

DRS : douleur rétrosternale

Une douleur rétrosternale se situe derrière le sternum, au milieu du thorax. DRS décrit un symptôme, pas un diagnostic. La priorité est de reconnaître une urgence et d'obtenir une évaluation adaptée.

Douleur thoracique nouvelle, intense ou inhabituelle, oppression, essoufflement, sueurs, malaise ou perte de connaissance : appelez immédiatement le 144 en Suisse. Ne conduisez pas vous-même. N'attendez pas quinze minutes pour demander de l'aide en présence de signes d'alerte.

Reconnaître les signes d'alerte

Une pression, un serrement ou une brûlure peuvent s'étendre aux bras, à la mâchoire, au dos ou au haut du ventre. Une difficulté à respirer, des nausées ou une faiblesse inhabituelle peuvent accompagner une urgence cardiaque ; une douleur typique n'est pas toujours présente. Une localisation ou une intensité isolée ne permet pas de rassurer.

Appeler et décrire

Composez le 144 en Suisse, ou le 112 dans l'Union européenne. Donnez le lieu exact et l'accès, votre numéro de rappel, ce qui se passe, l'heure de début et l'état de conscience et de respiration. Mettez le haut-parleur et suivez les questions de l'opérateur. L'appel passe avant la recherche d'un document ou d'un traitement.

Attendre avec la personne

Faites cesser l'effort et laissez la personne consciente dans une position confortable. Restez auprès d'elle et surveillez si elle répond et respire normalement. Faites ouvrir l'accès aux secours si quelqu'un peut le faire. Ne proposez pas un médicament trouvé sur Internet ; signalez les traitements habituels et suivez les instructions du 144.

Si elle ne répond plus

Si la personne ne répond pas et ne respire pas normalement, annoncez-le immédiatement au 144, commencez les compressions guidées par l'opérateur et faites apporter un défibrillateur. Allumez-le et suivez ses instructions. Si elle ne répond pas mais respire normalement, suivez les consignes de mise en position latérale et poursuivez la surveillance.

Une douleur qui a disparu ou qui semble liée au stress mérite encore une évaluation si elle est nouvelle ou inexpliquée. Ne concluez pas vous-même à une crise d'angoisse. En cas de doute sur une urgence, le 144 vous oriente ; la communauté Whop ne traite pas les urgences.

Repères : Fondation Suisse de Cardiologie, HUG ELIPS et SRC. Sources détaillées en dernière page.

Évaluer et transmettre

Fiche indépendante pour la préparation et la simulation. Appliquer le circuit, les habilitations et la procédure actuelle de votre établissement. Aucun agrément HUG, HEdS ou SRC revendiqué.

1. Alerter et répartir les rôles

En établissement, déclencher le circuit d'urgence interne et demander une évaluation médicale sans attendre de terminer l'entretien. En dehors, appeler le 144. Préciser qui reste auprès du patient, qui alerte et qui prépare le matériel. L'étudiant agit sous supervision ; l'accueil, l'ASSC et les autres métiers alertent dans leur périmètre, sans poser de diagnostic.

2. Examiner selon ABCDE

A : vérifier la liberté des voies aériennes. B : observer respiration, fréquence respiratoire, effort et saturation pulsée. C : relever fréquence et rythme cardiaques, pression artérielle et signes de mauvaise perfusion. D : apprécier conscience et changement neurologique. E : rechercher les éléments utiles en préservant intimité et chaleur. Toute menace vitale exige une action compétente immédiate et une réévaluation, sans attendre la fin de la séquence.

3. Organiser un ECG précoce

En cas de suspicion de syndrome coronarien aigu, obtenir un ECG à 12 dérivations dès le premier contact médical et une interprétation qualifiée dans les dix minutes : c'est le repère ESC 2023. Noter les horaires, identifier le tracé et transmettre sans délai. Un ECG initial normal n'exclut pas un syndrome coronarien aigu. La persistance ou la récurrence impose une réévaluation et, selon décision clinique, un nouvel ECG.

4. Recueillir une histoire courte et utile

Demander : début précis ; installation brutale ou progressive ; activité au début ; localisation et irradiation ; sensation ; intensité ; durée et évolution ; facteurs aggravants ou apaisants ; symptômes associés. Relever antécédents, allergies et traitements, notamment anticoagulants et médicaments récemment pris. Distinguer les mots du patient, les mesures et vos hypothèses. L'entretien ne retarde pas l'alerte ni l'ECG.

5. Préparer les examens prescrits

Préparer accès veineux et prélèvements selon habilitation et prescription. Pour la troponine, tracer l'heure des symptômes et des prélèvements, vérifier l'acheminement et suivre l'algorithme validé du laboratoire. Un résultat isolé ne constitue pas une autorisation de sortie : le médecin l'intègre au délai, à l'ECG, à la clinique et, si indiqué, à la cinétique. Aucune valeur seuil universelle n'est proposée ici.

6. Surveiller, transmettre, réévaluer

Adapter la surveillance à l'état du patient et au protocole local ; transmettre toute aggravation immédiatement. Préparer l'équipement de réanimation selon l'organisation du service. Les médicaments et l'oxygène relèvent d'une indication, d'une prescription ou d'un protocole autorisé : ne pas appliquer automatiquement une recette identique à toute DRS. Vérifier contre-indications et réponse au traitement avec le responsable clinique.

Raisonner sans retarder l'alerte

Une DRS n'est pas toujours coronarienne. Une douleur thoracique accompagnée de dyspnée peut notamment relever d'une embolie pulmonaire. Une douleur brutale ou une instabilité exige une recherche médicale des autres causes graves. Un antécédent d'anxiété ne clôt pas cette recherche. Cette fiche n'autorise ni prescription, ni interprétation autonome hors compétence, ni décision de sortie.

Cas 1 : « C'est probablement le stress »

Situation fictive : une personne de 52 ans, connue pour des épisodes anxieux, décrit depuis huit minutes une oppression nouvelle avec sueurs et nausées. Elle demande à attendre dans la salle d'accueil. Quelles sont vos premières décisions ?

Correction : Reconnaître les signes d'alerte et prévenir immédiatement le circuit compétent. Rester auprès de la personne, organiser l'évaluation et l'ECG selon le rôle professionnel. En dehors d'une structure, appeler le 144. L'antécédent anxieux ne permet pas d'attribuer ce nouvel épisode au stress. Ne pas attendre quinze minutes pour agir.

Cas 2 : « Le premier ECG est normal »

Situation fictive : la douleur persiste alors que le premier tracé est annoncé sans anomalie aiguë. La personne souhaite partir. Le dosage biologique n'a pas encore été interprété. Que transmettez-vous ?

Correction : Signaler immédiatement la persistance de la douleur et demander une réévaluation médicale. Poursuivre la surveillance prévue et préciser les horaires. L'absence d'anomalie initiale n'exclut pas un syndrome coronarien aigu ; les examens suivants et l'orientation relèvent de l'équipe responsable. Ne pas annoncer que tout va bien sur la seule base du premier ECG.

Une transmission courte

Exemple fictif de transmission structurée : « Je vous appelle pour une oppression thoracique nouvelle, débutée à 14 h 10, avec sueurs et nausées. La personne est consciente. L'évaluation initiale et les constantes sont en cours. Les antécédents et traitements restent à confirmer. Je demande une évaluation immédiate et l'organisation de l'ECG. Je reste auprès d'elle. » Compléter avec les valeurs réellement mesurées, sans inventer de résultat.

Traçabilité

Début rapporté des symptômes ; heure de l'alerte ; premières constantes et évolution ; heure de réalisation et de transmission de l'ECG ; interlocuteur et réponse reçue ; prélèvements ; traitements effectivement prescrits et administrés ; tolérance ; destination et relais. Noter explicitement les informations encore inconnues.

Vérifier avant d'appliquer

Références consultées le 3 octobre 2026. Les textes pédagogiques et cas sont originaux. Les recommandations citées ne valent pas validation institutionnelle de cette fiche.

Le document HUG SMUR identifié est daté du 15 décembre 2023. Il décrit un contexte préhospitalier spécifique : vérifier la version et les directives applicables à votre lieu de pratique. Aucun schéma médicamenteux de ce document n'est reproduit ici.

Fondation Suisse de Cardiologie : réagir en cas d'urgence

<https://swissheart.ch/fr/maladies-et-urgences/urgence/r%C3%A9agir-en-cas-durgence>

HUG, programme ELIPS : symptômes et conduite à tenir

<https://www.hug.ch/elips/quels-symptomes-que-faire>

ESC 2023 : recommandations sur les syndromes coronariens aigus, section 3

<https://academic.oup.com/eurheartj/article/44/38/3720/7243210>

NICE CG95 : évaluation d'une douleur thoracique récente

<https://www.nice.org.uk/guidance/CG95/chapter/recommendations>

Resuscitation Council UK : approche ABCDE, mise à jour juillet 2024

<https://www.resus.org.uk/library/abcde-approach>

HUG : maladie thromboembolique veineuse, mise à jour septembre 2025

<https://www.hug.ch/angiologie-et-hemostase/maladie-thromboembolique-veineuse-mtev-thrombose>

HUG SMUR : syndrome coronarien aigu, document public du 15 décembre 2023

https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/smur/protocoles/2023.12.15_visio_sca_bg.pdf

Swiss Resuscitation Council : recommandations 2025

<https://resuscitation.ch/fr/guidelines-2025>

En situation réelle, l'appel au service d'urgence et les instructions de l'équipe priment sur la lecture de cette fiche. Les informations ne permettent pas de conclure à un diagnostic, d'exclure une urgence ou de choisir seul un traitement.