



UNIVERSITÉ DE LILLE
DÉPARTEMENT FACULTAIRE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année 2025

MÉMOIRE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT D'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCÉE

**MENTION : PATHOLOGIES CHRONIQUES STABILISÉES, PRÉVENTION ET
POLYPATHOLOGIES COURANTES EN SOINS PRIMAIRES**

**Impact des représentations professionnelles sur le retard de prise en soins de
l'infarctus du myocarde chez la femme : étude des signes atypiques et
enjeux pour la santé publique**

Présenté et soutenu publiquement le 2 juillet 2025
A Lille (département facultaire de médecine Henri Warembourg)
Par Capucine Martinache

JURY :

Président du jury : Pr Pierre THOMAS
Enseignante infirmière : Madame Hélène DEHAUT
Directrice de mémoire : Madame Gwladys ACOULON

Département facultaire de médecine Henri Warembourg
Avenue Eugène Avinée
59120 LOOS

REMERCIEMENTS

Ces deux années de formation ont été riches en émotions et en accomplissements, tant professionnels que personnels. Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont accompagnée, suivie et soutenue tout au long de ce parcours enrichissant. Sans elles, je n'aurais pas pu mener à bien mon projet d'obtenir ce diplôme.

Je tiens à remercier Madame KOZLOWSKI, pour l'encadrement et les conseils qu'elle m'a apportés au cours des premières étapes de ce travail.

Je souhaite également adresser un grand merci à ma directrice de mémoire, Madame ACOULON, qui a accepté de reprendre la direction de mon mémoire en toute fin d'étude. Sa disponibilité, son écoute et son implication m'ont permis de finaliser ce travail de recherche.

Étant en formation initiale, je tiens à remercier le Professeur François PUISIEUX, responsable de la formation, Madame ACOULON, directrice des études, ainsi que l'ensemble de l'équipe pédagogique pour m'avoir permis de suivre cette formation d'infirmière en pratique avancée, et surtout, d'avoir cru en moi du début à la fin.

Un grand merci à madame GODEFFROY pour sa bienveillance, sa disponibilité et l'intérêt sincère qu'elle porte aux étudiants IPA.

Je remercie mes amies de formation : Samia, Filibelle, Margot, sans qui ces deux années de formation n'auraient pas été les mêmes. Merci pour les rires, les échanges et les expériences partagées.

Je tiens également à remercier ma mère et son compagnon, ainsi que mon frère, pour m'avoir poussée à me lancer dans cette formation et pour avoir cru en mes capacités dès le départ. Merci pour votre soutien dans les moments de doute et d'incertitude.

Je remercie mon compagnon, Paul, pour son soutien sans faille, pour m'avoir encouragée à poursuivre la formation et pour être à mes côtés chaque jour. Merci de m'épauler et de me soutenir quotidiennement.

GLOSSAIRE

IPA : Infirmier(e) en pratique avancée

SCA : Syndrome coronarien aigu

IDM : Infarctus du myocarde

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

IMC : Indice de masse corporelle

HTA : Hypertension artérielle

ETP : Éducation thérapeutique du patient

IOA : Infirmier organisateur de l'accueil

Sommaire

I. INTRODUCTION GENERALE	1
II. CADRE THEORIQUE.....	2
1. L'INFARCTUS DU MYOCARDE	2
2. LE CONCEPT DE RETARD DE PRISE EN SOINS	9
3. LES REPRESENTATIONS SOCIALES	13
4. IMPLICATIONS EN SANTE PUBLIQUE ET PREVENTION DU SYNDROME CORONARIEN AIGU CHEZ LES FEMMES.....	13
5. QUESTION DE RECHERCHE	18
6. HYPOTHESE ET OBJECTIFS DE L'ETUDE	18
III. METHODE	19
1. TYPE D'ETUDE.....	19
2. CONSIDERATION ETHIQUE	19
3. POPULATION CIBLEE.....	20
4. RECUEIL DES DONNEES	20
5. ANALYSE DES DONNEES	21
IV. RESULTATS ET ANALYSE DES ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS	22
1. PRESENTATION DES PROFESSIONNELS INTERROGES.....	22
2. ANALYSE DES ENTRETIENS	22
V. DISCUSSION	30
1. CONFRONTATION THEORIE, PRATIQUE.....	31
2. IMPLICATIONS DES INFIRMIERES EN PRATIQUE AVANCEE	38
3. LIMITES ET FORCES DE L'ETUDE	43
4. LES PERSPECTIVES.....	45
CONCLUSION.....	46

I. Introduction générale

En France, les maladies cardiovasculaires sont responsables de près de 200 décès par jour, soit environ 76 000 décès par an chez les femmes. Selon Vincent Moral, coordinateur du bus du cœur des femmes, les accidents cardiovasculaires augmentent de 5% tous les ans chez les femmes âgées de 40 à 50 ans.⁽¹⁾

Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité chez les femmes en France. On compte, parmi elles, l'infarctus du myocarde qui "tue plus les femmes que les hommes. Sur les 147 000 personnes qui décèdent chaque année en France d'une maladie cardiovasculaire, 54% sont des femmes."⁽²⁾

"Étourdissement soudain, sensation de brûlure d'estomac, nausées ou vomissements, sueurs froides, fatigue inhabituelle"⁽¹⁾, ce sont ces signes atypiques qui expliquent que l'infarctus du myocarde est la première cause de mortalité chez la femme. Cela représente 18% des décès.

Les signes de l'infarctus du myocarde chez la femme sont souvent sous-estimés, tant par les patientes que par certains professionnels de santé. Les symptômes masculins, étant complètement différents et mieux connus, mènent à des erreurs de diagnostic chez les femmes.⁽¹⁾

Au-delà des signes cliniques, cette problématique implique des enjeux cruciaux pour la santé publique. En effet, il est de notre rôle de sensibiliser la population féminine aux risques cardiovasculaires et de former les professionnels de santé à la reconnaissance de ces symptômes atypiques. De plus, l'amélioration des stratégies de prévention est cruciale afin de réduire les inégalités de prise en soins entre les hommes et les femmes, et améliorer ainsi les pronostics.

Pour expliquer au mieux mon sujet, je définirai l'infarctus du myocarde et j'étudierai les facteurs de risque cardiovasculaires spécifiques aux femmes avant de parler de la différence des signes de l'infarctus du myocarde entre l'homme et la femme. J'analyserai ensuite les raisons du retard de prise en soins de l'infarctus du myocarde chez les patientes. Enfin, je définirai les représentations sociales et j'explorerai les moyens de prévention existants.

II. Cadre théorique

1. L'infarctus du myocarde

a. Définition du syndrome coronarien aigu

Le syndrome coronarien aigu (SCA) est induit par un rétrécissement ou une obstruction des artères coronaires.⁽³⁾

L'athérosclérose est le principal facteur responsable de l'obstruction des artères coronaires. Des plaques d'athéromes, composées de cholestérol, de fibres et de débris cellulaires, se forment sur la paroi des artères. Une inflammation chronique, causée par ces plaques, va fragiliser les vaisseaux sanguins. Les plaques d'athérome vont finir par se rompre et ainsi provoquer la formation d'un caillot sanguin nommé thrombus qui va ensuite boucher l'artère. ⁽⁴⁾

Ces artères coronaires ont pour rôle d'alimenter le cœur en oxygène. Le myocarde, qui sera alors privé de son oxygène, entraînera une angine de poitrine instable. En fonction de l'obstruction de l'artère, on différencie trois formes du syndrome coronarien aigu.

Premièrement, dans l'*angor instable*, l'artère coronaire est temporairement obstruée. Les symptômes cessent lorsque le caillot disparaît spontanément. Dans ce cas de SCA, le myocarde n'est pas affecté, il ne se nécrose pas mais est néanmoins annonciateur d'un IDM.⁽⁵⁾

Deuxièmement, dans le SCA, on retrouve l'*infarctus du myocarde sans sus-décalage du segment ST (NSTEMI)* à l'électrocardiogramme. Les conséquences sont moindres par rapport à l'IDM avec sus-décalage du segment ST. Dans ce cas, le flux sanguin est altéré par l'occlusion partielle de l'artère, ce qui entraînera une ischémie et des lésions myocardiques.

Enfin, on détermine l'*infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST (STEMI)* à l'électrocardiogramme. Cette forme du SCA constitue une urgence vitale afin de revasculariser l'artère bouchée à l'aide d'un ballonnet et la pose de stent. En effet, dans ce cas, le vaisseau est complètement occlus, le sang ne circule plus. Les cellules myocardiques de la zone impactée vont nécroser par manque d'oxygène. ⁽³⁾

Mais quels sont les facteurs de risque de l'infarctus du myocarde ?

b. Les facteurs de risque de l'infarctus du myocarde

Concernant les facteurs de risque, on distingue deux classes. Les facteurs de risque non modifiables et ceux modifiables.

Parmi les facteurs non modifiables, on retrouve l'âge et le sexe. En effet, le risque de déclarer une pathologie cardiovasculaire augmente avec l'âge, après 50 ans chez l'homme et après 60 ans chez la femme. Cependant, avant la ménopause, la probabilité qu'une femme fasse un infarctus du myocarde est quatre fois moins élevée que chez les hommes. Cette probabilité sera équivalente entre les sexes une fois que la femme sera ménopausée. De plus, le risque cardiovasculaire tend à augmenter chez les jeunes femmes du fait d'une augmentation du tabagisme, de la sédentarité et du surpoids.⁽⁶⁾

De plus, les antécédents familiaux jouent un rôle crucial dans l'évaluation du risque cardiovasculaire. En effet, si un membre familial a déclaré une pathologie cardiovasculaire à un âge précoce, le risque cardiovasculaire tend à augmenter. ⁽⁶⁾

Ensuite, on retrouve les facteurs de risque qui peuvent être modifiés par les changements de mode de vie. Parmi ceux-ci, on retrouve le tabagisme qui va engendrer un rétrécissement des artères. Il va favoriser la formation de thrombus et causer divers troubles du rythme cardiaque. Le tabagisme passif augmente le risque d'infarctus du myocarde « d'un quart si la personne est exposée 1 à 7 heures par semaine et de 62 % pour une exposition de 22 heures par semaine. »⁽⁶⁾

Parmi les facteurs modifiables, on retrouve l'hypertension artérielle et le diabète qui, lorsqu'il est mal contrôlé, peut endommager les parois des artères. De plus, une alimentation grasse, le surpoids ou l'obésité, la sédentarité va mener à un taux élevé de cholestérol qui va engendrer des dépôts gras sur les parois des artères et va donc bloquer la circulation du sang avec le temps (athérosclérose). Enfin, la consommation d'alcool fait également partie de ces facteurs.

c. Le stress, un facteur de risque majeur

Le stress est un facteur de risque important à contrôler. En effet, le stress peut induire de nombreuses pathologies cardiovasculaires, neurodégénératives, mentales, auto-immunes et cancéreuses. Le stress est présent dans notre quotidien. Il peut être chronique avec différents facteurs : bruit, contraintes liées au travail, troubles du stress post-traumatiques, stress psychologique, accompagnement d'une personne proche dépendante. Il est aussi parfois aigu, « secondaire à une expérience traumatisante, terrifiante ou de surprise. »⁽⁷⁾

D'après une étude réalisée par Santé Publique France en 2024, environ 11% des femmes souffrent d'une maladie liée à leur travail. On retrouve une « souffrance psychique en lien avec le travail (SPLT) »⁽⁸⁾ qui est deux fois plus importante chez la femme (6% chez la femme, 3% chez l'homme).⁽⁸⁾

Le stress aigu va augmenter la tension artérielle ainsi que la fréquence cardiaque. Ces augmentations vont favoriser la vasoconstriction des artères. Cependant, on sait que les artères coronaires des femmes ont un plus petit calibre que les hommes et les rendent ainsi plus fragiles aux spasmes liés au stress.⁽⁹⁾

Le stress aigu va avoir un impact décisif sur notre corps. Le cholestérol LDL va augmenter, tandis que le cholestérol HDL diminuera. Ce stress important va inciter les personnes à fumer et donc augmenter la pression artérielle. Cela va également entraîner une vasoconstriction des artères coronaires, le sang coagulera plus facilement, des troubles du rythme cardiaque apparaîtront et des ruptures de plaques d'athéroscléroses surviendront.

Le stress chronique est tout aussi nocif. La chronicité va induire l'activation du système nerveux sympathique et sécréter plus facilement du cortisol. Cette hormone épuise notre système immunitaire et entraîne une diminution du magnésium sanguin, qui est elle-même liée à une hypersensibilité au stress. Le cortisol va augmenter de nombreux facteurs de risque : sommeil perturbé avec une asthénie plus importante, croissance de l'envie de fumer pour essayer de lutter contre le stress, augmentation des périodes de grignotages...⁽⁹⁾

Toutes ces manifestations du corps humain face au stress augmentent significativement le risque de survenue d'un infarctus du myocarde. ⁽⁹⁾

d. Les hormones, un facteur de risque majeur chez les femmes

Les spécificités hormonales de la femme constituent un facteur de risque cardiovasculaire majeur.

La contraception

Beaucoup de pilules sont essentiellement composées de deux hormones : les œstrogènes et la progestérone. Elles sont classées en fonction du progestatif en première, deuxième et troisième génération. Il a été démontré que les femmes sous pilule de première et deuxième génération ont un risque cardiovasculaire plus faible que celles qui ont une pilule de troisième génération.⁽¹⁰⁾

La contraception oestroprogestative engendre une hypertension artérielle chez 5% des femmes. Elle va, de même, multiplier par deux le risque de survenue d'infarctus du myocarde et par trois voire six les pathologies thrombo-emboliques veineuses. La probabilité qu'une femme de 30 ans soit touchée par un caillot sanguin est multipliée par 3 et par 6 chez une femme de 40 ans. Une femme ne prenant pas de contraception orale a un risque de 2 sur 10 000 d'être touchée par une thrombose veineuse profonde, tandis que les pilules de 2^{ème} génération donnent un risque de 7 sur 10 000 et les pilules de 3^{ème} génération donnent un risque de 9 à 12 sur 10 000.

La contraception hormonale progestative, la micropilule, est composée uniquement d'un progestatif. Il n'existe pas, avec cette contraception, les risques cardiovasculaires que peuvent avoir les pilules évoquées précédemment.

Le patch et l'anneau vaginal sont des contraceptifs qui ne sont pas remboursés par la sécurité sociale et ils comportent les mêmes risques que les pilules oestroprogestatives de 3^{ème} génération.

Concernant les stérilets, le stérilet en cuivre est à limiter chez les femmes sous anticoagulants. Il ne comprend pas de risque cardiovasculaire.

Enfin, il existe le stérilet à la progestérone. Cependant, il ne doit être en aucun cas prescrit chez une patiente à risque d'accident cardiovasculaire.⁽¹⁰⁾

Mais qu'en est-il du risque de l'association tabac/pilule ?

La pilule et le tabac

L'association de la pilule et du tabac forme un risque élevé de survenue d'événement cardiovasculaire. Le tabagisme est déjà, à lui seul, un facteur de risque cardiovasculaire modifiable. En plus de celui-ci, on ajoute la pilule oestroprogestative qui, comme vu plus haut, augmente le risque artériel et veineux. L'association augmente significativement le risque cardiovasculaire qui s'intensifie aussi avec l'âge. Après 35 ans, ce risque est dix fois plus important dès la consommation de dix cigarettes par jour.

La pilule oestroprogestative est alors contre-indiquée chez les patientes fumeuses de plus de 35 ans. Avant cet âge, cette contraception peut être utilisée chez les personnes n'ayant pas de facteurs de risque cardiovasculaires (obésité, diabète, hypertension artérielle...)

Cependant, la contraception progestative peut tout à fait être prescrite quels que soient l'âge et la consommation de tabac.⁽¹⁰⁾

La grossesse

La femme présente, lors d'une grossesse, des risques importants d'hypertension artérielle et de thrombose veineuse qui sont susceptibles de se transformer en éclampsie et/ou en embolie pulmonaire.

Le risque qu'un thrombus se forme au cours d'une grossesse est évalué 5 à 6 fois plus élevé qu'une femme non enceinte. Ce risque est d'autant plus présent au dernier trimestre de grossesse et persiste dix semaines après l'accouchement.

De plus, on estime qu'environ 10% des femmes vont présenter une hypertension artérielle au cours des vingt premières semaines de grossesse. 3% de ces femmes avaient déjà une hypertension artérielle préexistante. Cependant, lorsqu'elle se déclare lors de la grossesse, cette hypertension est due à une anomalie des vaisseaux du placenta qui active alors des facteurs hypertenseurs chez la future mère. Cette hypertension s'estompera quelques semaines après l'accouchement.

Les risques de l'hypertension artérielle chez la femme enceinte sont plutôt neurologiques, cardio-pulmonaires et rénaux. La prééclampsie est un risque rare (2%) qui causera 30% de décès maternels et 20% de décès fœtaux. Concernant le fœtus, l'hypertension artérielle causera des décollements placentaires avec la présence d'un retard de croissance, un accouchement prématuré et une chance plus élevée de césarienne.⁽¹⁰⁾

La procréation médicalement assistée (PMA)

Dans le monde, certaines femmes n'arrivent pas à procréer et vont avoir recours à la procréation médicalement assistée.

Cependant, les fécondations in vitro augmentent légèrement le risque de phlébite chez la femme. La dose d'hormone, étant très élevée lors des stimulations, peut engendrer des hyperstimulations ovariennes et ainsi des accidents thrombo-emboliques.

On remarque également que les grossesses issues d'un don d'ovocytes ont un taux élevé de complications atteignant 50%, notamment après 50 ans. Ces complications comprennent l'hypertension artérielle, la prééclampsie, les accidents thrombo-emboliques, les hémorragies post-partum...

La ménopause

Qu'est-ce que la ménopause ? Entre 46 et 57 ans, la femme entame une nouvelle période de sa vie. Les ovaires qui, depuis la puberté, assurent leur rôle de production d'œstrogène et de progestérone, vont petit à petit cesser de fonctionner. En préménopause, c'est le taux de progestérone qui diminue et une fois la ménopause ancrée, la production d'œstrogène va également cesser. La ménopause est définitive un an après les dernières menstruations.

De nombreux symptômes vont venir perturber la vie des femmes. A **court terme**, on observe la présence de bouffées de chaleur, de troubles du sommeil, d'une prise de poids, une diminution de la masse maigre, des troubles de l'humeur, une asthénie, des douleurs articulaire... A **moyen terme**, on retrouve une incontinence, des infections urinaires, de la sécheresse vaginale, des troubles de la libido, le vieillissement de la peau... Enfin, à **long terme**, on remarque de l'ostéoporose, le déclin de la mémoire et la présence de maladies cardiovasculaires.(10)

Le bénéfice de la protection cardiaque revient à la présence des œstrogènes. En effet, l'estradiol, principale hormone active, a des effets bénéfiques sur la santé cardiovasculaire. Elle agit en ralentissant le vieillissement artériel, en dilatant les artères qui vont demeurer souples.

De plus, l'estradiol va freiner la formation des plaques d'athérome en agissant sur le mauvais cholestérol. Outre ces effets protecteurs, cette hormone agit également sur la coagulation. Elle dispose d'une propriété anticoagulante freinant ainsi la formation de thrombus au sein des artères coronaires. Cependant, lorsque ce taux diminue rapidement ou longtemps, cela peut induire des thromboses de l'artère allant parfois jusque l'infarctus du myocarde.(9) Une fois la ménopause installée, le taux d'œstrogène, et donc d'estradiol, est nul. Les propriétés bénéfiques de l'estradiol ne sont plus présentes et on remarque alors une augmentation du cholestérol LDL, favorisant ainsi la formation des plaques d'athéromes. Le risque de survenue d'un infarctus du myocarde est alors augmenté durant la ménopause

e. Signes typiques de l'infarctus du myocarde

Parmi les signes typiques de l'infarctus du myocarde, on retrouve fréquemment une douleur thoracique aiguë et prolongée (au moins vingt minutes). Elle peut être définie comme « brutale, vive et persistante, qui commence au niveau de la poitrine et irradie dans le bras gauche, le dos et parfois jusqu'à la mâchoire. »⁽¹¹⁾ Les patients décrivent souvent la douleur comme « une sensation angoissante de serrement, d'oppression évoluant initialement en vague ou, d'emblée, brutale. »⁽¹²⁾

En plus de cela, d'autres signes sont évocateurs d'un infarctus du myocarde. On peut retrouver chez les patients « une fatigue intense, des sueurs, une pâleur, un essoufflement, des palpitations, un malaise, une sensation de mort imminente. »⁽¹²⁾

Ces signes typiques de l'infarctus du myocarde peuvent varier en intensité selon les patients. En effet, chez les hommes, nous retrouvons la douleur thoracique typique qui est prédominante. Tandis que chez les femmes, les symptômes sont souvent moins marqués ou se présentent sous la forme de signes atypiques. Mais quels sont ces signes atypiques de l'infarctus du myocarde ?

f. Signes atypiques de l'infarctus du myocarde

Contrairement aux hommes, les femmes sont touchées par des signes de l'infarctus du myocarde plus atypiques encore méconnus de certain(e)s. Ces signes atypiques peuvent rendre le diagnostic plus complexe.

A l'inverse d'une douleur thoracique intense, les signes atypiques comprennent des douleurs diffuses ou peu localisées. On retrouve des douleurs épigastriques et/ou dans le haut du dos.

Ces symptômes peuvent être associés à « une sensation d'épuisement, un essoufflement à l'effort, [...], des palpitations ou encore des symptômes digestifs récurrents (nausées, gêne ou brûlure épigastrique). »⁽¹³⁾

Ces signes atypiques vont mener à une sous-estimation des symptômes, tant par les patientes que par les professionnels de santé. Une fatigue intense peut parfois être perçue comme une “mauvaise journée” ou une fatigue passagère. Ces symptômes sont parfois assimilés à des affections moins graves comme les troubles digestifs et le stress, surtout lorsque les patientes n'ont aucun antécédent cardiovasculaire.

La méconnaissance de ces signes va conduire à des retards de diagnostic et engendrer des complications sévères pour les patientes.

2. Le concept de retard de prise en soins

a. Définition du retard de prise en soins

Le retard de prise en soin est défini comme un délai excessif entre l'arrivée d'un patient et le début des soins.

L'absence de reconnaissance des symptômes à l'arrivée des patients peut entraîner un retard dans leur prise en soins. Ils sont alors soignés tardivement et certains peuvent conserver des séquelles du retard de prise en soins. Certains patients décèdent de l'engorgement des services d'urgence ou d'un manque de formation du personnel soignant pour repérer les cas atypiques.⁽¹⁴⁾

Malheureusement, ces dernières années, on observe une hausse du nombre de patients graves qui n'ont pas été pris en compte dès leur entrée aux urgences.⁽¹⁴⁾

De plus, de nombreux patients attendent de nombreuses heures aux urgences pour être pris en soins. Cependant, des personnes viennent à quitter le service des urgences avant même d'avoir vu un professionnel de santé, ce qui va potentiellement engendrer des séquelles pour certains et la mort pour d'autres.

b. Facteurs contribuant au retard de prise en soin de l'infarctus du myocarde

Le retard de prise en soins de l'infarctus du myocarde va être influencé par différents facteurs. Parmi ces facteurs on retrouve le genre, l'âge, la catégorie socioprofessionnelle et la zone géographique.

Concernant le genre, les femmes se différencient des hommes par leurs signes atypiques. Ces signes atypiques vont compliquer le diagnostic de l'infarctus du myocarde. En effet, les femmes ont plus tendance à ressentir des douleurs abdominales accompagnées de nausées et de vomissements. Ces signes peuvent complexifier la reconnaissance du syndrome coronarien aigu. De même, les femmes sont confrontées à une vie complexe, où elles sont amenées à gérer leur responsabilité familiale et leur carrière professionnelle, avec parfois des précarités financières et/ou affectives. Cela les amènent à passer outre leurs symptômes. Elles repoussent la consultation médicale, ce qui retarde la prise en soins.⁽¹⁵⁾

De plus, l'âge est aussi un facteur contribuant au retard de prise en soins de l'infarctus du myocarde. En effet, l'âge est un facteur de risque (après 50 ans chez l'homme et après 60 ans chez la femme), ce qui influence donc certains professionnels de santé à prendre en soins plus rapidement les patients les plus âgés. Cependant, l'infarctus du myocarde peut être prématuré et peut survenir « avant l'âge de 40-50 ans. »⁽¹⁶⁾ Il s'agit, le plus souvent, d'un infarctus du myocarde « avec son décalage ST sans symptôme annonciateur. »⁽¹⁶⁾ Il touche principalement les hommes. Il est vrai que, lors de l'enquête FAST-MI 2015, 85% des patients de moins de 45 ans pris en soins étaient des hommes. Néanmoins, la prévalence de la pathologie coronaire prématurée est possiblement sous-évaluée. Des autopsies, effectuées chez des personnes de 35 ans et moins, retrouvent « des lésions coronaires athéromatobiotiques »⁽¹⁶⁾ dans 20% des cas. Ce biais d'âge peut alors entraîner un retard de prise en soins chez les patients jeunes.

D'autre part, nous retrouvons également la catégorie socioprofessionnelle dans les facteurs contribuant au retard de prise en soins de l'infarctus du myocarde. En effet, plusieurs sources montrent que le statut socio-économique est lié aux pathologies cardiovasculaires. On retrouve le niveau de revenu, de scolarité ainsi que la situation d'emploi. On remarque, grâce à une étude réalisée à grande échelle en Finlande et aux États-Unis, que les personnes ayant de faibles revenus ont une probabilité plus élevée de déclarer un infarctus du myocarde. Aux Pays-Bas, les personnes à faible revenu ne suivent pas forcément un programme de réadaptation cardiaque, programme qui sert principalement à diminuer la mortalité et les réhospitalisations. De plus, la situation de l'emploi est importante à prendre en compte. En effet, les personnes au chômage ont un risque plus élevé de développer une pathologie cardiovasculaire. Lors d'une étude de cohorte néerlandaise, on remarque que les personnes au chômage ont un risque calculé à 20% d'avoir une maladie coronarienne. Cela est dû « à l'alimentation et au style de vie, plus particulièrement à la consommation d'alcool, au tabagisme et à l'inactivité physique. »⁽¹⁷⁾

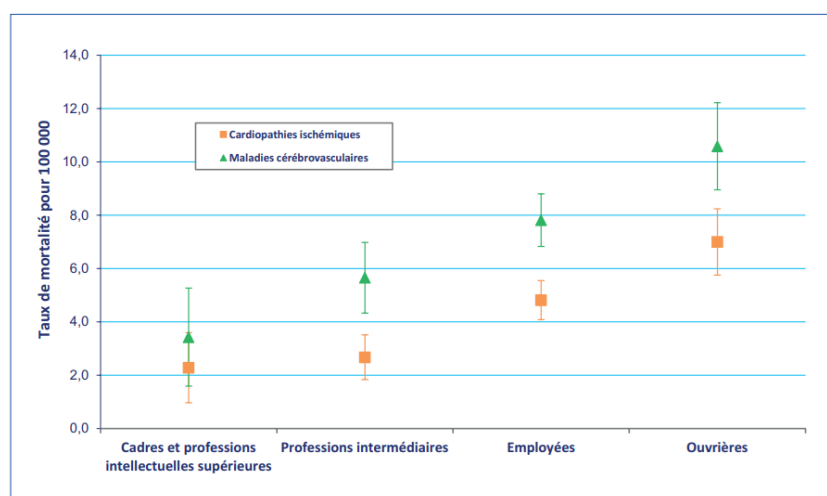
Une étude, effectuée en mai 2018 par Santé Publique France, montre également une disparité de la mortalité cardiovasculaire chez les femmes en France. L'étude est basée sur des données de 1976 à 2002.⁽¹⁸⁾

On remarque, dans cette étude, que le taux de mortalité chez les employés et les ouvriers est le plus élevé. Les cadres et professions intellectuelles supérieures demeurent les moins touchés par la mortalité liée aux cardiopathies ischémiques et aux maladies cérébrovasculaires (cf. : Figure 1). De plus, l'étude montre une réelle disparité en fonction des secteurs d'activité.

Le secteur de l'hôtellerie-restauration, de l'industrie manufacturière et de la santé/de l'action sociale sont les trois secteurs qui révèlent un taux de mortalité plus élevés concernant les cardiopathies ischémiques (cf. : Figure 2).⁽¹⁸⁾

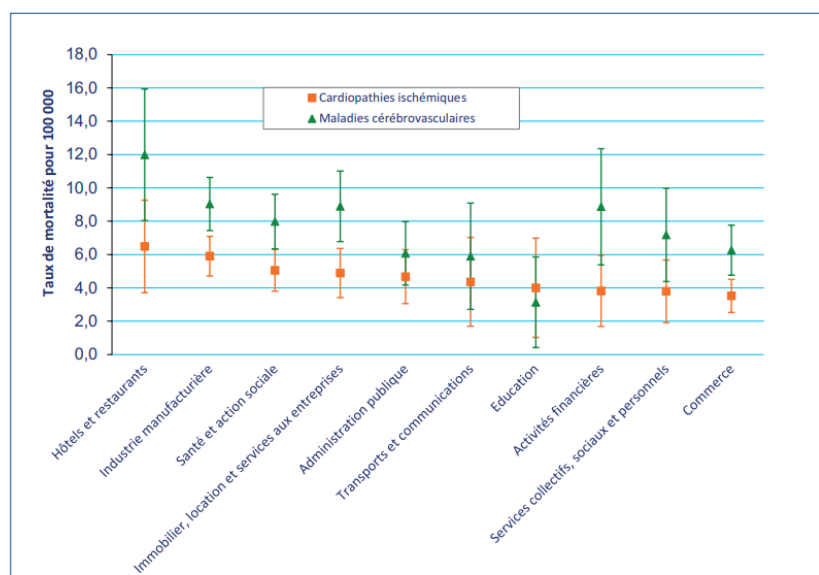
Ces résultats sont la suite de conditions de travaux contraignantes (charge de travail intense, pénibilité, stress, précarité...) qui favorisent ainsi la consommation de substances nocives pour la santé (alcoolisme, tabagisme...) qui va induire des cardiopathies ischémiques.⁽¹⁸⁾

Figure 1 | MORTALITÉ PRÉMATURÉE MCV CHEZ LES FEMMES DE 35 À 74 ANS SELON LA CATÉGORIE SOCIALE : TAUX ANNUEL MOYEN SUR LA PÉRIODE 1976-2002 POUR 100 000 PA



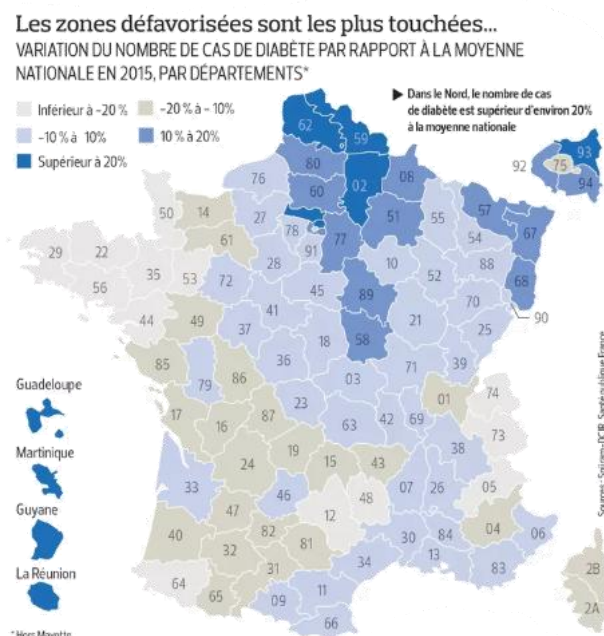
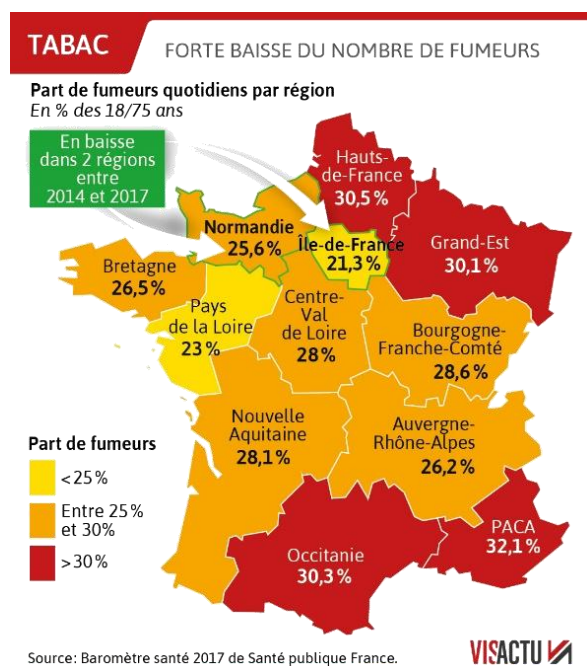
(18)

Figure 2 | MORTALITÉ PRÉMATURÉE MCV CHEZ LES FEMMES DE 35 À 74 ANS SELON LE DERNIER SECTEUR D'ACTIVITÉ OCCUPÉ : TAUX ANNUEL MOYEN SUR LA PÉRIODE 1976-2002 POUR 100 000 PA



Enfin, la zone géographique peut aussi jouer un rôle dans les facteurs retardant la prise en soins de l'infarctus du myocarde. En effet, des disparités régionales ont été observées grâce à une étude publiée en septembre 2014 par Santé Publique France. Cette étude avait pour objectif d'étudier les différences du taux de mortalité prématurée en fonction des régions selon 4 pathologies : les cardiopathies ischémiques, les accidents vasculaires cérébraux, l'embolie pulmonaire et l'insuffisance cardiaque. On remarque, dans cette étude, un taux élevé de mortalité prématurée dans « les régions Nord-Pas-de-Calais, Picardie, Haute-Normandie, Champagne-Ardenne, Auvergne et Limousin »(19). Cependant, « l'Île-de-France, les Pays-de-la-Loire, la Basse-Normandie, Rhône-Alpes et Midi-Pyrénées »(19) représentaient des taux de mortalité inférieurs aux autres régions. En France, le taux de mortalité des maladies cardiovasculaires est contrasté en fonction des régions. Ces différences sont probablement liées aux variabilités des facteurs de risque en fonction des régions.

Prenons par exemple les Hauts-de-France. Si on reprend les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires, on retrouve le diabète et le tabagisme. Selon les cartes suivantes, les Hauts-de-France sont une région fortement touchée par le diabète et la consommation de tabac. (20) (21) Le taux élevé de mortalité concernant les maladies cardiovasculaires dans cette région peut alors s'expliquer par ces facteurs.



3. Les représentations sociales

Les représentations sociales sont définies par Serge MOSCOVICI comme étant « des systèmes organisés de connaissances, de croyances et de symboles qui structurent et façonnent la façon dont les individus perçoivent et interprètent la réalité qui les entoure. » (22)

Par ailleurs, les représentations sociales sont issues « de nos expériences, mais aussi en fonction des informations, savoirs et modèles de pensée que nous recevons et transmettons par la tradition, l'éducation et la communication sociale. » (22) Ceci conduit alors à une perception souvent différenciée des manifestations cliniques selon le contexte culturel, professionnel et individuel.

Ces représentations influencent la façon dont les professionnels de santé interprètent les symptômes, notamment dans le cas de l'infarctus du myocarde chez la femme.

Les représentations sociales jouent un rôle crucial dans la reconnaissance du syndrome coronarien aigu, particulièrement avec la présence de signes atypiques.

4. Implications en santé publique et prévention du syndrome coronarien aigu chez les femmes

En 1948, l'OMS définit la prévention comme « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps. »(23)

a. La prévention primaire et secondaire

La prévention primaire est un « ensemble d'actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et à réduire les risques d'apparition ; sont ainsi pris en compte la prévention des conduites individuelles à risque. »(23)

Concernant mon sujet, la prévention primaire va entrer en jeu avant la survenue du syndrome coronarien aigu. Ce type de prévention va agir sur le contrôle des facteurs de risque modifiables comme l'indice de masse corporelle avec le tour de taille, le taux de cholestérol, le taux de glycémie, la tension artérielle.

La prévention secondaire concerne tous les patients qui ont déjà eu un infarctus du myocarde. Par exemple, si le patient ne prend pas correctement ses traitements anticoagulants, les stents posés lors du premier épisode d'infarctus pourraient se reboucher. Pour éviter cela, il est essentiel de proposer de l'ETP afin que le patient comprenne sa pathologie et l'utilité de ses thérapeutiques. Il est notamment important de contrôler les facteurs de risque :

La sédentarité

La sédentarité est plus fréquemment observée chez les femmes que chez les hommes. En effet, « 47% des femmes et 29% des hommes sont physiquement inactifs. »(24)

La sédentarité est un facteur de risque cardiovasculaire bien connu. Il est recommandé de pratiquer une activité physique régulière d'au moins trente minutes par jour.

En effet, il a été démontré que les personnes étant actives diminuaient significativement leur risque de survenue d'événement cardiovasculaire et développaient « environ deux fois moins d'affections cardiovasculaires : accident vasculaire cérébral, maladie coronarienne (angine de poitrine et infarctus du myocarde), artériopathie des membres inférieurs... »(25)

La sédentarité joue un rôle majeur dans la survenue des maladies cardiovasculaires. Il est donc important d'agir sur ce facteur en prévention primaire.

Le calcul de l'IMC ainsi que le tour de taille sont des indicateurs importants dans la prise en soin d'une personne afin de pouvoir adapter le parcours de soin. L'IMC est une mesure du poids en fonction de la taille de la personne. Il se calcule en divisant le poids par la taille au carré. Un score entre 18,5 et 25 kg/m² signifie qu'on n'est ni maigre ni en surpoids. Un bon contrôle de l'IMC va limiter les risques d'événement cardiovasculaire.

Assurément, une femme active dont l'IMC est inférieur à 25 kg/m² a un risque réduit de 50% par rapport à une femme obèse, inactive, ayant un IMC supérieur à 30 kg/m².(10)

De plus, le tour de taille est important à prendre en compte. En effet, la graisse au niveau abdominal (obésité abdominale) est liée au risque de déclarer une pathologie cardiovasculaire, de l'hypertension et/ou du diabète.(26) Par ce fait, un tour de taille au-delà de 88cm signifie une obésité abdominale qui représente un risque majeur de survenue d'événement cardiovasculaire.(10)

Une activité physique régulière n'a pas forcément besoin d'être intense. Il est recommandé d'effectuer minimum trente minutes d'activité cinq fois par semaine. En réalisant un total de 2 heures 30 d'activité, le risque de pathologies cardiovasculaires diminue de 30%.(10)

La sédentarité fait partie intégrante de la vie de beaucoup de personnes dans le monde. Cependant, l'activité physique joue un rôle de protecteur cardiaque : elle réduit le poids, améliore la tension artérielle et la fréquence cardiaque, équilibre la glycémie et normalise le bilan lipidique. Le cœur reste un muscle qu'on doit entretenir tout le long de notre vie. Le sport va stimuler « la vascularisation des muscles périphériques entraînés »(10) ainsi que dilater les vaisseaux sanguins afin d'améliorer « la perfusion des artères coronaires. »(10)

Les règles hygiéno-diététiques

Une alimentation mal équilibrée, riche en graisse saturée, en sucre ou en sel est une cause de survenue d'événement cardiovasculaire.

Certains facteurs de risque sont dits « modifiables », ce qui veut dire que nous pouvons agir afin de modifier des habitudes nocives pour la santé. Le contrôle de l'alimentation va réduire les facteurs de risque cardiovasculaires tels que l'HTA, le diabète de type 2, l'hypercholestérolémie.

En effet, une étude publiée en 1997 et nommée DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension/Approches diététiques pour arrêter l'hypertension) a démontré qu'une alimentation riche en fruits et en légumes, une consommation de sel inférieur à 6 grammes par jour, « des protéines représentées essentiellement par les volailles et les poissons, des produits laitiers peu gras, des acides gras saturés faibles et riches en céréales et légumineuses » (10) étaient aussi efficaces qu'un traitement hypertenseur.

Les matières grasses sont des éléments essentiels pour notre corps. En effet, elles vont participer au bon fonctionnement et à la structure des membranes cellulaires. Elles sont également importantes car elles sont une source d'énergie et participent à la synthèse des hormones, à l'absorption des vitamines, ... Mais quelles sont les bonnes graisses à consommer pour protéger la fonction cardiaque ?(10)

- ➔ Les acides gras saturés sont essentiellement présents dans le beurre, la crème fraîche, la charcuterie...et contribuent à l'augmentation du taux de mauvais cholestérol (LDL-c). L'excès de cette matière grasse favorise le risque de développer une pathologie cardiovasculaire, il faut alors limiter leur consommation.
- ➔ Les acides gras trans se retrouvent dans les aliments industriels tels que les quiches, la margarine, les plats cuisinés... ou aussi dans les produits laitiers et la viande. Les acides gras trans industriels augmentent le taux de cholestérol LDL et diminuent également le bon cholestérol (HDL). Ceux d'origine naturelle pourraient, au contraire, avoir des effets bénéfiques mais ils restent à démontrer.
- ➔ Les acides gras monoinsaturés de type oméga 9 sont présents dans l'huile de colza, d'olive, d'arachide, dans les amandes. Ils vont avoir un impact sur le taux de LDL-c qui diminuera, tandis qu'ils feront augmenter le taux de HDL-c.
- ➔ Les acides gras poly-insaturés de type oméga 6 se trouvent dans l'huile de pépin de raisin, de maïs, de tournesol...Ils vont réduire le taux de mauvais cholestérol. Cependant, une consommation excessive peut entraîner une diminution du taux de bon cholestérol. Ces acides gras peuvent être impliqués dans le développement de pathologies cardiovasculaires car ils favorisent l'inflammation et les thromboses. La consommation de ces acides gras doit alors être modérée.
- ➔ Les acides gras poly-insaturés de type oméga 3 peuvent être d'origine végétale (huile de chanvre, de lin, de noix...) ou animale (poissons « gras » ...). Il a été démontré que les acides gras poly-insaturés de type oméga 3 d'origine animale ont un effet protecteur cardiaque. En effet, ils vont diminuer le risque de thrombose et vont agir sur la pression artérielle, en la réduisant.

Les fruits et légumes sont des alliés pour notre santé cardiovasculaire. Ils sont la source de vitamines et de minéraux. Des études ont révélé qu'une consommation régulière en fruits et légumes était bénéfique. En effet, ils apportent peu de calories (40 en moyenne) et sont riches en fibres, en minéraux, en antioxydants et en phytostérols. Tous ces apports permettent un bon contrôle de l'indice de masse corporelle. Cela améliore la sensation de satiété, les taux de cholestérols, de glycémie. Ils aident également à équilibrer la pression artérielle et réduisent le risque d'infarctus du myocarde en limitant l'oxydation du cholestérol LDL.

L'apport en féculents est également essentiel pour notre santé cardiovasculaire. Cela représente 50% de notre source énergétique totale. Les féculents nous apportent une source d'énergie, de fibres, de vitamines du groupe B et contribuent à la sensation de satiété. Concernant ces effets protecteurs cardiaques, les fibres vont réguler le taux de cholestérol et de glycémie, les minéraux vont contrôler la pression artérielle et leur capacité à procurer une satiété précoce va permettre un contrôle de l'indice de masse corporelle.⁽¹⁰⁾

Enfin, la consommation excessive en sel est un facteur favorisant des pathologies cardiovasculaires. Le sel a pour effet néfaste d'augmenter la pression artérielle. Une pression artérielle trop élevée augmente le risque de provoquer des accidents vasculaires cérébraux, des infarctus du myocarde, de l'insuffisance cardiaque. Il est donc essentiel de contrôler les excès en sel. Actuellement, les Français ont une consommation excessive en sel, environ dix grammes par jour pour un homme et huit grammes par jour pour une femme. L'Organisation Mondiale de la Santé recommande de consommer 5 grammes de sel par jour. Cette augmentation fulgurante, durant ces dernières années, est liée à l'achat régulier de plats préparés riches en sel. En effet, les entreprises agroalimentaires favorisent l'utilisation du sel dans leurs plats car c'est un exhausteur de goût mais aussi un très bon conservateur.

En conclusion, une bonne hygiène alimentaire permettrait à la population d'avoir un contrôle sur leur santé et ainsi, diminuer les risques de développer diverses pathologies comme l'infarctus du myocarde.

5. Question de recherche

Les maladies cardiovasculaires restent, en France, la première cause de mortalité chez la femme. Sous-diagnostiquées, elles subissent un retard de prise en soins. Les signes atypiques restent souvent méconnus ou sous-estimés par les patientes et certains professionnels de santé.

Comme évoqué dans mon cadre théorique (13), fatigue inhabituelle, nausées, vomissements, douleurs gastriques, ce sont ces signes qui peuvent induire à une erreur de diagnostic chez la femme et donc retarder sa prise en soins. Ces délais, rallongés par rapport aux hommes, vont entraîner des séquelles plus importantes chez la femme que chez le sexe opposé.

Par ce fait, ma question de recherche est la suivante :

En quoi les représentations des professionnels de santé du syndrome coronarien aigu chez la femme présentant des symptômes atypiques influencent-elles la prise en soins ?

6. Hypothèse et objectifs de l'étude

Hypothèse : Les professionnels médicaux et paramédicaux ont une représentation du syndrome coronarien aigu de la femme qui influence la prise en soins.

- ***Objectif principal :*** Analyser les différentes représentations que peuvent avoir les professionnels de santé sur le syndrome coronarien chez la femme.
- ***Objectif secondaire :*** Identifier les facteurs qui influencent la prise en soins du syndrome coronarien chez la femme.

III. Méthode

1. Type d'étude

L'étude envisagée pour ma recherche repose sur une approche qualitative, prospective et multicentrique.

La recherche qualitative, qui convient le mieux à mon étude, se focalise sur la collecte de données précises afin d'étudier des faits, des comportements, des phénomènes. A l'inverse de l'étude quantitative, elle se concentre sur la qualité des éléments recueillis grâce à l'analyse d'entretiens individuels ou en focus groups. (27)

De plus, mon étude s'appuie sur une recherche prospective et multicentrique car elle se base sur l'entretien de différents professionnels de santé en temps réel, dans différents contextes et établissements de santé.

2. Considération éthique

Dans le cadre de cette recherche qualitative, la démarche s'inscrit dans le respect éthique et réglementaire.

Conformément à la loi Jardé, LOI n° 2012-300 du 5 mars 2012 (28), cette recherche n'implique aucun risque pour une personne humaine. Elle ne relève pas du champ d'application de la loi Jardé.

Cependant, étant une recherche n'impliquant pas la personne humaine (RNIPH), elle s'inscrit dans le champ du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD). De ce fait, cette recherche est conforme à la méthodologie de référence MR-004 émise par la CNIL qui « encadre les traitements de données à caractère personnel à des fins d'étude, évaluation ou recherche n'impliquant pas la personne humaine. »(29)

Le règlement général sur la protection des données (RGPD) est respecté. Une demande au délégué à la protection des données de l'université de Lille a été effectuée (cf. : Annexe n°5). Une fois chaque entretien retranscrit, les enregistrements audios seront supprimés afin de garantir la confidentialité

Le recueil des données s'effectue avec un consentement libre et éclairé des participants. Une lettre d'information a été remise à chaque professionnel de santé interrogé (cf. : Annexe n°4).

3. Population ciblée

La population ciblée par mon étude comprend des professionnels de santé de différents secteurs et fonctions.

a. Critères d'inclusion

Afin de réaliser mon étude, les critères d'inclusion comprennent les professionnels de santé, plus particulièrement, les médecins urgentistes, les médecins généralistes, les cardiologues, les infirmiers organisateurs de l'accueil (IOA) aux urgences et les infirmiers en pratique avancée.

b. Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion comprennent les patients, les autres professionnels de santé, notamment ceux qui ont une expérience de moins de 3 ans.

c. Méthode de recrutement

Les professionnels de santé ont été recrutés via le réseau professionnel LinkedIn, par l'intermédiaire de messages privés individualisés.

Ils ont été sélectionnés au préalable en fonction de leur lieu d'exercice et de leurs années d'expérience afin de répondre aux critères d'inclusion et d'exclusion.

4. Recueil des données

Le recueil des données a été effectué suite à des entretiens semi-dirigés individuels. Un guide d'entretien, réalisé au préalable, m'a permis de recueillir au mieux les données recherchées (cf. : Annexe n°1).

Ce guide d'entretien a été confectionné afin de recueillir les représentations que peuvent avoir les professionnels de santé sur les différents facteurs qui peuvent retarder la prise en soins de l'infarctus du myocarde. Il propose des questions ouvertes, avec des questions de relance afin de recueillir un maximum de données.

Suite à l'exploration théorique, on retrouve comme facteurs influençant la prise en soins : l'âge, la catégorie socio-professionnelle, le genre, la zone géographique. Il a été décidé d'établir un guide d'entretien global, non centrée sur la différence entre les genres.

L'objectif de ce guide d'entretien était d'obtenir le facteur principal qui influence le retard de prise en soins de l'infarctus du myocarde. Les différents facteurs ont été énoncés, un par un, afin que le professionnel puisse donner son avis sur l'impact de chacun. Afin d'avoir un recueil de données qualitatif, d'autres questions, plus précises, suivaient l'annonce des facteurs influençant le retard de prise en soins.

Au début de chaque entretien, l'investigatrice s'est présentée en tant qu'infirmière étudiante en pratique avancée et a ensuite énoncé son sujet.

Avec l'accord du professionnel de santé interrogé, les entretiens ont été enregistrés par un dictaphone afin de retranscrire au mieux les données sur Microsoft® Word. La retranscription des données s'est effectuée mot à mot.

Les entretiens sont anonymes, individuels et ont été réalisés par téléphone.

5. Analyse des données

Les entretiens ont été retranscrits sur Microsoft® Word. Les verbatims ont ensuite été relus et corrigés par l'investigatrice (cf. : Annexe n°2). Une fois analysés, les enregistrements ont été supprimés.

Afin d'optimiser l'analyse des entretiens, un tableau reprenant les thèmes du guide d'entretien a été effectué par l'investigatrice (cf. : Annexe n°3).

L'analyse a été menée selon une approche thématique, en identifiant les catégories récurrentes à partir des retranscriptions. Elle s'est faite de manière progressive, après chaque entretien.

A l'issue de l'analyse, la grille CORECQ a été remplie (cf. : Annexe n°6). « L'échelle COREQ est un outil méthodologique conçu pour identifier de façon standardisée les éléments méthodologiques clés et caractéristiques d'une étude qualitative. »(30)

IV. Résultats et analyse des entretiens semi-directifs

1. Présentation des professionnels interrogés

Les professionnels de santé ont été recrutés par l'investigatrice via le réseau social professionnel LinkedIn. Quarante demandes ont été effectuées avec six réponses favorables. Deux cardiologues sur dix, un médecin urgentiste sur douze, zéro médecin généraliste sur douze, un infirmier en pratique avancée sur deux, deux infirmiers organisateurs de l'accueil sur quatre ont répondu favorablement pour la réalisation d'un entretien. L'investigatrice, arrivant à suffisance des données au bout du cinquième entretien en février 2024, a effectué un nouvel entretien afin de confirmer les données recueillies au préalable.

2. Analyse des entretiens

a. L'âge : entre représentations et réalités cliniques

L'âge est un facteur pouvant influencer la prise en soins du patient. En effet, une personne âgée sera plus rapidement prise en soins qu'une jeune personne.

L'infarctus du myocarde est susceptible de toucher de jeunes patients. Cette pathologie est mieux connue pour toucher les patients ayant des facteurs de risque comme l'âge avancé, être un homme, être tabagique, avoir des antécédents familiaux...

Lorsqu'un patient arrive aux urgences pour des douleurs, parfois atypiques, le diagnostic peut être retardé. Certaines douleurs peuvent faire penser à de l'angoisse chez les patients jeunes, notamment à cause des signes atypiques tels que l'essoufflement, les nausées, les gênes ou les brûlures épigastriques.

IOA n°2 : "Souvent c'est vu comme de l'angoisse. [...] On va penser à de l'angoisse avant de penser à l'infarct."

IPA : "Un jeune patient qui a à peine 40 ans [...] il avait des symptômes un petit peu atypiques. [...] C'est quelqu'un qui est manutentionnaire. Donc, au vu, je pense, un petit peu de l'âge et des symptômes un petit peu atypiques, peut-être qu'ils ne l'ont pas suffisamment pris au sérieux. [...] C'est le lendemain qu'a été diagnostiquée l'infarctus."

Les personnes âgées sont parfois mieux sensibilisées à leur santé, sont plus au fait des moyens de prévention existants. Ils réagissent plus vite que certains jeunes qui sous-estiment leur douleur.

Cardiologue n°1 : “Des personnes de 70-80 ans ont eu forcément une information plus importante dans leur vie. Ils sont plus sensibilisés à leur santé.” ; “Après, les sujets les plus jeunes, c’est pour qui, il peut y avoir un délai de prise en charge [...] Ils sous-estiment la douleur thoracique, ils estiment qu’elle n’est pas cardiaque. Ils disent que ça va passer.”

Enfin, une personne âgée peut développer des troubles cognitifs. Les troubles cognitifs sont un grand frein pour la prise en soins d’une personne. Des difficultés d’élocution, de mémoire peuvent entraver la prise en soins des patients atteints de troubles cognitifs.

Médecin urgentiste : “Quand elles sont plus âgées, des fois, il peut y avoir des difficultés à retranscrire leurs douleurs. [...] Je pense que chez les personnes âgées, les tableaux d’infarctus sont un peu plus compliqués à décoder.” “l’anamnèse qui peut être difficile. Quand on examine un patient, des fois, ils ont des difficultés à nous exprimer qu’ils ont une douleur. Notamment quand ils ont des troubles cognitifs ou autres”

b. La catégorie socio-professionnelle : un levier d’inégalités multiples

La catégorie socio-professionnelle influence la prise en soins de l’infarctus du myocarde.

Les personnes vivant dans un milieu précaire, avec un bas niveau d’éducation vont réagir moins vite, ignorer leurs symptômes et refuser de consulter.

Cardiologue n°2 : « Les gens moins éduqués réagissent moins vite. [...] C’est assez fréquent, des gens de catégorie défavorisée, qui ont des symptômes typiques et qui refusent de consulter, qui les ignorent complètement, qui font l’autruche, ou qui viennent aux urgences, on leur explique le diagnostic, le fait qu’il va falloir les hospitaliser, et qui refusent d’être hospitalisés, qui repartent. »

De même, on observe un retard de prise en soins chez les personnes exerçant un métier à fortes responsabilités. Souvent, les agriculteurs et les chefs d'entreprises vont privilégier leurs responsabilités professionnelles au détriment de leur santé.

IPA : “Il y a les agriculteurs qui ne s'écoutent pas, par exemple. Voilà ou les mecs du bâtiment sont un peu l'habitude de travailler un petit peu à la dure, ont l'habitude des épreuves de vie et qui disent oui, c'est rien, on verra plus tard. Et puis ça passera. [...] Il y a aussi les chefs d'entreprise [...] parce qu'ils ne pouvaient pas laisser leur entreprise. Ils ne pouvaient pas se faire soigner au moment X ou Y, ou il fallait qu'ils terminent leur journée, ou ils étaient bloqués par leur boulot.”

De plus, les personnes issues de catégories sociales élevées consultent principalement leur médecin traitant au lieu de se rendre aux urgences en premier lieu.

IOA n°1 : « Les classes sociales, tu vois, qui sont un peu plus élevées, qui ont une douleur thoracique, qui vont aller voir leur médecin traitant, qui eux ne les adresse pas forcément aux urgences, vont faire des tropos ou des d-dimères en ville. Ils vont avoir les résultats plus tard dans la journée. Et puis là par contre ils viennent parce que le labo a appelé et du coup les tropos sont positifs et qu'il faut aller urgemment aux urgences. Tu t'aperçois qu'en fait, finalement oui, c'est un infarct et qu'on a perdu du temps quoi. »

D'autre part, le niveau d'éducation va jouer un rôle majeur dans la prise en soin. Les personnes vont avoir tendance à joindre plus facilement les secours.

Cardiologue n°1 : “Il y a des personnes qui ne sont pas forcément éduquées à la douleur thoracique, au fait de joindre les secours le plus tôt possible quand il y a une douleur thoracique. [...] Les plus âgées qui ont un niveau socio-économique un peu plus élevé sont plus sensibilisées à leur santé, sont plus à l'écoute de la prévention et donc alertent plus facilement leurs médecins en cas de douleur thoracique.”

Enfin, les douleurs atypiques peuvent faire penser à des douleurs névralgiques en fonction du métier exercé par la personne.

IOA n°2 : “on peut penser aussi en fonction du métier pour voir si c'est pas névralgique ou autre.”

c. **Le genre : une influence persistante sur la reconnaissance des symptômes**

Les différences entre les hommes et les femmes impactent la prise en soins de l'infarctus du myocarde, notamment en raison des signes atypiques.

Cardiologue n°2 : « Et puis, comme les symptômes sont souvent plus atypiques, les professionnels de santé aussi prennent ça moins au sérieux et donc c'est moins bien soigné, oui. » « Une jeune femme de 19 ans qui faisait un infarctus, [...] c'était plutôt des symptômes digestifs, elle pensait qu'elle faisait une gastro. [...] Elle a consulté plus tardivement, elle a vu son médecin traitant, qui a aussi pensé à une gastro, qui lui a donné un traitement pour, et puis comme ça ne passait pas, qu'elle était de plus en plus mal, elle a fini par venir aux urgences où le diagnostic a été fait. »

De plus, les femmes sont souvent confrontées à une charge familiale importante, ce qui peut influencer leur prise en soins. Effectivement, les disparités dans la répartition des tâches domestiques entre les sexes obligent les femmes à prioriser les besoins de leur famille et de leur vie professionnelle au détriment de leur propre santé. Cette gestion des responsabilités conduit souvent à une consultation tardive, ce qui peut entraîner des séquelles cardiovasculaires importantes.

IPA : « Et puis pareil, prise dans leur quotidien, les femmes ont un peu plus de mal à se détacher pour prendre soin d'elles. » « J'en ai eu une plutôt jeune, une mère de famille qui a commencé à avoir mal dans la poitrine, qui avait mille et une choses à faire, donc qui ne s'en est pas forcément occupée le jour même. Qui a fini quand même par aller aux urgences le lendemain. Et donc voilà, on lui a diagnostiqué un infarctus constitué avec des séquelles assez importantes sur certaines parties du cœur et qu'on n'a pas forcément récupérées d'ailleurs. » « Les femmes s'écoutent moins, les femmes ont tendance à plus, voilà, plus s'occuper de leurs enfants, de leurs maris et de se passer un peu en dernière position. »

Enfin, les croyances concernant les pathologies cardiovasculaires influencent la prise en soins de l'infarctus du myocarde chez la femme. En effet, le syndrome coronarien aigu est connu pour toucher plus particulièrement les hommes et pas forcément les femmes. Ces croyances d'une douleur uniquement typique de l'infarctus du myocarde engendrent des retards de prise en soins.

Cardiologue n°1 : « Le genre, c'est vrai que les femmes sont un peu moins bien soignées sur le plan des maladies cardiovasculaires. [...] Peut-être parce [...] qu'on considère moins les femmes comme pouvant avoir des maladies cardiovasculaires. »

d. La zone géographique : entre désert médical et délai d'accès

La zone géographique est un déterminant majeur de l'accès aux soins. Selon les participants, les inégalités d'accès aux soins leur semblent être un facteur de retard de prise en soins. En effet, le lieu de résidence influence significativement les prises en soins, notamment en raison de la désertification médicale.

IPA : “Ça, c'est même une catastrophe totale. Je pense que malheureusement, ça, ça va être le premier, le premier élément discriminant en termes de prise en soins pour les patients. [...] Moi, avant d'être IPA en cardio, j'ai fait dix ans d'urgence au SAMU. J'étais responsable du smur. Et je peux vous dire que quand on fait un infarctus en ville et quand on le fait à 60 kilomètres de l'hôpital le plus proche, on n'a pas les mêmes chances de survie.” “C'est-à-dire que moi, je suis à la campagne, dans un territoire rural, et franchement, les patients ici n'ont plus accès aux soins. Et c'est une vraie problématique, parce qu'effectivement, on a des retards de prise en charge considérables par rapport à ça, parce que les gens n'ont plus de spécialistes. Ils ont un accès aux généralistes et aux spécialistes qui est beaucoup plus compliqué. Et on a des gros gros retards de prise en charge par rapport à ça.”

e. Les troubles cognitifs : une expression clinique atténuée ou absente

Les troubles cognitifs peuvent également influencer tout type de prise en soins.

IOA n°1 : “La dernière douleur tho, c'était un homme. Par contre, il avait un facteur en plus. C'était une personne qui était handicapée intellectuellement, qui avait un retard, qui présentait, alors moi j'étais en tant qu'IOA...euh... qui présentait une douleur thoracique plutôt même atypique. Mais depuis deux jours, la douleur était revenue le samedi, et puis moi, il est venu aux urgences le lundi. Il n'avait pas vraiment...euh... c'était vraiment une douleur plutôt rétrosternale sans irradiation, pas de majoration à la palpation, pas de majoration à l'inspiration. Un petit peu hypertendu. Pas tachycarde. Au début, je t'avoue que je n'y croyais pas forcément, parce que ça fait quand même deux jours. Je fais l'analyse, je fais l'ECG, je le montre à un médecin et finalement j'ai un sous-décalage. Il avait surtout ce retard mental. Il n'arrivait pas à

décrire la douleur. C'était quand même assez compliqué la communication. Et c'est son père qui l'a emmené quoi. C'est un patient de 52 ou 53 ans.”

f. Vers une prise en soins optimale : uniformiser les pratiques et sensibiliser

Afin d’assurer aux patients une prise en soins optimale, de nombreuses actions, de nombreuses lois sont mises en place afin de garantir une approche globalisée.

- ***La prévention***

Des actions de prévention, menées par différents acteurs, permettent de prévenir certains risques, comme les risques cardiovasculaires. Par ce fait, tout professionnel de santé est amené, en consultation ou en service de soins, à effectuer un minimum de prévention.

Par exemple, lors d’un bilan post-infarctus du myocarde, le cardiologue effectue de la prévention secondaire. Ils sont amenés à contrôler et à prévenir les facteurs de risque cardiovasculaires tels que l’hypertension artérielle, l’hypercholestérolémie, le diabète, le tabagisme, la sédentarité et l’obésité.

De plus, la caisse primaire d’assurance maladie (CPAM) effectue des campagnes publicitaires. Elle réalise de la prévention primaire en promouvant la santé.

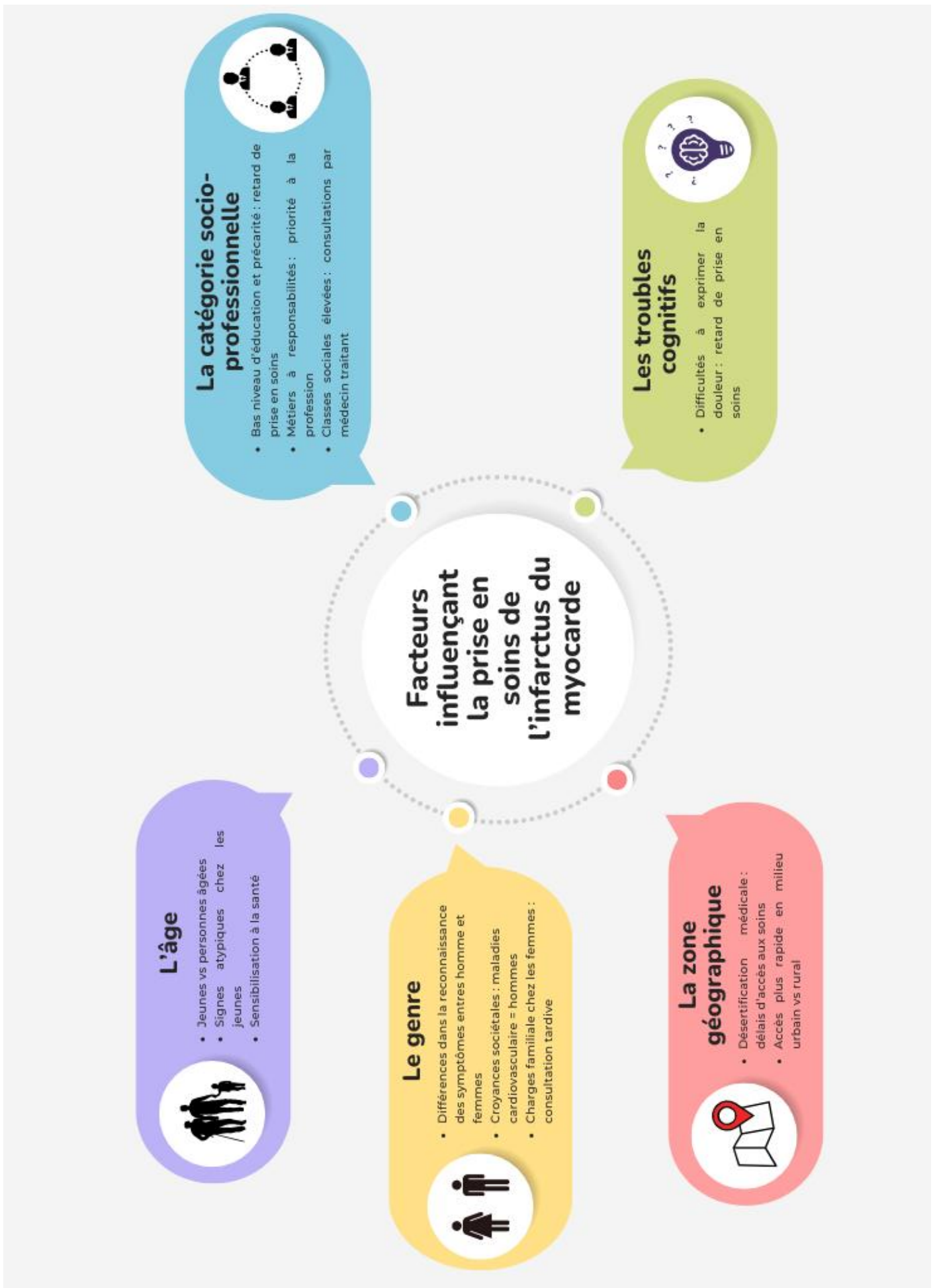
La prévention est une responsabilité partagée, afin de garantir une prise en soins qualitative du patient.

Cardiologue n°1 : “Dans notre patientèle on essaie d’éduquer les patients lorsqu'ils sont fumeurs, qu'ils ont des facteurs de risque : diabétiques, hypertendus, à leur apprendre ce qu'est un infarctus. Quand on rencontre un fumeur, faut lui expliquer le risque qu'il prend en faisant un accident cardiovasculaire. [...] Après c'est à l'échelon populationnel, ça c'est le rôle de la Caisse nationale d'assurance maladie qui organise donc des campagnes publicitaires de santé pour informer la population.”

De plus, l'État développe des manières d'accéder aux soins et à la prévention plus facilement. Notamment grâce à la création du poste d'infirmier en pratique avancée suite au décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018. Les infirmiers en pratique avancée peuvent “conduire toute activité d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage qu'il juge nécessaire” grâce à l'article R4301-3 du code de la santé publique.(31)

Enfin, l'accès aux soins est un enjeu majeur de santé publique. Par ce fait, la loi française est en constant développement afin de répondre aux besoins de la population.

IPA : “Il y a le diplôme des IPA qui permet de voir plus souvent les patients. Maintenant, avec l'accès direct, c'est pareil. Peut-être qu'on aura des gens qui pourront venir nous voir, des patients qui pourront venir nous voir et qu'on pourra réinsérer plus facilement dans les circuits de soins” “Après, la téléconsultation avec un infirmier ou une infirmière qui va prendre le coup, l'attention, qui va pouvoir amener son expertise et justement, qui va pouvoir amener leur ressenti qu'elle a avec le médecin qui est au bout du téléphone ou au bout de la caméra. Ça, c'est déjà pour moi un peu plus pertinent. Et puis, il y a des solutions d'intelligence artificielle qui vont commencer à arriver dans les années qui viennent aussi.”



V. Discussion

Dans le cadre de cette étude, la question de recherche posée était la suivante :

En quoi les représentations des professionnels de santé du syndrome coronarien aigu chez la femme présentant des symptômes atypiques influencent-elles la prise en soins ?

L'hypothèse formulée était que les professionnels médicaux et paramédicaux ont une représentation du syndrome coronarien aigu de la femme qui influence la prise en soins.

L'objectif principal de cette étude était d'analyser les différentes représentations que peuvent avoir les professionnels de santé sur le syndrome coronarien chez la femme.

L'objectif secondaire visait à identifier les facteurs qui influencent la prise en soins du syndrome coronarien chez la femme.

Mon guide d'entretien visait à explorer les représentations des professionnels médicaux et paramédicaux sur les facteurs influençant le retard de prise en soins du syndrome coronarien aigu, plus particulièrement chez la femme.

Pour rappel, ce guide avait été construit de manière globale afin d'étudier les différents facteurs influençant le retard de prise en soins : l'âge, la catégorie socio-professionnelle, le genre et la zone géographique.

Toutefois, lors des entretiens, les professionnels de santé se sont basés principalement sur deux facteurs.

Il existe vraisemblablement un retard de prise en soins chez les femmes pour l'infarctus du myocarde. Néanmoins, selon les professionnels de santé interrogés, de nombreux moyens de prévention, de sensibilisation sont mis en place au fur et à mesure des années pour améliorer le parcours de soins.

De ce fait, les facteurs majoritairement identifiés comme influençant les retards de prise en soins sont la catégorie socio-professionnelle et la zone géographique, notamment concernant la démographie médicale.

1. Confrontation théorie, pratique

a. L'influence de l'âge sur la prise en soins

L'âge est un facteur pouvant influencer la prise en soins. En effet, les jeunes personnes ne sont essentiellement pas reconnues pour avoir des problèmes cardiovasculaires comme l'infarctus du myocarde. Une personne âgée sera alors mieux prise en soins qu'une personne jeune et leurs douleurs, qu'elles soient typiques ou atypiques, pourront faire penser plus facilement à un infarctus du myocarde. Cependant, l'infarctus du myocarde peut survenir quel que soit l'âge. Grâce aux entretiens, je dispose d'un exemple pertinent concernant une jeune femme de 19 ans avec des douleurs atypiques, qui s'est présentée tardivement chez son médecin traitant pour des douleurs épigastriques. Ce qui est ressorti de la consultation, c'est que cette jeune femme avait une gastro-entérite. Au vu des douleurs qui s'aggravaient, elle a fini par se présenter aux urgences. Ils se sont donc aperçus qu'elle faisait un infarctus du myocarde.

Chez les sujets jeunes, la vie familiale et professionnelle est fortement prise en compte dans le diagnostic. En effet, chez un jeune travailleur dans le bâtiment, père de famille présentant des douleurs dorsales, une lombalgie sera spontanément évoquée en première intention, au lieu d'un syndrome coronarien aigu. De même, cela peut être interprété comme de l'angoisse.

On aurait tendance à croire et à dire que l'infarctus du myocarde est une pathologie du sujet âgé ou du sujet ayant de multiples facteurs de risque. Cependant, on remarque que 20 % des cas des autopsies réalisées chez des sujets jeunes de moins de 35 ans présentent des lésions coronaires.⁽¹⁶⁾ Il est alors important d'informer et de sensibiliser les professionnels de santé sur l'importance de prendre en compte tous les facteurs, même si une jeune personne se présente aux urgences, il ne faut sous-estimer la possibilité que ce soit un syndrome coronarien aigu.

L'âge avancé d'une personne sera également bénéfique pour les prises en soins. Une personne jeune ne sera pas forcément au courant des signes associés aux pathologies ou des moyens de prévention (dépistage du cancer colorectal à partir de 50 ans, bus du cœur des femmes pour la prévention des risques cardiovasculaires, par exemple). Il existe même une sous-estimation des symptômes par les jeunes. De par leur âge, ils pensent ne pas être touchés par les pathologies cardiovasculaires. Contrairement aux patients jeunes, les personnes âgées connaîtront mieux les signes associés aux pathologies et se prendront mieux en soins grâce à leur parcours de vie.

b. Le rôle de la catégorie socioprofessionnelle dans la prise en soins

La catégorie socioprofessionnelle a un rôle majeur dans la prise en soins. Effectivement, les personnes à faibles revenus sont plus à risque de développer des pathologies, comme le syndrome coronarien aigu. Ils vivent souvent dans un lieu précaire, n'ont pas forcément tous accès à la santé et aux systèmes de prévention. Assurément, la prévalence de fumeurs quotidiens est plus élevée chez les personnes ayant de faibles revenus (33,6%). On remarque également que dans la tranche d'âge des 18-64 ans, les personnes au chômage sont celles où l'on observe le plus de tabagisme actif (42,3%). A contrario, les actifs occupés représentent 26,1% des fumeurs quotidiens contre 19,1% chez les étudiants.(32) Le tabagisme fait partie des facteurs de risque cardiovasculaire, par ce fait, les personnes ayant de faibles revenus sont plus à risque de développer un infarctus du myocarde que les personnes à revenu modeste ou élevé.

Par ailleurs, il est crucial de relever que la stigmatisation sociale peut jouer un rôle important dans la prise en soins. En effet, Link & Phelan définissent la stigmatisation comme un « étiquetage, stéréotypes, séparation, perte de statut et discrimination. » (33) Les conséquences de cette stigmatisation sur les personnes en situation de précarité peuvent s'avérer désastreuses, affectant plusieurs domaines de la vie : « incidence considérable sur la répartition des chances de la vie dans des domaines tels que les revenus, le logement, la criminalité, la santé et la vie elle-même. »(33) La stigmatisation peut renforcer les inégalités d'accès aux soins, impacter l'estime de soi et altérer les relations sociales.(34)

En effet, la stigmatisation sociale peut survenir à différentes étapes du parcours de soins du patient : « lors de la demande d'accès premier au professionnel ou au service de santé, de la rencontre avec le praticien ou encore de la phase de diagnostic et de délivrance des soins. » (35) Les personnes bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS ou de l'AME subissent des refus de soins, des délais de rendez-vous allongés de manière abusive, des orientations injustifiées vers d'autres praticiens ou structures, le non-respect du tiers payant et la facturation de dépassements d'honoraires non autorisés.(35)

Ces discriminations peuvent être directes, comme le refus de recevoir des patients précaires en affichant lors de la prise de rendez-vous « pas de CMU », « pas d'AME ». Elles peuvent également être indirectes, avec des modalités d'organisation changeantes pour les personnes en situation de précarité (créneaux spécifiques...). Cette stigmatisation sociale contribue à décourager les patients concernés, augmentant ainsi le risque de renoncement aux soins.(35)

Concernant la différence entre les métiers, il est vrai qu'on observe un retard de prise en soins chez les personnes exerçant un métier à fortes responsabilités. Prenons par exemple les agriculteurs. Ils sont souvent auto-entrepreneurs et gèrent leur exploitation sept jours sur sept. Afin de ne pas se détacher de leurs tâches et pour garantir un revenu mensuel, ils ne se voient pas s'arrêter pour une douleur qu'ils considèrent comme passagère.

De plus, on observe le même phénomène chez les chefs d'entreprise. Souvent, ils vont privilégier leurs responsabilités professionnelles au détriment de leur santé. De ce fait, en cas de douleurs thoraciques, que ce soit les agriculteurs ou les chefs d'entreprise, ils vont avoir tendance à repousser la consultation médicale, ce qui peut entraîner des complications cardiovasculaires importantes.

D'autre part, on remarque que les personnes issues de catégories sociales élevées consultent principalement leur médecin traitant au lieu de se rendre aux urgences. Malheureusement, s'il s'agit d'une douleur atypique et qu'un dosage de troponines est effectué dans un laboratoire en ville, les délais de prise en soins peuvent être rallongés. En effet, on peut observer une perte de temps importante dans la prise en soins du syndrome coronarien aigu au vu du temps de la consultation médicale, celui du déplacement au laboratoire puis à l'attente des résultats biologiques.

Le niveau d'éducation va également avoir un rôle majeur dans la prise en soin. Effectivement, comme évoqué dans mon cadre théorique, les personnes n'ayant pas poursuivi d'études supérieures ont un risque plus élevé de développer une pathologie cardiovasculaire. On remarque que le taux de mortalité concernant les cardiopathies ischémiques est plus élevé chez les employés et les ouvriers, et plus faible chez les cadres et professions intellectuelles.⁽¹⁸⁾ Cette disparité est le reflet d'un travail contraignant, avec des charges de travail intenses qui induisent la consommation de substances nocives pour la santé telles que l'alcool et le tabac.

c. L'impact du genre dans la prise en soins

Le retard de prise en soins chez la femme est un facteur qui a été évoqué par les professionnels de santé interrogés, mais il n'a pas été défini comme étant majeur.

En effet, la femme se différencie par les signes atypiques de l'infarctus du myocarde. Douleur épigastrique, nausées, vomissements, asthénie soudaine sont des facteurs qui influencent le diagnostic et la reconnaissance du syndrome coronarien aigu. De ce fait, certains professionnels de santé n'établissent pas le diagnostic d'infarctus du myocarde dans l'immédiat. En l'absence d'examens paracliniques, le diagnostic reste souvent incertain.

Les signes sont méconnus de la part des femmes elles-mêmes. Elles minimisent la douleur perçue et font passer leur vie familiale en priorité. Cela ramène au cadre théorique. (15) En effet, les femmes sont souvent confrontées à une double charge, professionnelle et familiale, ce qui les conduit à prioriser les besoins de leur entourage au détriment de leur propre santé. Parfois, elles ne vont pas réagir à la douleur et remettront au lendemain la consultation médicale. Des conséquences cardiovasculaires importantes peuvent survenir suite à cette attitude.

Prenons pour exemple une dame d'une soixantaine d'années, elle venait consulter le cardiologue pour des douleurs ne cessant pas depuis plusieurs semaines. Elle avait consulté tardivement une remplaçante de son médecin traitant qui avait diagnostiqué de l'angoisse devant la présence de douleurs épigastriques et une sensation de boule dans la gorge. Deux semaines plus tard, les douleurs ne cessant pas, elle a de nouveau consulté son médecin traitant qui a tout de suite pensé à une angine de poitrine. Elle a alors été adressée à un cardiologue pour la réalisation d'une échocardiographie. Cependant, à l'échocardiographie, une partie du myocarde était hypokinétique. Elle avait fait un infarctus du myocarde et devait réaliser une coronarographie avec pose de stents. Elle en gardera des séquelles, conséquences de ce retard de prise en soins.

d. La répercussion de la zone géographique sur la prise en soins

La zone géographique a une répercussion importante sur la prise en soins des personnes. En effet, notre lieu d'habitat peut réduire nos chances d'avoir accès aux soins et aux services d'urgences.

En zone urbaine, la prise en soins peut s'avérer qualitative et quantitative de par la présence importante de médecins généralistes, spécialistes et de centres hospitaliers.

A contrario, en zone rurale, on observe une désertification médicale. La raréfaction des médecins, des spécialistes et l'éloignement des centres hospitaliers peut induire un retard de prise en soins majeur.

En France, on remarque que "30% de la population française vit dans un "désert médical", 45% des médecins généralistes sont en situation de burnout, 11% des Français de 17 ans et plus n'ont pas de médecin traitant, le nombre de médecins généralistes a diminué en moyenne de 1% par an entre 2017 et 2021."(36) Par ce fait, le nombre de retards de prise en soins est en constante augmentation. Diminution du nombre de médecins généralistes (cf : figure n°2), désert médical, ce sont ces principaux facteurs qui influencent généralement les retards de prises en soins, engendrant des pertes de chance accompagnées parfois de complications irréversibles.



Figure 1 : Extrait du rapport d'information du Sénat no 589, du 29 mars 2022, page 5, rapporteur M. Bruno Rojouan, sénateur, au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable par la mission d'information sur les perspectives de la politique d'aménagement du territoire et de cohésion territoriale, sur le volet « renforcer l'accès territorial aux soins ».

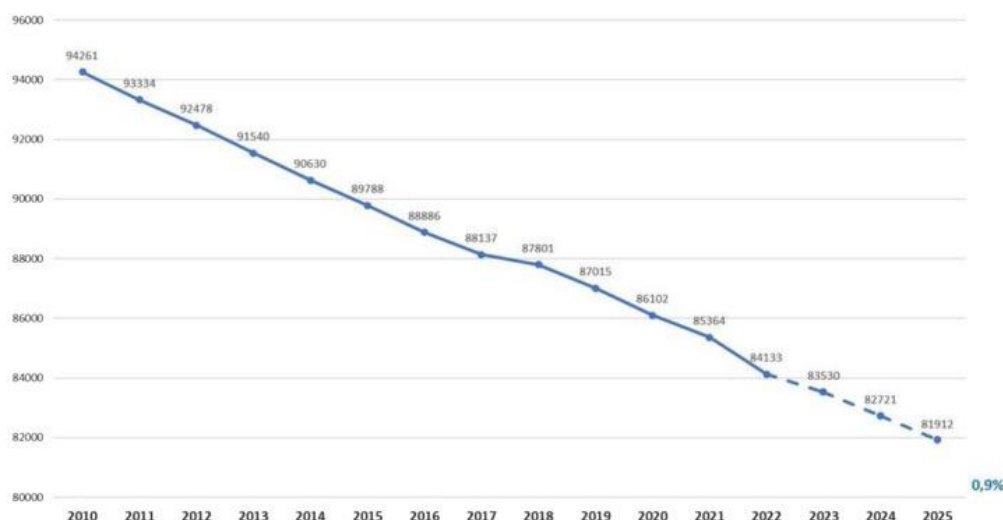


Figure 2 : Évolution du nombre de médecins généralistes (hors autres spécialités) depuis 2010 avec prévisions jusqu'à 2025.

En 2010, on comptait 94 261 médecins généralistes en France.⁽³⁶⁾ En janvier 2023, on comptabilisait 82 858 médecins généralistes, soit une diminution de 12,1 % de généralistes en 13 ans.⁽³⁷⁾

En date du premier janvier 2025, on dénombre 42,3 % de médecins généralistes en activité contre 48 % en 2010, 45,4 % de spécialistes médicaux (contre 40,8 % en 2010) et 12,3 % de spécialistes chirurgicaux (contre 11,2 % en 2010).⁽³⁸⁾

Les chiffres sont clairs, en treize ans, la France compte de moins en moins de médecins généralistes. Cette diminution confirme un accès aux soins difficiles. Des médecins généralistes, retraités, continuent leur activité professionnelle, notamment au sein des maisons de santé, afin de répondre aux besoins de la population.

La zone géographique est un facteur retardant la prise en soins qui revient majoritairement. C'est un souci majeur de santé publique auquel il faut remédier. Pour cela, les infirmiers en pratique avancée permettent de prendre en soins des patients stables pour une évaluation clinique, paraclinique. Ils adaptent et renouvellent les traitements. Ce nouveau métier, en constante amélioration, permet de décharger les médecins afin qu'ils puissent s'occuper de patients instables et dans le besoin.

e. Les troubles cognitifs, un facteur retardant la prise en soins

Les troubles cognitifs, un thème que je n'ai pas abordé dans mon cadre théorique, sont des facteurs qui influencent amplement la prise en soins des personnes qui en sont atteintes.

Assurément, de nombreux troubles cognitifs tels que la maladie d'Alzheimer, les troubles cognitifs vasculaires, la maladie à corps de Lewy, la dégénérescence lobaire fronto-temporale ou certains handicaps comme la trisomie 21 peuvent influencer les délais de prise en soins des personnes qui en sont atteintes. Les délais sont susceptibles d'être rallongés du fait de l'incapacité à s'exprimer ou à démontrer la présence d'une douleur.

En effet, les personnes ayant des troubles cognitifs peuvent être atteintes d'une altération de la mémoire, d'un trouble du langage (aphasie de Broca ou aphasie de Wernicke) ou d'une altération des fonctions exécutives (difficulté à organiser les pensées, à suivre une conversation, à répondre de manière cohérente). De même, chez certaines personnes atteintes de trisomie 21, une hypotonie musculaire peut masquer les expressions du visage, notamment pour les émotions, l'inconfort et la douleur.(39)

Tous ces facteurs sont susceptibles d'impacter la prise en soins et donc de retarder le diagnostic.

2. Implications des infirmières en pratique avancée

a. Transposition des résultats avec les compétences de l'infirmier en pratique avancée

Les résultats de cette recherche qualitative en santé mettent en évidence de multiples et complexes freins à la prise en soins rapide de l'infarctus du myocarde, notamment en fonction de facteurs personnels, socio-professionnels et territoriaux. Ces résultats peuvent être transposables avec les compétences de l'infirmier en pratique avancée. La modélisation des compétences de l'IPA (cf. : Annexe n°7) permet d'identifier des domaines d'intervention privilégiés qui permettent à l'IPA d'agir concrètement sur ces freins et de mieux prendre en soins les patients.

D'une part, l'infirmier en pratique avancée a la capacité d'évaluer l'état de santé des patients afin de détecter précocement des signes, qu'ils soient typiques ou atypiques. L'IPA effectue un suivi clinique régulier et adapte de manière continue le projet de soins. De plus, il réalise une approche globale et individualisée du patient, prenant en compte les spécificités individuelles, sociales et environnementales. Dans ce cadre, l'IPA est en mesure de repérer les situations à risque, d'orienter rapidement les patients et de contribuer à améliorer les parcours de soins. Cependant, il est essentiel de rappeler que les représentations biaisées observées dans cette étude peuvent retarder la reconnaissance du syndrome coronarien aigu et, de ce fait, différer une prise en soins spécialisée.

D'autre part, la coordination des parcours de soins constitue un puissant levier afin d'améliorer les délais entre la consultation médicale et le diagnostic. Les données recueillies ont également mis en évidence que les ruptures du parcours de soins, les difficultés d'orientation en ville et les disparités territoriales sont de nombreux éléments qui contribuent au retard de prise en soins. De ce fait, l'intervention d'un infirmier en pratique avancée, principal acteur de liaison entre les différents professionnels de santé et structures, peut jouer un rôle crucial dans la fluidification du parcours de soins. En effet, son implication permet d'optimiser la continuité des soins, d'éviter les ruptures et faciliter l'accès aux soins.

De plus, les résultats ont souligné un besoin significatif de formation et de sensibilisation des professionnels de santé concernant les spécificités du syndrome coronarien aigu. Dans ce contexte, l'infirmier en pratique avancée joue un rôle de leadership clinique en analysant les pratiques. Grâce à son expertise et sa posture réflexive, il va permettre de mettre en œuvre des actions de formation ciblées au sein de son établissement de santé. Ces initiatives participent à l'évolution du parcours de soins en améliorant les représentations des professionnelles de santé et en réduisant les inégalités de prise en soins, notamment chez les femmes aux signes atypiques.

Enfin, l'éducation thérapeutique et la prévention contribuent à la diminution des retards de prise en soins. L'absence d'information ciblée et de sensibilisation, notamment auprès de personnes vulnérables, favorise les inégalités d'accès aux soins. L'infirmier en pratique avancée a la possibilité de mettre en place et animer des programmes d'éducation à la santé, dont l'objectif serait d'améliorer les connaissances sur les signes d'alertes, et donc de diminuer les retards de prise en soins.

De cette façon, les résultats de cette recherche qualitative en santé mettent en évidence que l'infirmier en pratique a un rôle clé dans l'amélioration du système de santé. Il permet de réduire les inégalités d'accès aux soins et effectue une approche globale, individualisée et centrée sur le patient. Son expertise clinique, sa coordination, l'éducation thérapeutique et son implication dans la recherche font de l'IPA un acteur central qui a la possibilité d'intervenir efficacement à chaque étape du parcours de soins. Cette recherche souligne alors l'importance de renforcer la place et les missions de l'infirmier en pratique avancée dans le système de santé, afin d'améliorer la qualité des prises en soins.

b. Perspectives de formations et de sensibilisations

Quelles sont les perspectives de formations et de sensibilisations que l'on pourrait mettre en place afin de limiter les retards de prise en soins ?

D'une part, il est essentiel de sensibiliser le maximum de professionnels et de patients à la diversité des représentations cliniques. Il est crucial de faire entrer dans les représentations les signes atypiques de l'infarctus du myocarde, quels que soient l'âge, le sexe ou la capacité à exprimer les symptômes.

D'autre part, il est crucial d'aborder dans les formations médicales, paramédicales, les inégalités d'accès aux soins. En effet, selon ce travail de recherche, c'est un des facteurs majeurs qui influence les retards de prise en soins. Il est donc nécessaire de sensibiliser les professionnels de santé à la réalité que recouvre le terme de « désertification médicale », qui reflète une problématique de santé publique bien présente dans certaines régions de France.



De même, il est important de sensibiliser la population aux signes d'alerte. Par ce fait, des campagnes de santé publique, ciblées sur les signes typiques et/ou atypiques de l'infarctus du myocarde, sont essentielles afin de sensibiliser la population. Par exemple, voici une affiche, publiée par de nombreux acteurs de santé comme l'ARS et la Fédération Française de Cardiologie. Elle reprend des signes de l'infarctus du myocarde, moins connus par la population.(40)

Il existe également le bus du cœur des femmes qui se déplace dans toute la France. En 2025, le bus se déplace dans 16 villes. Le but de ce tour de France est de réaliser des actions de prévention, de sensibilisation, d'éducation à la santé et des dépistages gratuits, spécifiquement auprès des femmes.

De plus, le département du Nord est en train de développer un bus dont l'objectif est de dépister précocement les cancers du sein, notamment dans les zones de désertification médicale. Ce dispositif mobile ne se concentrera pas uniquement sur les cancers du sein. En effet, l'équipe soignante sera formée aux frottis et elle effectuera de la prévention afin de sensibiliser la population à leur santé. Cela permettra de réduire les retards de prise en soins et les inégalités d'accès aux soins. Par ailleurs, chaque personne n'ayant plus de médecin traitant sera rattachée à la Maison Nord Santé la plus proche de son domicile.

Enfin, l'éducation thérapeutique est un rôle majeur de l'infirmier en pratique avancée, mais l'ETP peut également être pratiqué par tout professionnel de santé ayant reçu la formation. Il est crucial d'éduquer les patients à leur santé, notamment sur les facteurs de risque cardiovasculaires. Des facteurs de risque contrôlés réduiront significativement le risque de survenue d'un événement cardiovasculaire. De même, les patients avec de hauts facteurs de risque doivent être éduqués sur les signes typiques/atypiques de l'infarctus du myocarde afin de mieux se prendre en soins et réagir rapidement pour éviter les retards de prise en soins.

c. Propositions d'améliorations du parcours de soins

Afin de répondre aux besoins de la population, il est essentiel d'améliorer le parcours de soins tout au long de notre carrière professionnelle.

Par ce fait, le renforcement des liens ville-hôpital est crucial afin d'obtenir des parcours plus fluides pour les patients. Pour chaque établissement, les médecins généralistes devraient disposer d'un numéro direct leur permettant de joindre le spécialiste concerné afin d'obtenir un avis médical si nécessaire. Ceci permettrait d'éviter les retards de prise en soins, en réduisant le délai entre la suspicion et la confirmation du diagnostic médical.

De même, il serait essentiel de développer des équipes mobiles de cardiologie incluant une IPA et un cardiologue qui peuvent se déplacer facilement dans l'établissement afin de donner un avis cardiologique.

De plus, depuis le décret datant de janvier 2025 concernant l'accès direct, l'implantation des IPA en territoires isolés pourrait réduire les inégalités d'accès aux soins de certaines régions, et donc réduire les retards de prise en soins.

D'autre part, dans certains cas, il faudrait favoriser la télémédecine dans les zones de « désertification médicale ». La télémédecine est regroupée en 5 thèmes : la téléconsultation, la télé-expertise, la télésurveillance médicale, la téléassistance médicale et la réponse médicale (SAMU). Pour les patients avec des pathologies cardiovasculaires, une télésurveillance comme Newcard pourrait être mise en place afin de surveiller les signes de décompensation cardiaque. En effet, le patient enregistre tous les matins son poids, sa tension artérielle, sa fréquence cardiaque et son indicateur de dyspnée. Le professionnel analyse à distance les données du patient et, en cas de suspicion de décompensation cardiaque, une prise en soins médicale est mise en place.

Enfin, la création d'outils de pré-diagnostic utilisables en première ligne par les médecins généralistes, infirmières ou IPA pourrait être mise en place. Ces outils aideront à la décision clinique, avec une orientation ou non aux urgences. Par exemple, en cardiologie, une grille pourrait être établie afin de reprendre les facteurs de risque cardiologiques, les signes typiques et atypiques. En fonction des résultats, si l'on remarque que la personne a plusieurs facteurs de risque, accompagnés d'un symptôme typique ou atypique, on préconisera une orientation aux urgences directement ou on réalisera un appel au SAMU. Cependant, si le doute reste persistant, il sera recommandé une surveillance rapprochée avec la réalisation d'un électrocardiogramme et le dosage de troponine.

3. Limites et forces de l'étude

a. Les forces

Plusieurs éléments méthodologiques renforcent la validité de cette étude. En effet, une grille COREQ a été élaborée afin de respecter les exigences méthodologiques de rigueur de la recherche qualitative en santé. Cette étude a également bénéficié d'un cadre éthique rigoureux, assurant la confidentialité et le respect des participants, ce qui a favorisé un climat de confiance durant les entretiens.

Le choix d'une approche qualitative, reposant sur des entretiens semi-dirigés, était particulièrement adapté pour explorer au mieux un sujet comme celui-ci. Cette démarche a été propice à la libre expression des professionnels de santé sur les différents facteurs exposés, facilitant ainsi la richesse et la diversité des points de vue.

De plus, cette étude repose sur le recueil et la confrontation de la perception de différents professionnels de santé, permettant de diversifier les opinions sur le retard de prise en soins de l'infarctus du myocarde. Cela constitue une réelle plus-value en apportant une vision croisée sur les pratiques professionnelles.

Enfin, ce travail de recherche ouvre la voie vers d'autres perspectives de recherche ou d'amélioration des pratiques, notamment en matière de formation ciblée sur les spécificités pouvant engendrer des retards de prise en soins.

b. Les limites

Éclairante et enrichissante, ma recherche qualitative en santé m'a toutefois permis de prendre du recul et de repenser certains aspects de la recherche.

Tout d'abord, en tant qu'investigatrice novice, certaines approches méthodologiques se sont avérées compliquées. En effet, lors des premiers entretiens, il a fallu que je garde une posture de neutralité tout en relançant le professionnel de manière adaptée.

Ensuite, le nombre limité de participants, lié à l'indisponibilité de certains professionnels de santé, a pu poser un problème de diversité des points de vue.

De plus, la triangulation des données n'a pas pu être effectuée. En effet, ce processus, qui demande un investissement personnel important, n'a pu être mené par mon entourage, ce qui constitue une limite importante pour la validation croisée des résultats.

Je n'ai également pas pu faire valider mes retranscriptions par les participants, ce qui aurait permis de confirmer que leur pensée avait été fidèlement restituée et aurait renforcé la fiabilité des données recueillies.

D'autre part, même si les entretiens ont permis d'arriver à la suffisance des données, le manque d'expérience en recherche qualitative a pu m'empêcher de creuser certaines thématiques de manière plus approfondie.

Enfin, l'absence d'inclusion de patients dans cette étude limite l'analyse globale sur le retard de prise en soins. En effet, j'aurais pu recueillir leurs témoignages afin d'éclairer les raisons personnelles expliquant le délai d'accès aux soins, et confronter leur vécu à la perception des professionnels.

4. Les perspectives

➤ Pour la recherche

Après réflexion, il serait également intéressant d'étudier les représentations des femmes sur leur santé cardiovasculaire. Dans cette recherche future, on pourrait essayer de comprendre comment elles perçoivent les symptômes de l'infarctus du myocarde, les facteurs qui les influencent à consulter, ce qui les poussent également à retarder la consultation médicale et leur niveau de connaissance sur les risques encourus à ne pas consulter rapidement.

Cette perspective de recherche future pourrait faire un point sur la population féminine, en combinant une approche quantitative et qualitative. L'étude quantitative permettrait de faire un point sur la proportion de femmes retardant leur prise en soins. L'étude qualitative permettrait d'explorer plus précisément leur représentation du syndrome coronarien aigu, les symptômes associés et les raisons qui influencent leur décision à consulter un médecin.

➤ Pour la pratique

L'infirmier en pratique avancée a un rôle dans l'éducation thérapeutique et la prévention. Les résultats de mon étude montrent qu'il y a principalement un retard de prise en soins chez les femmes, les personnes en situation de précarité ou vivant en zone de désertification médicale. Il semble donc opportun que l'infirmier en pratique avancée effectue des journées de prévention, que ce soit en ville ou à l'hôpital, afin de sensibiliser un maximum la population à leur santé. Par exemple, une journée de prévention concernant les pathologies cardiovasculaires pourrait être envisagée. Cette journée pourrait dépister des facteurs de risque chez les personnes tels que le diabète, l'hypertension artérielle...

➤ Pour l'enseignement et la formation

Les résultats de mon étude mettent en évidence un besoin de renforcer la formation initiale et continue des professionnels de santé sur les facteurs influençant les retards de prise en soins. La reconnaissance de ces facteurs pourrait éventuellement contribuer à réduire ces retards, notamment grâce à l'installation de médecins généralistes dans des zones de désertification médicale. De plus, les professionnels de santé pourraient porter une attention particulière aux personnes en situation de précarité ou de sexe féminin, notamment lors des actions de prévention.

Conclusion

Au sein de cette étude qualitative en santé, nous avons pu explorer les représentations des professionnelles de santé sur le retard de prise en soins de l'infarctus du myocarde. L'attention était portée initialement sur les femmes. Cependant, les résultats mettent en évidence que ce retard de prise en soins est multifactoriel et peut concerner d'autres personnes, en fonction de déterminants sociaux et territoriaux.

Les entretiens ont mis en avant différents facteurs majoritaires influençant les retards de prise en soins : la catégorie socio-professionnelle, le genre, la zone géographique.

Certes, les femmes sont particulièrement concernées par les retards de prise en soins à cause des signes atypiques, ce qui peut tromper les professionnels de santé, mais certains hommes peuvent également présenter des signes non spécifiques à l'infarctus du myocarde. Ainsi, la présence d'un tableau atypique complexifie la reconnaissance du syndrome coronarien aigu.

Par ailleurs, l'étude qualitative souligne l'influence de la précarité. En effet, la population vulnérable est davantage confrontée à la stigmatisation et à des facteurs de risque cardiovasculaires (consommation des substances nocives, moindre recours au système de santé...). Les personnes en situation de précarité sont moins favorables à consulter lorsqu'ils présentent des symptômes. De plus, les professions avec de hautes responsabilités peuvent également retarder leur prise en soins, par manque de disponibilité et en minimisant les symptômes.

D'autre part, la zone géographique se situe comme un déterminant majeur. En effet, la désertification médicale observée dans certaines zones rurales a pour conséquences un accès au système de santé plus restreint, allongeant les délais de prise en soins qui constituent un risque de retard de prise en soins.

Ainsi, cette recherche qualitative en santé montre que les retards de prise en soins de l'infarctus du myocarde ne peuvent se réduire à un seul facteur. Il s'explique par un mélange de facteurs personnels, sociaux, professionnels et géographiques.

Dans ce contexte, l'infirmier en pratique avancée a un rôle crucial dans l'amélioration du parcours de soins et la réduction des inégalités d'accès aux soins. En effet, de par ses compétences et son approche globale centrée sur le patient, l'IPA intervient dans la prévention, l'éducation à la santé, le repérage des signes précoces et oriente le patient vers un parcours de soins personnalisé.

Enfin, outre les facteurs de retard de prise en soins mentionnés, cette recherche qualitative en santé souligne surtout l'importance de garder à l'esprit que chaque patient est unique, avec sa propre histoire et son environnement. Une approche globale de la personne pourrait améliorer la qualité des prises en soins. Dans ce cadre, l'infirmier en pratique avancée est un atout majeur pour le système de santé, en effectuant une prise en soins personnalisée du patient afin de répondre aux besoins spécifiques de la personne.

Bibliographie

1. France 3 Hauts-de-France [Internet]. 2024 [cité 1 oct 2024]. “Toutes les femmes sont à risque !” : le bus pour le coeur des femmes en tournée dans la région pour lutter contre les maladies cardiovasculaires. Disponible sur: <https://france3-regions.francetvinfo.fr/hauts-de-france/nord-0/toutes-les-femmes-sont-a-risque-le-bus-pour-le-coeur-des-femmes-en-tournee-dans-la-region-pour-lutter-contre-les-maladies-cardiovasculaires-3038975.html>
2. Infarctus du myocarde : première cause de mortalité chez la femme [Internet]. 2019 [cité 1 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/infarctus-du-myocarde-premiere-cause-de-mortalite-chez-la-femme>
3. Institut Cardiovasculaire - Cliniques universitaires Saint-Luc [Internet]. [cité 11 déc 2024]. Syndrome coronarien aigu ou maladie coronarienne. Disponible sur: <https://www.institutcardiovasculaire.be/fr/pathologies/syndrome-coronarien-aigu-ou-maladie-coronarienne>
4. Fondation pour la Recherche Médicale (FRM) [Internet]. [cité 11 déc 2024]. Tout savoir sur l'infarctus du myocarde. Disponible sur: <https://www.frm.org/fr/maladies/recherches-maladies-cardiovasculaires/infarctus-du-myocarde/focus-infarctus-myocarde>
5. Manuels MSD pour le grand public [Internet]. [cité 11 déc 2024]. Les faits en bref: Angor instable. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/les-faits-en-bref-troubles-cardiaques-et-vasculaires/maladie-des-arteres-coronaires/angor-instable>
6. Définition et facteurs favorisant de l'infarctus du myocarde [Internet]. [cité 4 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/infarctus-myocarde/definition-survenue-facteurs-favorisants>
7. Ramdani C. Les maladies induites par le stress: Revue Défense Nationale. 24 avr 2023;N° Hors-série(HS4):32-40.
8. Des inégalités de santé persistantes entre les femmes et les hommes | Santé publique France [Internet]. [cité 21 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2024/des-inegalites-de-sante-persistantes-entre-les-femmes-et-les-hommes>
9. Mon combat pour le cœur des femmes - Agir pour le coeur des femmes [Internet]. [cité 21 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.agirpourlecoeurdesfemmes.com/fonds-de-dotation/missions/Mon-combat-pour-le-coeur-des-femmes>
10. IziBook.eyrolles.com [Internet]. [cité 26 nov 2024]. Sauvez le coeur des femmes ! - - Isabelle Weill, Ajila (EAN13 : 9782212733198) | IziBook.Eyrolles.com : Les eBooks des professionnels. Disponible sur: <https://izibook.eyrolles.com/produit/5104/9782212733198/sauvez-le-coeur-des-femmes>
11. Elsan [Internet]. [cité 5 nov 2024]. Infarctus du myocarde : définition, causes, traitement. Disponible sur: <https://www.elsan.care/fr/pathologie-et-traitement/maladies-cardiovasculaires/infarctus-definition-causes-traitement>
12. L'infarctus du myocarde [Internet]. FFC. 2016 [cité 5 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.fedecardio.org/je-m-informe/l-infarctus-du-myocarde/>
13. Une progression alarmante de l'infarctus chez les femmes - Agir pour le coeur des femmes [Internet]. [cité 5 nov 2024]. Disponible sur:

<https://www.agirpourlecoeurdesfemmes.com/alerter/infarctus-du-myocarde/Une-progression-alarmanche-de-l-infarctus-chez-les-femmes>

14. Cabinet Carré-Paupart [Internet]. [cité 7 nov 2024]. Le retard de prise en charge et la qualité des soins aux urgences : Quels recours pour les patients ? Disponible sur: <https://www.ccp-avocats.com/fr/actualites/id-62-retard-prise-en-charge-urgences-qualite-des-soins-quels-recours-pour-les-patients>
15. Maladies cardio-vasculaires des femmes : alerte rouge - Agir pour le coeur des femmes [Internet]. [cité 8 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.agirpourlecoeurdesfemmes.com/alerter/maladies-cardio-vasculaires/Maladies-cardio-vasculaires-des-femmes-alerte-rouge>
16. Tea V, Danchin N, Puymirat E. Infarctus du myocarde du sujet jeune : spécificités épidémiologiques et facteurs de risque. La Presse Médicale. 1 déc 2019;48(12):1383-6.
17. borealisdev.net, FRCP DMJ MD. Observatoire de la prévention de l'Institut de Cardiologie de Montréal. 2019 [cité 8 nov 2024]. L'impact des inégalités sociales sur la santé cardiovasculaire et la longévité. Disponible sur: <https://observatoireprevention.org/2019/01/03/limpact-des-inegalites-sociales-sur-la-sante-cardiovasculaire-et-la-longevite/>
18. SPF. Mortalité prématurée par maladies cardiovasculaires chez les femmes selon la catégorie sociale et le secteur d'activité [Internet]. [cité 14 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/mortalite-prematuree-par-maladies-cardiovasculaires-chez-les-femmes-selon-la-categorie-sociale-et-le-secteur-d-activite>
19. SPF. Disparités régionales de la mortalité prématurée par maladies cardiovasculaires et évolutions temporelles, France [Internet]. [cité 14 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/disparites-regionales-de-la-mortalite-prematuree-par-maladies-cardiovasculaires-et-evolutions-temporelles-france>
20. SANTÉ. Dans quelles régions fume-t-on le plus ? [Internet]. [cité 14 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.ledauphine.com/france-monde/2019/01/29/dans-quelles-regions-fume-t-on-le-plus>
21. Le Figaro Santé [Internet]. 2017 [cité 14 févr 2025]. Avec le surpoids et l'obésité, le diabète progresse en France. Disponible sur: <https://sante.lefigaro.fr/article/avec-le-surpoids-et-l-obesite-le-diabete-progresse-en-france>
22. Michel G, Zouaghi S. Serge Moscovici : Représentations sociales et minorités actives. In: Les grands auteurs en psychologie et le management [Internet]. EMS; 2024 [cité 23 mai 2025]. Disponible sur: <https://hal.science/hal-04896210>
23. presentation_generale_rbpp_sante_mineurs_jeunes_majeurs.pdf [Internet]. [cité 26 nov 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/presentation_generale_rbpp_sante_mineurs_jeunes_majeurs.pdf
24. Les chiffres clés - Onaps [Internet]. 2024 [cité 26 nov 2024]. Disponible sur: <https://onaps.fr/activite-physique-sedentarite/les-chiffres-cles/>
25. L'activité physique [Internet]. [cité 26 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/assurance-maladie/sophia/sophia/comment-controler-votre-risque-cardiovasculaire/activite-physique>
26. L'excès de poids facteur de risque cardiovasculaire à Genève aux HUG - HUG [Internet]. [cité 26 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.hug.ch/elips/exces-poids>

27. Compilatio [Internet]. [cité 10 déc 2024]. Étude qualitative : définition, objectifs, méthodes et conception. Disponible sur: <https://www.compilatio.net/blog/etude-qualitative>
28. LOI n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine (1). 2012-300 mars 5, 2012.
29. Recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé [Internet]. [cité 14 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/declaration/methodologie-de-reference-04-recherches-nimpliquant-pas-la-personne-humaine-etudes-et-evaluations-dans-le-domaine-de-la-sante>
30. King J, Brosseau L, Guitard P, Laroche C, Barette JA, Cardinal D, et al. Validation transculturelle de contenu de la version franco-canadienne de l'échelle COREQ. *Physiother Can*. 2019;71(3):222-30.
31. Section 1 : Exercice infirmier en pratique avancée (Articles R4301-1 à R4301-8-1) - Légifrance [Internet]. [cité 18 avr 2025]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000038549827/
32. Tabagisme en 2022 : un nombre de fumeurs stable et des inégalités de santé toujours marquées [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/tabagisme-en-2022-un-nombre-de-fumeurs-stable-et-des-inegalites-de-sante-toujours-marquees>
33. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*. 1 août 2001;27(Volume 27, 2001):363-85.
34. Lutter contre la stigmatisation et les violences envers les personnes vivant avec un problème de santé mentale [Internet]. 2023 [cité 20 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.paca.ars.sante.fr/index.php/lutter-contre-la-stigmatisation-et-les-violences-envers-les-personnes-vivant-avec-un-probleme-de>
35. Cornu Pauchet M. Discriminations et accès aux soins des personnes en situation de précarité: Regards. 30 août 2018;N° 53(1):43-56.
36. Queneau P, Ourabah (rapporteurs) R. Rapport 23-11. Les zones sous-denses, dites « déserts médicaux », en France. États des lieux et propositions concrètes. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*. 1 août 2023;207(7):860-71.
37. RecoMédicales [Internet]. 2023 [cité 2 mai 2025]. Nombre de médecins généralistes en activité en France en 2023. Disponible sur: <https://recomedicales.fr/articles/nombre-medecins-activite-france/>
38. Arnault DF. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE.
39. L'expression de la douleur chez les personnes porteuses d'une trisomie 21 | Le Quotidien du Médecin | Archives [Internet]. [cité 18 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/archives/lexpression-de-la-douleur-chez-les-personnes-porteuses-dune-trisomie-21>
40. root. Campagne d'information sur l'infarctus du myocarde [Internet]. Centre Saint Jean. 2019 [cité 6 mai 2025]. Disponible sur: <https://centre-saint-jean.fr/2019/12/10/campagne-dinformation-sur-linfarctus-du-myocarde/>

Table des matières

I. INTRODUCTION GENERALE	1
II. CADRE THEORIQUE.....	2
1. L'INFARCTUS DU MYOCARDE	2
<i>a. Définition du syndrome coronarien aigu.....</i>	<i>2</i>
<i>b. Les facteurs de risque de l'infarctus du myocarde.....</i>	<i>3</i>
<i>c. Le stress, un facteur de risque majeur.....</i>	<i>3</i>
<i>d. Les hormones, un facteur de risque majeur chez les femmes.....</i>	<i>4</i>
☐ La contraception	4
☐ La pilule et le tabac	5
☐ La grossesse	6
☐ La procréation médicalement assistée (PMA).....	6
☐ La ménopause.....	7
<i>e. Signes typiques de l'infarctus du myocarde</i>	<i>8</i>
<i>f. Signes atypiques de l'infarctus du myocarde</i>	<i>8</i>
2. LE CONCEPT DE RETARD DE PRISE EN SOINS	9
<i>a. Définition du retard de prise en soins</i>	<i>9</i>
<i>b. Facteurs contribuant au retard de prise en soin de l'infarctus du myocarde.....</i>	<i>9</i>
3. LES REPRESENTATIONS SOCIALES	13
4. IMPLICATIONS EN SANTE PUBLIQUE ET PREVENTION DU SYNDROME CORONARIEN AIGU CHEZ LES FEMMES.....	13
<i>a. La prévention primaire et secondaire</i>	<i>13</i>
☐ La sédentarité	14
☐ Les règles hygiéno-diététiques	15
5. QUESTION DE RECHERCHE	18
6. HYPOTHESE ET OBJECTIFS DE L'ETUDE	18
III. METHODE	19
1. TYPE D'ETUDE.....	19
2. CONSIDERATION ETHIQUE	19
3. POPULATION CIBLEE.....	20
<i>a. Critères d'inclusion</i>	<i>20</i>
<i>b. Critères d'exclusion</i>	<i>20</i>

c. <i>Méthode de recrutement</i>	20
4. RECUEIL DES DONNEES	20
5. ANALYSE DES DONNEES	21
IV. RESULTATS ET ANALYSE DES ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS	22
1. PRESENTATION DES PROFESSIONNELS INTERROGES	22
2. ANALYSE DES ENTRETIENS	22
a. <i>L'âge : entre représentations et réalités cliniques</i>	22
b. <i>La catégorie socio-professionnelle : un levier d'inégalités multiples</i>	23
c. <i>Le genre : une influence persistante sur la reconnaissance des symptômes</i>	25
d. <i>La zone géographique : entre désert médical et délai d'accès</i>	26
e. <i>Les troubles cognitifs : une expression clinique atténuée ou absente</i>	26
f. <i>Vers une prise en soins optimale : uniformiser les pratiques et sensibiliser</i>	27
V. DISCUSSION	30
1. CONFRONTATION THEORIE, PRATIQUE	31
a. <i>L'influence de l'âge sur la prise en soins</i>	31
b. <i>Le rôle de la catégorie socioprofessionnelle dans la prise en soins</i>	32
c. <i>L'impact du genre dans la prise en soins</i>	34
d. <i>La répercussion de la zone géographique sur la prise en soins</i>	35
e. <i>Les troubles cognitifs, un facteur retardant la prise en soins</i>	37
2. IMPLICATIONS DES INFIRMIERES EN PRATIQUE AVANCEE	38
a. <i>Transposition des résultats avec les compétences de l'infirmier en pratique avancée</i>	38
b. <i>Perspectives de formations et de sensibilisations</i>	40
c. <i>Propositions d'améliorations du parcours de soins</i>	41
3. LIMITES ET FORCES DE L'ETUDE	43
a. <i>Les forces</i>	43
b. <i>Les limites</i>	44
4. LES PERSPECTIVES	45
CONCLUSION	46
BIBLIOGRAPHIE	1
ANNEXES	6

ANNEXES

Annexe n°1 : Guide d'entretien

Des études révèlent que des facteurs influencent le retard de prise en soin de l'infarctus du myocarde.

Je vais maintenant vous citer ces facteurs un par un.

Je souhaite recueillir votre avis sur l'impact de ces facteurs sur le retard de prise en soin de l'infarctus du myocarde.

- L'âge
- La catégorie socio-professionnelle
- Le genre
- La zone géographique

Selon vous, en quoi ces facteurs peuvent-ils contribuer au retard de prise en soin de l'infarctus du myocarde ?

Pour chacun d'eux, dites-moi les raisons qui vous font avoir cet avis ? Avez-vous un exemple, une situation ?

Avez-vous déjà réfléchi à une ou des solution(s) qui pourrait(aient) limiter l'impact de chaque facteur contribuant au retard de prise en soin de l'infarctus du myocarde ?

Questions de relance : qu'en pensez-vous ; expliquez-moi en plus ; qu'est-ce qui vous fait dire ça ? ...

Annexe n°2 : Retranscription des entretiens



Annexe n°3 : Analyse des entretiens



Annexe n°4 : Lettre d'information DPO

Bonjour,

Je suis MARTINACHE Capucine, infirmière étudiante en pratique avancée.

Dans le cadre de mon mémoire, je souhaite réaliser un entretien semi-dirigé sur la prise en soins de l'infarctus du myocarde chez la femme.

Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier les représentations des différents professionnels de santé sur l'infarctus du myocarde chez la femme.

Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez être un professionnel de santé, plus particulièrement, un médecin urgentiste, un médecin généraliste, un cardiologue, un infirmier organisateur de l'accueil (IOA) aux urgences ou un infirmier en Pratique Avancée.

Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment. Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant.

Pour assurer une sécurité optimale, ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance du mémoire. Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n°2025-100 au registre des traitements de l'Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr . Sans réponse de notre part, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Merci beaucoup pour votre participation ! Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : capucine.martinache.etu@univ-lille.fr

Bien cordialement,

Capucine Martinache

Annexe n°5 : Récépissé attestation de déclaration



**RÉCÉPISSÉ
ATTESTATION DE DÉCLARATION**

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN: 130 029 754 00012
Adresse : 42 Rue Paul Duez 590000 - LILLE	Code NAF: 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Retard de prise en soins des infarctus du myocarde chez les femmes
Référence Registre DPO : 2025-100
Responsable scientifique : Mme Véronique KOZLOWSKI Interlocuteur : Mme Capucine MARTINACHE

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 25 avril 2025

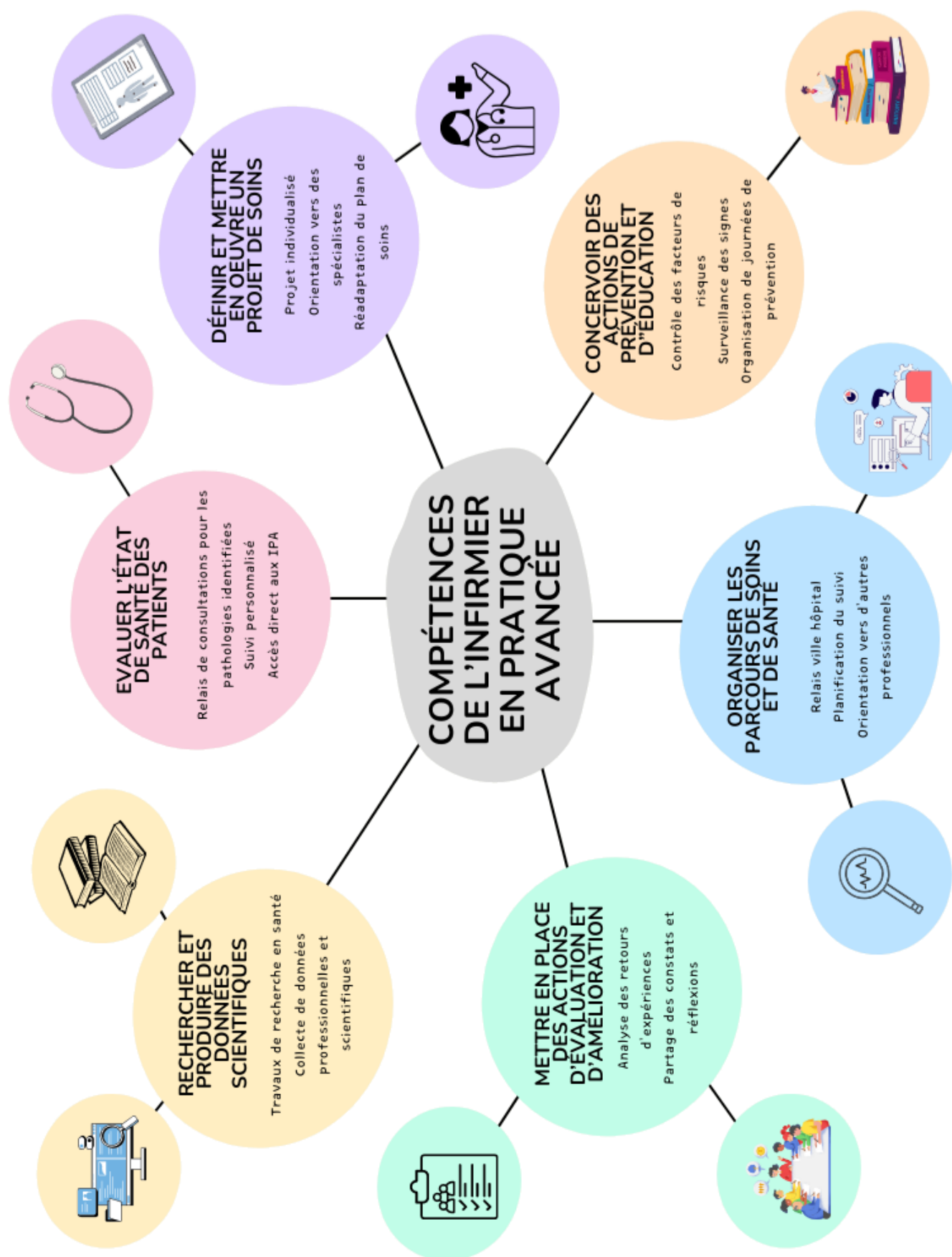
Délégué à la Protection des Données

Annexe n°6 : Grille COREQ

Traduction française de la grille COREQ (Gedda, 2014)			
N°	Item	Guide questions/description	Réponse
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion			
1	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Capucine MARTINACHE
2	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? Par exemple : PhD, MD	Infirmière diplômée d'état
3	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Infirmière étudiante en pratique avancée
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Femme
5	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Travail de recherche en soins infirmiers
6	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Non
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche	Objectif de la recherche, lettre d'information transmise
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche	Objectif principal
Domaine 2 : Conception de l'étude			
9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu	Analyse thématique
10	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige	Echantillonnage dirigé
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel	LinkedIn
12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	6
13	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	34
14	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail	Par téléphone, à domicile
15	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non
16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Par exemple : données démographiques, date	Profession, expérience

17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Oui
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non
19	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio
20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Pas de notes prises, retranscription après les entretiens grâce à l'audio
Domaine 3 : Analyse et résultats			
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	15 min
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Saturation des données au bout du 5ème entretien
23	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non
24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	2 personnes
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Codage par thème
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	A partir des données
27	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Word
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non
29	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Par exemple : numéro de participant	Oui
30	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	non mentionné

Annexe n°7 : Modélisation des compétences de l'infirmier en pratique avancée



Auteure : Capucine MARTINACHE

Date de soutenance : 2 juillet 2025

Titre : *Impact des représentations professionnelles sur le retard de prise en soins de l'infarctus du myocarde chez la femme : étude des signes atypiques et enjeux pour la santé publique*

Title : *Impact of Healthcare Professionals' Perceptions on Delays in the Management of Myocardial Infarction in Women: Study of Atypical Signs and Public Health Implications*

Mots clés : Représentations / Retard de prise en soins / Infarctus du myocarde / Femme / Santé publique

Keywords : Perceptions / Delay in Care / Myocardial Infarction / Women / Public Health

Contexte : En France, les maladies cardiovasculaires sont responsables de 200 décès par jour, soit environ 76 000 décès par an chez les femmes. Elles sont la première cause de mortalité chez les femmes en France. Douleurs épigastriques, nausées, vomissements, fatigue inhabituelle : ce sont ces signes atypiques qui résultent d'un retard de prise en soin chez les femmes, impliquant des enjeux cruciaux pour la santé publique.

Méthode : Une étude qualitative prospective, multicentrique, a été menée auprès de plusieurs professionnels de santé. Des entretiens semi-directifs ont permis de recueillir leurs perceptions sur les retards de prise en soins de l'infarctus du myocarde.

Résultats : L'analyse met en évidence trois facteurs influençant les retards de prise en soins : le genre lié aux signes atypiques de la femme, la catégorie socio-professionnelle qui influence l'accès aux soins et la zone géographique en lien avec la désertification médicale.

Discussion et conclusion : Ces résultats soulignent l'importance d'une approche globale et adaptée aux spécificités sociales, territoriales et genrées. L'infirmier en pratique avancée va jouer un rôle crucial dans le repérage des signes atypiques, la coordination des soins et l'éducation à la santé, notamment dans les zones de désertification médicale. Des actions de prévention sont ainsi essentielles afin de réduire les inégalités et améliorer la prise en soins.

Context : In France, cardiovascular diseases are responsible for 200 deaths per day, or approximately 76,000 deaths per year among women. They are the leading cause of mortality among women in France. Epigastric pain, nausea, vomiting, unusual fatigue : are atypical signs resulting from delays in care in women, raising crucial public health issues.

Method : A prospective, multicenter qualitative study was conducted with several healthcare professionals. Semi-structured interviews were used to gather their perceptions regarding delays in care for myocardial infarction.

Expected results : The analysis highlights three main factors influencing delays in care: gender-related issues due to atypical symptoms in women, the socio-professional category which affects access to care, and the geographic area, particularly in relation to medical desertification.

Discussion and conclusion : These findings emphasize the need for a comprehensive approach tailored to social, territorial, and gender-specific factors. The Advanced Practice Nurse (APN) plays a crucial role in identifying atypical symptoms, coordinating care, and providing health education, especially in underserved areas. Preventive actions are therefore essential to reduce inequalities and improve care delivery.

Directrice de mémoire : Madame Gwladys ACOULON