

**LU POUR VOUS** Un score pour exclure un NSTEMI chez des patient à faible risque, sans dosage des troponines

Les douleurs thoraciques sont un motif de recours fréquent aux urgences et au cabinet du généraliste. Les recommandations actuelles proposent une évaluation clinique immédiate, la réalisation d'un ECG et en cas d'ECG non diagnostique (infarctus du myocarde sans élévation du segment ST (NSTEMI)), le dosage d'au moins un test de troponine et, pour la plupart d'entre elles, des tests de troponine en série. Ces stratégies sont démontrées comme sécuritaires, avec un taux faible d'événements cardiaques indésirables majeurs (MACE) lors du suivi, mais elles sont toutefois coûteuses, chronophages et nous sommes fréquemment amenés à référer les patients depuis le cabinet vers un centre d'urgences pour la suite de la prise en charge. Une règle clinique qui pourrait sélectionner des patients à très faible risque de NSTEMI, sans dosage de troponine, serait d'un grand intérêt pour éviter des

transferts inutiles aux urgences. Cette étude a pour objectif d'évaluer la sécurité de l'utilisation du score clinique HEAR (history, ECG, age, risk factors) pour exclure les NSTEMI, sans dosage de troponine. Il s'agit d'une étude observationnelle prospective, menée dans six services d'urgences en France et en Belgique, chez des patients majeurs, se présentant avec douleurs rétro-sternales non traumatiques, et sans STEMI à l'ECG d'admission. Un contact téléphonique de suivi et une étude du dossier médical ont eu lieu au 45<sup>e</sup> jour, afin d'évaluer le taux de MACE. Chacun des quatre éléments du score HEAR est classé de 0 à 2 points: a) suspicion clinique de SCA légère/moyenne/haute; b) ECG normal/avec modification non spécifique/modification du ST; c)  $\leq 45$  ans/ $> 45$  et  $< 65$  ans/ $\geq 65$  ans et d) absence de facteur de risque cardiovasculaire (CV)/1-2 facteurs de risque CV/ $\geq 3$  facteurs de risque CV. Un patient avec un score HEAR

inférieur à 2 points est considéré comme à faible risque et un NSTEMI peut être exclu sans mesure de troponine. Les données de 1402 patients ont été analysées. Parmi ceux-ci, 279 avaient un score HEAR inférieur à 2, ne nécessitant pas de doser les troponines. Lors du suivi au 45<sup>e</sup> jour, un seul MACE était survenu dans ce groupe de patients. Les auteurs concluent à la sécurité d'utilisation du score, avec un taux de faux négatifs de 1/279 soit de 0,4%, une sensibilité de 99,0% et un rapport de vraisemblance négatif de 0,05%.

**Commentaire:** Jusqu'où aller et à quel prix? Est-il acceptable de manquer 0,4% d'événements cardiaques majeurs, afin de décharger le système des urgences, d'accélérer la prise en charge des patients et de réduire les coûts de la santé? Il est souvent difficile d'accepter une incertitude diagnostique, alors que nous avons à notre disposition des examens

complémentaires pour y répondre. La prévalence de problèmes coronariens étant plus faible au cabinet que dans les centres d'urgences, l'utilisation de ce score ne devrait pas être moins sécuritaire dans ce contexte. Pour répondre à cette question, nous pouvons certainement nous appuyer sur une décision partagée individuelle avec nos patients grâce à une communication honnête et approfondie.

**Dre Charlène Mauron**

Unisanté, Lausanne

**Coordination: Dr Jean Perdrix,**  
Unisanté (jean.perdrix@unisante.ch)

Moumneh T, et al. Evaluation of HEAR score to rule-out major adverse cardiac events without troponin test in patients presenting to the emergency department with chest pain. *Eur J Emerg Med.* 2021 Aug;28(4):292-8. DOI: 10.1097/MEJ.0000000000000791.

## CARTE BLANCHE

## PATIENT OU CLIENT?



Pr Béatrice Schaad

Institut des humanités en médecine, UNIL  
Cheffe du Service de communication  
CHUV - 1011 Lausanne  
beatrice.schaad@chuv.ch

L'hôpital et l'hôtel constituent a priori deux univers clairement distincts. Le premier accueille un patient vulnérable donc prioritairement attentif à ses soins, le second un client prompt à formuler ses attentes. Si c'est en partie vrai, il n'en reste pas moins que sous la

blouse du malade sommeille un consommateur. Si l'on en doute encore, l'annonce de l'augmentation des primes pronostiquée entre 7 et 10% viendra rappeler que le système de santé fabrique désormais des clients tout autant qu'il permet de soigner des patients. Les dispositifs de collecte de doléances sont coutumiers de cette fluctuation automnale où l'usager insatisfait souhaite « en avoir pour son argent ».

Outre le fait d'avoir à faire à des patients-clients qui lient, tous deux, leurs évaluations des prestations à l'argent dépensé, l'hôtel et l'hôpital ont d'autres points communs: ils ont à faire à une clientèle toujours mieux informée et toujours plus exigeante, ils emploient par

ailleurs des professionnels aux profils extrêmement variés qui se relaient autour d'une même personne.

Cela ne saurait faire oublier ce qui les distingue: alors que les hôtels sont payés directement par les clients, les hôpitaux sont généralement rétribués par un tiers - des compagnies d'assurance. Le patient est un client captif et anxieux, qui ne détermine pas la durée de son séjour, alors que les professionnels les sont soumis à des pressions d'un tout autre genre qu'elles soient émotionnelles ou temporelles. Malgré cela, l'hôtellerie représente aujourd'hui une source d'enseignement importante pour les hôpitaux. Même si l'approche est réductrice au vu

des prouesses techniques mises en œuvre, le patient évalue sa prise en charge d'abord en fonction des services et de l'accueil qui lui ont été réservés. Or, dans ce domaine, l'hôtel a quelques foulées d'avance. Au CHUV, nous venons de conduire une première expérience très éclairante avec l'École hôtelière de Lausanne (EHL). Nous avons imaginé avec elle, un cours consacré à l'hospitalité à l'hôpital. Une quinzaine de professionnel-les soignants, médicaux et administratifs ont été invités à étudier durant cinq jours sur les mêmes bancs que les futurs directeurs d'hôtels. Le but consistait à analyser tout à la fois les besoins spécifiques d'un patient en termes d'accueil et les pratiques



© istockphoto/EvgeniyShkolenko

de l'hôtellerie susceptibles d'y répondre. Rendez-vous annulé mais non annoncé, opération décommandée tardivement, discontinuité de la prise en charge, informations lacunaires pour les proches, communi-

cation déficitaire: médecins, soignants ou administratifs ont ainsi brassé les thématiques identifiées comme problématiques et ont réfléchi à l'importation de solutions issues de l'hospitality management.

Il était surprenant de constater le nombre de ponts entre ces deux domaines d'activité. Le point commun le plus saillant étant la complexification vertigineuse des processus qui touchent tant un univers que l'autre et égarent les individus – malades ou clients d'hôtel, professionnel-les de l'hôpital ou de l'hôtel.

Comment raconter une histoire commune à l'usager alors que l'on est des dizaines à se relayer autour de lui? Comment développer une culture de l'accueil partagée dans un contexte de mondialisation? L'organisation des institutions hospitalières est devenue à ce point complexe qu'elle perd en lisibilité, tant pour le professionnel que pour le malade. Ainsi, durant son séjour, celui-ci est susceptible d'être vu par une multitude d'intervenants (essentiellement médecins et soignants), jusqu'à 44 pour une prise en charge

hospitalière en médecine et jusqu'à 75 pour un patient en chirurgie.<sup>1</sup> Cette démultiplication des rôles génère une perte de sens, voire une déresponsabilisation. Or, garantir un continuum pour le client est l'une des préoccupations majeures de l'hôtellerie. Employés de l'hôpital et de l'hôtel ont ainsi partagé le sens à retrouver la redéfinition du rôle et de la nécessité de chacun. De cet enseignement est ressorti un double bénéfice tant pour les pros que pour les malades. Et une façon de réconcilier les attentes du patient-client.

1 Whitt N, Harvey R, McLeod G, Child S. How many health professionals does a patient see during an average hospital stay? *N Z Med J.* 2007 May;120(1253): U2517. PMID: 17514218.

## ZOOM

## Faut-il opérer les patients avec sténose aortique sévère asymptomatique?

**Le remplacement chirurgical de la valve aortique (RVA) est une recommandation de classe I chez les patients souffrant d'une sténose aortique (SA) symptomatique. Qu'en est-il des personnes asymptomatiques avec fonction systolique préservée, représentant 1/4 des patients avec SA sévère et dont la prévalence dans la population générale est probablement plus élevée? La seule étude randomisée à ce jour (Kang et al., *N Engl J Med.* 2020) montrait un bénéfice du RVA précoce, mais l'absence de symptômes des participants n'était pas formellement établie (pas de tests d'effort).**

**Méthode:** étude randomisée, ouverte, multicentrique (9 centres dans 7 pays européens). Inclusion: > 18 ans avec critères échocardiographiques standards de SA sévère (surface valvulaire  $\leq 1,0 \text{ cm}^2$ , gradient valvulaire moyen  $\geq 40 \text{ mmHg}$  ou vitesse max du jet aortique  $> 4,0 \text{ m/sec}$ ) et FEVG  $> 50\%$ . Test d'effort systématique pour confirmer l'absence de symptômes et de limitation fonctionnelle. Exclusion: dyspnée d'effort, syncope ou pré-syncope, régurgitation aortique  $\geq 3+$ , anévrisme de l'aorte ascendante  $> 5 \text{ cm}$ , maladie mitrale significative, antécédent de chirurgie cardiaque, fibrillation auriculaire, espérance de vie  $< 3$  ans. Intervention: randomisation 1,1

intervention (RVA dans les 8 semaines suivant la randomisation) vs traitement standard selon les recommandations européennes (RVA en cas d'apparition de symptômes, si la FEVG diminue à  $< 50\%$  ou si la vitesse max du jet aortique augmente de  $> 0,3 \text{ m/sec/année}$ ). Analyse en intention de traiter. Issue primaire: composite de mortalité toute cause confondue ou événement cardiovasculaire majeur (infarctus aigu du myocarde, AVC, hospitalisation non planifiée pour insuffisance cardiaque aiguë requérant un traitement diurétique intraveineux ou inotrope).

**Résultats:**  $n = 157$ ; âge moyen de 67 ans, 43% de femmes, à bas

risque chirurgical avec risque médian prédit de mortalité de 1,7%. Au terme d'un suivi médian de 32 mois, la RVA précoce a été associée à une réduction relative de 54% de l'issue primaire (taux d'événements à 36 mois, 15,2% pour le RVA précoce contre 34,7% pour le traitement conservateur;  $p=0,02$ ). Cette différence était expliquée principalement par la réduction non significative des hospitalisations pour insuffisance cardiaque (4,0 vs 12,9%) et des décès (9,5 vs 20,1%). 25 patients (32%) du groupe conservateur ont dû subir un RVA durant le suivi car devenus symptomatiques.

**Discussion et interprétation:** étude de bonne qualité méthodologique avec question de recherche pertinente mais incluant des patients plutôt jeunes et à bas risque. L'incidence des issues secondaires (décès toutes causes confondues, première hospitalisation pour insuffisance cardiaque, hémorragies majeures ou complications thromboemboliques) ne différait pas significativement

entre les deux groupes mais la tendance était en faveur du RVA précoce. Limitations: recrutement variable selon les centres (115/157 patients recrutés dans un centre), taille de l'échantillon prédéfini non atteint raison pour laquelle le temps de suivi a été prolongé pour atteindre le nombre d'événements requis.

**Conclusion:** il faut discuter d'un RVA précoce dès qu'une sténose aortique sévère est identifiée chez un patient à bas risque chirurgical, indépendamment des symptômes et de la fonction systolique.

## Dr Benoît Delabays

## Avec la collaboration du groupe

MIAjour, Service de médecine interne, Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne

Banovic M, et al. Aortic valve replacement versus conservative treatment in asymptomatic severe aortic stenosis: The AVATAR Trial. *Circulation.* 2022;145:648–58. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.121.057639.