièvre 39°C avec frissons
- ☐ Douleur pleurale
- ☐ Contexte épidémique (conjoint)

• **Bronchite aiguë** → *Examen clinique, radiographie si doute*

Arguments POUR:

- ☐ Toux évoluant 10 jours
- ☐ Expectations purulentes
- ☐ Contexte viral initial

Arguments CONTRE:

- ☐ Fièvre élevée 39°C

Exacerbations chroniques

• **Exacerbation BPCO** → *Spirométrie à distance, radiographie thorax*

Arguments POUR:

- ☐ Tabagisme 7.5 UPA
- ☐ ATCD familial (père BPCO)

Arguments CONTRE:

- ☐ Pas d'ATCD personnel BPCO
- ☐ Bonne tolérance effort habituelle

Complications

• **Pleurésie parapneumonique** → *Radiographie thorax, échographie pleurale si doute*

Arguments POUR:

- ☐ Douleur pleurale à la toux
- ☐ Contexte infectieux

Arguments CONTRE:

- ☐ Pas de matité franche

3. Examens complémentaires de première intention

0

Radiographie thorax [consolidation, épanchement] ☐

NFS [hyperleucocytose, formule] ☐

CRP [syndrome inflammatoire] ☐

Saturation O2 [hypoxémie] ☐

Bandelette urinaire [antigènes pneumocoque/légionelle si sévère] ☐

Au moins quatre = oui, trois = ±, aucun à deux = non

4. Examens complémentaires selon gravité

0

Hémocultures [si critères hospitalisation] ☐

Gazométrie artérielle [si hypoxémie] ☐

PCT [aide décision antibiothérapie] ☐

PCR respiratoire [virus, bactéries atypiques] ☐

ECBC [si expectorations abondantes] ☐

Au moins trois = oui, deux = ±, aucun à un = non

5. Traitement antibiotique ambulatoire

☐☐☐**0**

Traitement approprié avec posologie = oui, partiel = \pm , inadapté = non

Première intention

Traitement : Amoxicilline

Détails : 1g x 3/j PO pendant 7 jours

Durée : 7 jours, réévaluation à 48-72h

Traitement : Alternative si allergie

Détails : Clarithromycine 500mg x 2/j ou lévofloxacine 500mg/j

Durée : 5-7 jours selon évolution

6. Traitements symptomatiques et mesures générales

0

Antipyrétiques [paracétamol 1g x 4/j si fièvre]

☐

Hydratation [1.5-2L/jour]

☐

Repos et arrêt de travail

☐

Oxygénothérapie si SpO2 < 92%

☐

Kinésithérapie respiratoire si encombrement

☐

Au moins quatre = oui, trois = \pm , aucun à deux = non

7. Surveillance et critères d'hospitalisation

0

Réévaluation clinique à 48-72h

☐

Critères CURB-65 ≥ 2 [Confusion, Urée, FR ≥ 30 , TA < 90/60, ≥ 65 ans]

☐

Désaturation < 90% en air ambiant

☐

Comorbidités décompensées

☐

Échec traitement ambulatoire

☐

Au moins quatre = oui, trois = \pm , aucun à deux = non

8. Prévention et conseils

0

Sevrage tabagique [orientation consultation]

☐

Vaccination antigrippale annuelle

☐

Vaccination antipneumococcique [> 65 ans]

☐

Mesures hygiéno-diététiques

☐

Consultation de suivi post-infection

☐

Au moins quatre = oui, trois = \pm , aucun à deux = non

9. Management en général - prise en charge infection respiratoire

☐☐☐**0**

Bien = oui, suffisant = \pm , insuffisant = non

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 : Patient de 65 ans | **Âge :** 65 ans

Contexte : Enseignant retraité consultant pour toux productive fébrile

Motif de consultation

Plainte principale : «Je viens vous voir car je tousse, et ce matin j'ai eu de la fièvre»

Si on demande s'il y a autre chose : «Je suis inquiet car mon père avait des problèmes pulmonaires graves»

Histoire actuelle

Symptôme principal :

- Toux depuis 10 jours, d'abord sèche puis grasse
- Crachats jaunes-verts depuis 3 jours
- Quantité environ 1 paquet de mouchoirs/jour
- Fièvre à 39°C ce matin
- Frissons nocturnes la nuit passée

Symptômes associés :

- Douleur thoracique droite seulement en toussant depuis hier
- Dyspnée au moindre effort, même à la maison
- Pas de dyspnée de repos
- Dort à plat, pas de réveil nocturne par dyspnée
- Pas de nycturie

Circonstances :

- Début progressif il y a 10 jours
- Aggravation ces derniers jours
- Conjoint a eu un épisode grippal il y a 2 semaines
- Limitation des activités habituelles

Habitudes

- **Tabac :** 5 cigarettes/jour depuis 30 ans (7.5 UPA)
- **Alcool :** Un verre de vin occasionnel
- **Activité :** Marche plusieurs fois/semaine, monte 3 étages habituellement
- **Profession :** Enseignant école primaire, retraité

Antécédents familiaux

- Père fumeur, bronchites à répétition, oxygène à domicile, décédé à 68 ans
- Mère cancer du sein à 60 ans, toujours vivante à 90 ans
- Sœur 70 ans en bonne santé

Simulation

Durant l'entretien :

- Toux productive pendant la consultation
- Légère dyspnée en parlant
- Expression d'inquiétude sur l'évolution (comme le père)
- Coopératif mais fatigué

Durant l'examen :

- Fréquence respiratoire légèrement augmentée
- Douleur à la palpation thorax droit
- Râles crépitants base droite à simuler
- Pas de cyanose ni hippocratisme

Questions à poser :

- Est-ce que je vais finir comme mon père avec de l'oxygène ?
- C'est une pneumonie docteur ?
- Combien de temps vais-je être comme ça ?

Traitements

Traitements actuels :

- Médicaments pour la tension (nom non retenu)
- Médicaments pour le cholestérol (nom non retenu)

Observance : Bonne observance habituelle

Contexte social

situation : Vit avec conjoint en bonne santé

enfants : 3 enfants en bonne santé

logement : Appartement 3ème étage

Autonomie : Totalelement autonome habituellement

Informations pour l'expert

Dossier médical de l'entretien

Patient 65 ans, ex-fumeur actif 7.5 UPA. Toux productive fébrile 10j avec expectorations purulentes. Dyspnée effort stade III NYHA. ATCD: HTA, dyslipidémie. AF: père BPCO sévère. Contexte épidémique (conjoint). Évoque pneumonie communautaire.

Points clés

- Anamnèse respiratoire complète avec caractérisation toux/expectorations/dyspnée
- Recherche facteurs de risque et exposition infectieuse
- Examen physique séquence IPPA systématique
- Reconnaissance bruits pathologiques (râles, sibilances, ronchi)
- Évaluation gravité pneumonie (CURB-65)
- Examen cardiovasculaire complémentaire obligatoire
- Diagnostic différentiel infections respiratoires
- Antibiothérapie probabiliste adaptée ambulatoire
- Critères hospitalisation et surveillance
- Prévention secondaire (vaccinations, sevrage tabac)

Pièges

- Ne pas quantifier la dyspnée (NYHA/mMRC)
- Oublier de caractériser les expectorations
- Ne pas rechercher les signes de gravité
- Mauvaise technique d'examen physique (ordre IPPA)
- Ne pas comparer systématiquement droite/gauche
- Confondre les différents bruits auscultatoires
- Omettre l'examen cardiovasculaire
- Ne pas évaluer les critères d'hospitalisation
- Antibiothérapie inadaptée ou sans réévaluation
- Oublier la prévention (vaccins, sevrage tabac)

Classification de la dyspnée

Échelles standardisées pour quantifier la dyspnée.

- NYHA I : efforts intenses sans limitation quotidienne
- NYHA II : efforts importants vie quotidienne
- NYHA III : efforts modérés, limitation importante
- NYHA IV : moindre effort ou repos
- mMRC 0-4 : de l'effort intense à dyspnée habillage
- Dyspnée aiguë vs chronique : délai < ou > 1 mois
- Dyspnée paroxystique nocturne : origine cardiaque

Bruits respiratoires pathologiques

Origine et signification des bruits adventices.

- Sibilances : rétrécissement bronchique (asthme, BPCO)
- Ronchi : sécrétions bronchiques grosses bronches
- Râles fins : origine alvéolaire (pneumonie, fibrose, OAP)
- Râles grossiers : sécrétions bronchiques (bronchite, OAP)
- Frottement pleural : inflammation plèvre
- Stridor : obstruction voies aériennes supérieures
- Souffle tubaire : consolidation parenchymateuse

Technique d'examen physique pulmonaire

Séquence IPPA : Inspection, Palpation, Percussion, Auscultation.

- Inspection : FR, cyanose, tirage, forme thorax
- Palpation : ampliation, vibrations vocales, douleur
- Percussion : matité (épanchement), tympanisme (pneumothorax)
- Auscultation : murmure vésiculaire, bruits surajoutés
- Comparaison systématique droite/gauche
- Points d'auscultation : post 3 niveaux, axillaire, antérieur
- Position patient : couché puis assis

Pneumonie communautaire

Diagnostic et prise en charge ambulatoire.

- Critères diagnostiques : toux, fièvre, expectorations, râles
- Score CURB-65 : Confusion, Urée, FR \geq 30, TA<90/60, \geq 65 ans
- Radiographie thorax : consolidation alvéolaire
- Germes fréquents : pneumocoque, H. influenzae, atypiques
- Antibiothérapie 1ère intention : amoxicilline 1g x3/j
- Durée traitement : 7 jours, réévaluation 48-72h
- Critères hospitalisation : CURB-65 \geq 2, hypoxémie

Facteurs de risque respiratoires

Identification des populations à risque.

- Tabagisme : principal FDR BPCO et cancer
- Âge > 65 ans : immunosénescence
- Comorbidités : diabète, insuffisance cardiaque
- Immunodépression : corticoïdes, chimiothérapie
- Expositions professionnelles : amiante, silice
- Facteurs environnementaux : pollution, allergènes
- Contexte épidémique : transmission interhumaine

Examens complémentaires en pneumologie

Hiérarchisation des examens selon le contexte.

- Radiographie thorax : 1ère intention infection/dyspnée

- Scanner thoracique : si Rx normale et forte suspicion
- Spirométrie : diagnostic et suivi obstructif/restrictif
- Gazométrie : si SpO2 <92% ou signes gravité
- Fibroscopie bronchique : hémoptysie, suspicion néoplasie
- Tests microbiologiques : ECBC, hémocultures si sévère
- D-dimères/angio-CT : si suspicion embolie pulmonaire

Rappels thérapeutiques

- Pneumonie communautaire : amoxicilline 1g x3/j 7j ou macrolide si allergie
- Exacerbation BPCO : amoxicilline-clavulanate + corticoïdes oraux
- Asthme aigu : β 2-mimétiques nébulisés + corticoïdes systémiques
- Embolie pulmonaire : anticoagulation curative HBPM/AOD
- Pneumothorax : drainage si >2cm ou symptomatique
- Pleurésie : drainage si épanchement abondant + antibiotiques si purulent
- Oxygénothérapie : objectif SpO2 92-96% (88-92% si BPCO)

Examens complémentaires

- Radiographie thorax face/profil : consolidation, épanchement, pneumothorax
- NFS : hyperleucocytose neutrophile si bactérien
- CRP/PCT : marqueurs inflammation, aide décision antibiotique
- Gazométrie artérielle : pH, PaO2, PaCO2 si dyspnée sévère
- D-dimères : exclusion EP si probabilité faible/intermédiaire
- Scanner thoracique : HR si pathologie interstitielle suspectée
- Spirométrie : VEMS/CVF pour diagnostic obstruction