

Grille d'évaluation ECOS - ECC Cardiologie 2022

 Cabinet de cardiologie

 M./Mme Alex Bureau, 60 ans, employé-e au Bureau des Automobiles, marié-e avec 3 enfants, consulte pour douleurs thoraciques récidivantes

TA
140/85 mmHg (D) | 138/83
mmHg (G)

FC
72 bpm

FR
16/min

T°
36.8°C

Anamnèse (25%)

Score : 0/41

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Caractérisation de la douleur thoracique				0
Localisation [rétro sternale, demander de montrer]	<input type="checkbox"/>			
Irradiation [bras gauche et mâchoire lors du 2ème épisode]	<input type="checkbox"/>			
Qualité [oppressante, très forte]	<input type="checkbox"/>			
Intensité [8/10 sur échelle de douleur]	<input type="checkbox"/>			
Durée [environ 5 minutes à chaque fois]	<input type="checkbox"/>			
Au moins quatre = oui, trois = ±, aucun à deux = non				
2. Facteurs déclenchants et circonstances d'apparition				0
Facteur déclenchant 1er épisode [montée escaliers 4 étages]	<input type="checkbox"/>			
Facteur déclenchant 2ème épisode [sortie restaurant après repas]	<input type="checkbox"/>			
Relation à l'effort [douleur après effort physique]	<input type="checkbox"/>			
Facteurs soulageants [arrêt de l'activité, repos]	<input type="checkbox"/>			
Évolution des crises [2 épisodes en 1 semaine]	<input type="checkbox"/>			
Au moins quatre = oui, trois = ±, aucun à deux = non				
3. Symptômes associés et recherche d'insuffisance cardiaque				0
Dyspnée d'effort [essoufflement au ski cet hiver]	<input type="checkbox"/>			
Dyspnée à la fin des escaliers [léger essoufflement]	<input type="checkbox"/>			
Orthopnée [à explorer]	<input type="checkbox"/>			
Dyspnée paroxystique nocturne [à explorer]	<input type="checkbox"/>			
Œdèmes membres inférieurs [à explorer]	<input type="checkbox"/>			
Palpitations [à explorer]	<input type="checkbox"/>			
Au moins cinq = oui, trois à quatre = ±, aucun à deux = non				
4. Classification de la sévérité (classes d'angine)				0
Impact fonctionnel [doit s'arrêter pendant l'effort]	<input type="checkbox"/>			
Limitation des activités [montée escaliers difficile]	<input type="checkbox"/>			
Angor au repos [non, seulement à l'effort]	<input type="checkbox"/>			
Classification probable [Classe II angine de poitrine]	<input type="checkbox"/>			
Au moins trois = oui, deux = ±, aucun à un = non				
5. Antécédents personnels cardiovasculaires				0
Diabète [glycémie élevée à 2 reprises, non traitée]	<input type="checkbox"/>			
Hypertension artérielle [pas mesurée récemment]	<input type="checkbox"/>			
Hypercholestérolémie [élevé une fois, régime puis plus contrôlé]	<input type="checkbox"/>			
Affections cardiaques [aucune connue]	<input type="checkbox"/>			
Hospitalisations [aucune]	<input type="checkbox"/>			
Les cinq = oui, trois à quatre = ±, aucun à deux = non				

6. Facteurs de risque cardiovasculaire

0

Tabagisme [arrêté il y a 4 ans, 0,5 paquet/jour x 40 ans = 20 UPA]

☐

Activité physique [pas de sport régulier, seulement ski hiver]

☐

Poids/IMC [65 kg, 1m60 → IMC 25,4]

☐

Médicaments [aucun sauf homéopathie]

☐

Alcool [ne boit pas]

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

7. Antécédents familiaux cardiovasculaires

0

Mère [93 ans, médicaments pour le cœur]

☐

Père [décédé 75 ans cancer prostate, pas CV]

☐

Frère [65 ans, bonne santé supposée]

☐

Oncle maternel [diabétique depuis enfance, décédé 45 ans]

☐

Recherche mort subite [aucune rapportée]

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

8. Anamnèse socioprofessionnelle et impact

0

Profession [Bureau des Automobiles]

☐

Entourage familial [marié-e, 3 enfants, 2 petits-enfants]

☐

Impact sur activités [garde petits-enfants prévue]

☐

Préoccupations [n'est jamais malade, inquiétude]

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

9. Anamnèse en général - ciblée sur cardiologie, systématique

☐☐☐

0

Bien = oui, suffisant = ±, insuffisant = non

Examen clinique (25%)

Score : 0/32

Critères

Oui

±

Non

Points

1. Signes vitaux et mesures anthropométriques

0

Fréquence cardiaque [palpation 15 secondes x 4]

☐

Tension artérielle [des deux bras]

☐

Fréquence respiratoire [comptage 30 secondes x 2]

☐

Poids et taille [calcul IMC]

☐*Les quatre = oui, trois = ±, aucun à deux = non*

2. Inspection générale et recherche de signes cardiovasculaires

0

Cyanose centrale [sous la langue]

☐

Cyanose périphérique [ongles]

☐

Signes cutanés [xanthélasma, couleur doigts]

☐

Inspection thoracique [choc de pointe, pulsations]

☐

Température des extrémités

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

3. Évaluation du pouls veineux jugulaire

0

Positionnement du patient [45° décubitus]

☐

Respiration par la bouche [éviter Valsalva]

☐

Niveau du collapsus veineux [< 1-2 cm au-dessus manubrium]

☐

Réflux hépato-jugulaire [compression foie 20-30 sec]

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

4. Palpation cardiovasculaire

0

- Pouls artériels [carotidien, radial, fémoral, tibial, pédieux] ☐
- Choc de pointe [localisation, amplitude, frémissement] ☐
- Aire précordiale [frémissement, expansion parasternale] ☐
- 2ème espace intercostal droit [frémissement sténose aortique] ☐
- Creux épigastrique [choc systolique VD] ☐

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

5. Recherche des signes d'insuffisance cardiaque

0

- Œdèmes prétibiaux [palpation bilatérale] ☐
- Hépatomégalie [palpation foie, insuffisance droite] ☐
- Auscultation pulmonaire [râles de stase, 3 hauteurs] ☐
- Reflux hépato-jugulaire [test fonctionnel] ☐

Les quatre = oui, trois = \pm , aucun à deux = non

6. Auscultation cardiaque systématique

0

- 5 foyers d'auscultation [aortique, pulmonaire, Erb, tricuspide, mitral] ☐
- Identification B1 et B2 [palpation pouls carotidien simultané] ☐
- Utilisation cloche et membrane [basses et hautes fréquences] ☐
- Position du patient [décubitus dorsal] ☐
- Recherche de souffles et bruits surajoutés ☐

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

7. Auscultation des carotides

0

- Auscultation bilatérale des carotides ☐
- Recherche de souffles carotidiens ☐
- Corrélation avec examen cardiaque ☐

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

8. Technique d'examen en général - systématique et professionnelle

☐ ☐ ☐

0

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

Management (25%)

Score : 0/36

Critères	Oui	\pm	Non	Points
1. Interprétation des symptômes et diagnostic principal				0
Évoque angor d'effort stable	<input type="checkbox"/>			
Classe II selon classification CCS	<input type="checkbox"/>			
Corrélation symptômes-effort	<input type="checkbox"/>			
Élimination angor instable (pas de repos)	<input type="checkbox"/>			
Au moins trois = oui, deux = \pm , aucun à un = non				
2. Identification des facteurs de risque cardiovasculaire				0
Diabète non traité [facteur de risque majeur]	<input type="checkbox"/>			
Hypertension probable [TA limite]	<input type="checkbox"/>			
Dyslipidémie [antécédent hypercholestérolémie]	<input type="checkbox"/>			
Tabagisme ancien [20 UPA]	<input type="checkbox"/>			
Surpoids [IMC 25,4]	<input type="checkbox"/>			
Sédentarité	<input type="checkbox"/>			
Au moins cinq = oui, quatre = \pm , aucun à trois = non				

3. Proposition d'examens complémentaires appropriés

0

- ECG de repos 12 dérivations ☐
- Test d'effort ou imagerie de stress ☐
- Bilan biologique [glycémie, HbA1c, lipides] ☐
- Échocardiographie de repos ☐
- Radiographie thoracique ☐

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

4. Stratification du risque cardiovasculaire

0

- Évaluation du risque global [ESC/SCORE] ☐
- Urgence de la prise en charge [angor stable mais symptomatique] ☐
- Nécessité d'explorations rapides ☐
- Évaluation pronostic à court et long terme ☐

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

5. Initiation du traitement médical optimal

0

- Antiagrégation plaquettaire [aspirine 100mg] ☐
- Bêta-bloquant [si pas de contre-indication] ☐
- Statine [atorvastatine forte dose] ☐
- Dérivés nitrés [pour crises d'angor] ☐
- Traitement des facteurs de risque [diabète, HTA] ☐

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

6. Conseils de prévention et modification du mode de vie

0

- Arrêt tabac définitif [consolider l'arrêt] ☐
- Activité physique régulière [programme progressif] ☐
- Contrôle pondéral [perte de poids] ☐
- Régime méditerranéen [cardioprotecteur] ☐
- Éducation thérapeutique [reconnaissance symptômes] ☐

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

7. Information du patient et planification du suivi

0

- Explication du diagnostic d'angor stable ☐
- Information sur l'évolution et le pronostic ☐
- Conseils pour la vie quotidienne [garde petits-enfants] ☐
- Conduite à tenir en cas de crise ☐
- Suivi cardiologique régulier programmé ☐

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

8. Management en général - approche globale du risque cardiovasculaire



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/la patient·e standardisé·e

Nom : Alex Bureau | **Âge :** 60 ans

Contexte : Employé·e au Bureau des Automobiles, marié·e avec 3 enfants et 2 petits-enfants, pensait être en bonne santé

Motif de consultation

Plainte principale : «Je viens vous voir parce que cela fait déjà deux fois que j'ai eu une douleur dans la poitrine»

Si on demande s'il y a autre chose : «Mes collègues m'ont vivement conseillé de consulter après l'épisode d'hier»

Informations personnelles

Profession : Bureau des Automobiles

État civil : Marié·e

Enfants : 3 enfants, 2 petits-enfants

préoccupations : Garde des petits-enfants prévue la semaine prochaine

État d'esprit : Inquiet·ète mais généralement optimiste

Histoire actuelle

Symptôme principal :

- Premier épisode il y a une semaine : montée escaliers 4 étages (ascenseur en panne)
- Douleur très forte et oppressante dans la poitrine au 3ème étage
- Durée environ 5 minutes, obligé·e de s'arrêter
- Deuxième épisode hier en sortant du restaurant après déjeuner
- Même oppression et douleur pendant 5 minutes
- Cette fois avec irradiation bras gauche et mâchoire

Symptômes associés :

- Petit essoufflement à la fin des escaliers
- Épisodes d'essoufflement cet hiver au ski avec petits-enfants
- Pas d'autres symptômes rapportés spontanément
- Pas de palpitations, pas de syncope

Circonstances :

- Les deux épisodes liés à un effort physique
- Collègues témoins du deuxième épisode
- Inquiétude car jamais malade auparavant
- Prévoit de garder les petits-enfants la semaine prochaine

Facteurs déclenchants :

- Effort physique : montée d'escaliers
- Contexte post-prandial pour le 2ème épisode
- Arrêt de l'activité soulage la douleur

Inquiétudes :

- N'est jamais malade habituellement
- Préoccupation pour les petits-enfants
- Inquiétude suite aux réactions des collègues

Habitudes

- **morphologie :** 65 kg pour 1m60 (IMC 25,4)
- **Activité physique :** Pas de sport régulier, un peu de ski en hiver
- **Tabac :** Arrêté il y a 4 ans suite à bronchite, fumait 0,5 paquet/jour depuis 40 ans
- **Alcool :** Ne boit pas d'alcool
- **Médicaments :** Aucun médicament sauf homéopathie pour les rhumes
- **Alimentation :** Pas de régime particulier

Informations personnelles

- **Profession :** Bureau des Automobiles
- **État civil :** Marié·e
- **Enfants :** 3 enfants, 2 petits-enfants
- **préoccupations :** Garde des petits-enfants prévue la semaine prochaine
- **État d'esprit durant la consultation :** Inquiet·ète mais généralement optimiste

Antécédents familiaux

- Mère : 93 ans, prend médicaments pour le cœur, jamais hospitalisée
- Père : décédé à 75 ans d'un cancer de la prostate
- Frère : 65 ans, peu de contact, pense qu'il est en bonne santé
- Oncle maternel : diabétique depuis l'enfance, décédé à 45 ans (cause inconnue)

Simulation

Durant l'entretien :

- Attitude coopérative mais légèrement anxieuse
- Insiste sur le fait de n'être jamais malade
- Montre la localisation de la douleur avec la main
- Évoque spontanément les collègues témoins

Durant l'examen :

- Coopératif·ve pour l'examen
- Aucun signe pathologique à simuler
- Examen cardiovasculaire normal
- Pas de signe d'insuffisance cardiaque

Questions à poser :

- Est-ce que c'est grave docteur ? Je ne suis jamais malade
- Est-ce que je peux garder mes petits-enfants la semaine prochaine ?
- Qu'est-ce qui a pu déclencher ces douleurs ?

Information à donner

Insister sur le caractère inhabituel (jamais malade), Mentionner l'essoufflement au ski si pas demandé, Préciser que les douleurs surviennent uniquement à l'effort, Évoquer les antécédents de glycémie élevée si questionné·e, Montrer préoccupation pour les petits-enfants

Dossier médical de l'entretien

Alex Bureau, 60 ans, employé·e Bureau Automobiles. Angor d'effort stable classe II avec 2 épisodes douleurs thoraciques oppressantes déclenchées par effort. FDR: diabète non traité, probable HTA/dyslipidémie, ex-fumeur (20 UPA), surpoids. ATCD familiaux: mère cardiopathie, oncle diabétique décédé jeune.

Rôles et interventions de l'expert·e

Évaluer la qualité de la caractérisation de la douleur thoracique

Observer la recherche systématique des facteurs de risque cardiovasculaire

Noter la technique d'examen cardiaque et recherche d'insuffisance cardiaque

Vérifier l'interprétation clinique et la stratification du risque

Évaluer la proposition thérapeutique et les conseils préventifs

Points clés

- Angor d'effort stable typique classe II
- Facteurs de risque cardiovasculaire multiples
- Diabète non diagnostiqué/traité (glycémie élevée x2)
- Ex-fumeur avec charge tabagique significative (20 UPA)
- Antécédents familiaux cardiovasculaires (mère, oncle)
- Nécessité évaluation cardiologique rapide
- Traitement médical optimal et prévention secondaire
- Éducation thérapeutique et modification mode de vie

Pièges

- Sous-estimer l'importance des facteurs de risque
- Ne pas rechercher l'anamnèse familiale détaillée
- Omettre l'examen physique complet (pouls, TA bilatérale)
- Ne pas quantifier le tabagisme en UPA
- Manquer le diagnostic de diabète probable
- Ne pas stratifier le risque cardiovasculaire global
- Oublier les conseils de prévention primaire
- Ne pas évaluer l'impact fonctionnel (classification)
- Retard dans l'initiation du traitement médical
- Ne pas rassurer sur l'activité avec les petits-enfants

Angor stable : définition et physiopathologie

Douleur thoracique ischémique déclenchée par l'effort, reproductible et soulagée par le repos.

- Déséquilibre entre apport et besoins en oxygène myocardique
- Sténose coronaire significative (>50-70%)
- Douleur typique : rétrosternale, oppressante, déclenchée par effort
- Irradiation possible : bras gauche, mâchoire, dos
- Durée : quelques minutes, soulagée par repos/trinitrine
- Facteurs déclenchants : effort, stress, froid, repas copieux
- Pronostic dépendant de l'étendue de la maladie coronaire

Classification de l'angor de poitrine (CCS)

Stratification fonctionnelle de la sévérité de l'angor selon Canadian Cardiovascular Society.

- Classe I : angor lors d'efforts très importants uniquement
- Classe II : légère limitation, angor à la marche rapide/escaliers
- Classe III : limitation considérable lors d'activités normales
- Classe IV : incapacité d'effectuer petits efforts ou angor de repos
- Facteurs aggravants : froid, stress émotionnel, post-prandial
- Évolution possible vers angor instable
- Impact sur qualité de vie et pronostic

Facteurs de risque cardiovasculaire

Identification et quantification des facteurs modifiables et non modifiables.

- Non modifiables : âge, sexe masculin, hérédité
- Modifiables majeurs : tabac, HTA, diabète, dyslipidémie
- Modifiables autres : obésité, sédentarité, stress
- Quantification tabagisme : paquets-années (UPA)
- Diabète : facteur de risque équivalent coronarien
- Calcul du risque global : SCORE, Framingham
- Cibles thérapeutiques selon niveau de risque

Examen cardiovasculaire systématique

Technique d'examen physique cardiaque et recherche d'insuffisance cardiaque.

- Signes vitaux : FC, TA bilatérale, FR
- Inspection : cyanose, signes cutanés (xanthélasma)
- Pouls veineux jugulaire : position 45°, niveau collapsus
- Palpation : pouls artériels, choc de pointe, frémissements
- Auscultation : 5 foyers, identification B1/B2
- Recherche signes d'insuffisance cardiaque
- Auscultation pulmonaire : râles de stase

Insuffisance cardiaque : signes cliniques

Reconnaissance des signes d'insuffisance cardiaque gauche et droite.

- Insuffisance gauche : dyspnée, orthopnée, DPN, râles
- Insuffisance droite : œdèmes, TJ, hépatomégalie, ascite
- Classification NYHA : limitation fonctionnelle progressive
- Reflux hépato-jugulaire : test diagnostique
- Galop B3 : signe de dysfonction systolique
- Cardiomégalie : déplacement choc de pointe
- Corrélation clinique avec imagerie (échocardiographie)

Stratégie diagnostique de l'angor stable

Approche diagnostique structurée de la douleur thoracique.

- Probabilité pré-test selon âge, sexe, symptômes

- ECG de repos : souvent normal en dehors des crises
- Test d'effort : épreuve d'effort ou imagerie de stress
- Échocardiographie : fonction VG, cinétique segmentaire
- Coroscanner : évaluation anatomique non invasive
- Coronarographie : gold standard diagnostique
- Bilan biologique : facteurs de risque, biomarqueurs

Rappels thérapeutiques

- Traitement antiangineux : bêta-bloquants, inhibiteurs calciques, dérivés nitrés
- Prévention secondaire : aspirine 75-100 mg/j
- Statine : atorvastatine 40-80 mg (cible LDL <1.8 mmol/L)
- IEC/ARA2 : si HTA, diabète ou dysfonction VG
- Trinitrine sublinguale : traitement des crises
- Revascularisation : si symptômes réfractaires ou ischémie étendue
- Modifications mode de vie : arrêt tabac, exercice, régime

Examens complémentaires

- ECG 12 dérivation : signes d'ischémie, séquelles
- Échocardiographie transthoracique : fonction et cinétique VG
- Test d'effort : épreuve sur tapis ou vélo
- Scintigraphie myocardique : perfusion d'effort/repos
- Coroscanner : anatomie coronaire, score calcique
- Bilan lipidique : cholestérol total, LDL, HDL, triglycérides
- HbA1c et glycémie : dépistage/suivi diabète
- Troponines : si suspicion syndrome coronaire aigu