

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^e 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) ≤ 45 ans/ > 45 et < 65 ans/ ≥ 65 ans et d) absence de facteur de risque cardiovasculaire (CV)/1-2 facteurs de risque CV/ ≥ 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^e 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