

UNIVERSITE DE STRASBOURG

FACULTE DE MEDECINE, MAIEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTE

Année 2023

Thèse n°90

THESE PRESENTEE ET SOUTENUE

POUR LE DIPLOME DE

DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'État

Mention D.E.S. Médecine générale

PAR

Camille Fournier épouse Lesage

Née le 3 octobre 1994 à Strasbourg (67)

**Les spécificités des symptômes, du diagnostic et de la prise en charge de l'infarctus du myocarde chez la femme :
enquête auprès des médecins généralistes.**

Président de thèse : Pr Pascal BILBAULT, Professeur

Directeur de thèse : Dr Thomas LANG, Docteur en médecine d'urgence

83 - MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCF-PH)

NOM et Prénoms	sp ¹	services hospitaliers ou centres / localisations	axes-recherches et axes d'actions de recherche
AGIL Antoine		- Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICMC	11.01 Biochimie et génétique moléculaire
Mme ANNE-HÉLÈNE BÉGIN		- Pôle de microbiologie - Unité de Pharmacologie Clinique / Faculté de Médecine	48.01 Pharmacologie fondamentale (pharmacologie clinique / toxicologie) 48.02 pharmacologie fondamentale
Mme ANNE SAU		- Pôle de Spécialités Médicales (gynécologie / SMO) - Service de Anatomie (reproductrice / SMO)	11.01 Anatomie
Mme BÉLANDIER Valérie		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Laminéaire / Nouvel-Hôpital	42.04 Génétique (partie biologique)
M. DAMY Gilles		- Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICMC	41.01 Méthodes et médiums nucléaires (partie chimie)
Mme de la Roche		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Chimie et de Biologie moléculaire / SMO	44.01 Méthodes et Biologie moléculaire
BOYER Florent		- Pôle de Biologie - Centre de Biotechnologie / Faculté de Médecine	41.01 Biochimie et médiums nucléaires (partie Biochimie) 41.02 Biologie cellulaire / Biologie moléculaire
Mme de la Roche		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Microbiologie et de Biologie moléculaire / SMO - Centre de Microbiologie / Faculté de Médecine	44.01 Méthodes et Biologie moléculaire (partie Biologie)
Mme BIRD Caroline		- Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et Imagerie moléculaire / ICMC	43.01 Biochimie et médiums nucléaires
CHASTOT Gabriel		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie Cellulaire / Faculté de Médecine	42.03 Immunologie
CHASTOT Corinne		- Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie à Interventionnelle / SMO	43.01 Biologie et médecine nucléaire (partie chimie)
Mme CHÉLIER Marie		- Pôle Télé-Care - Service de Neurologie / SMO	43.01 Neurologie
CHASSEUR Marie		- Pôle de Biologie - Département de Biologie Structurale / Biologie / ICMC	41.01 Biochimie et médiums nucléaires (partie Biologie)
CHÉREZ Thomas		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Microbiologie / Biologie / Nouvel-Hôpital	42.01 Immunologie (partie biologique)
CHOUET Philippe		- Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie Moléculaire / SMO	43.01 Biochimie et médiums nucléaires
CLICHÉ Jean-Philippe		- Pôle de Biologie - Unité de Biologie Cellulaire / Centre de Biologie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie moléculaire	44.01 Immunologie
Mme COFFREAU Geneviève		- Pôle de Biologie (médecine cellulaire) / Centre de Biologie - Service des Maladies Nucléaires / ICMC - Pharmacologie Clinique / ICMC	41.04 Chimie, Médecine nucléaire
M. FORTIN André-Jacques		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Chimie et de Biologie moléculaire / SMO	44.01 Méthodes et Biologie moléculaire
DAVIGNY François		- Pôle de Spécialités Médicales - Gynécologie / SMO - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / SMO	41.01 Chimie, Médecine nucléaire
DEBICHE Jean-Baptiste		- Pôle des Pathologies Infectieuses, Hépatites et de la Transplantation - Centre de Diagnostic Global / Biologie / SMO	43.01 Chimie générale
de la Roche		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Chimie et de Biologie moléculaire / SMO	41.01 Biologie (partie biologique)
Mme DRELLACKER Rita		- Pôle Télé-Care / SMO - Service de Neurologie / Hôpital de Neuchâtel	43.01 Neurologie
DRELLACKER		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Chimie et de Biologie moléculaire / SMO	44.01 Méthodes et Biologie moléculaire
Mme ENOCHE Corine		- Pôle de Neurologie thérapeutique - Service de Neurologie et d'Épileptologie fonctionnelle / SMO	41.01 Psychologie
Mme FATHALLAH-JACQUET Audrey		- Pôle de Biologie - Service de Médecine Cellulaire, Chimie et Biologie moléculaire / SMO et - Laboratoire de Toxicologie / Faculté de Médecine - Centre de Médecine Cellulaire / Faculté de Médecine	48.01 Méthodes, Chimie et Biologie moléculaire
FELLET Renaud		- Pôle de Chimie et Biochimie - Centre de Biologie Cellulaire / Biologie / ICMC / Unité de Neurologie	44.01 Chimie générale, chimie de la chimie moléculaire
FEUILLÉ Denis	CD	- Pôle de Biologie - Unité de Pharmacologie et de Physiologie moléculaire / PHMUS et Faculté	41.01 Pharmacologie / physiologie (partie Biologie)
FISCHER Julia		- Centre de Physiologie / Centre de Médecine - Pôle de psychiatrie et de santé mentale - Service de psychiatrie / Hôpital	44.01 Psychologie (partie Biologie)
Gauthier Marie		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'Unité de Biologie / PHMUS et Faculté	41.01 Biochimie - chimie - chimie / médecine moléculaire (partie Biochimie) 41.02 Biologie cellulaire / Biologie moléculaire
GARNIER Margherita		- Pôle de Neurologie thérapeutique - Service de Neurologie et d'Épileptologie fonctionnelle / SMO	44.01 Psychologie (partie Biologie)
GAY Vincent		- Pôle de Spécialités Médicales - Gynécologie / SMO - Service de Maladies Infectieuses et Parasitaires / ICMC	41.01 Immunologie (partie chimie)
GRELLON Antoine		- Pôle de Biologie - Unité de Chimie et de Biologie moléculaire / PHMUS et Faculté	41.01 Chimie / Biochimie - chimie / chimie / Biologie (partie Biologie)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localités	Spécialisation de Conseil National des Universités
GUERIN Eric		+ Pôle de Biologie + Laboratoire de virologie et de virologie moléculaire / ICR	44.01 Biologie cellulaire (optique histologie)
GUERIN Aurélien		+ Pôle de Biologie moléculaire / ICR + Service de génétique humaine et d'immunogénétique / ICR	47.01 Immunologie (optique chimie)
Mme ANNE-SOPHIE LAURE		+ Pôle d'Ecologie + Service de Biologie (Unité de Biologie Moléculaire) / ICR	43.01 Biophysique et médecine moléculaire
Mme C. VALLÉE		+ Pôle d'Ecologie + Service de Biologie (Unité de Biologie Moléculaire) / ICR + Service de Ecologie et de Médecine Moléculaire / ICR	43.01 Biophysique et médecine moléculaire
GAUTHIER Philippe		+ Pôle de Biologie + Département Sciences Biomédicales et Santé / ICR	47.01 Génétique (optique histologie)
Mme SAMUEL GUERIN		+ Pôle de Biologie + Laboratoire de Neurobiologie / Biologie moléculaire / ICR	44.01 Biochimie et génétique moléculaire
Mme LAURENCE		+ Centre d'Antenne Santé / Centre de Recherche	46.01 Anatomie (optique chimie)
Mme ANASTASIA MACHALAZOU		+ Pôle de Médecine Physique et de Réhabilitation + Institut Centralisé de Radiologie / ICR	46.01 Médecine Physique et réhabilitation
Mme SANDRINE VALLÉE		+ Pôle de Biologie + Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / ICR	44.01 Biochimie et génétique moléculaire
Mme LAURENCE BERTHE		+ Institut d'Ecologie / Faculté de Médecine + Pôle de Biologie + Laboratoire de génétique / Unité de génétique	43.01 Histologie, Cytologie et Cytopathologie (optique histologie)
GARIN Thomas		+ Pôle de Biologie + Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / ICR	44.01 Biologie cellulaire
LECLERCQ Luc		+ Pôle de Cytopathologie / ICR + Service de Cytopathologie / ICR + Service de Cytopathologie / ICR	34.01 Cytopathologie (optique chimie) / Cytopathologie (optique chimie) / ICR
SEMBAUM Cedric		+ Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie + Service de Dermatologie / ICR	34.01 Dermatologie
LORENZINI David		+ Pôle de Biologie + Service de Pathologie / ICR	46.01 Anatomie et cytopathologie (optique chimie)
GUILLON Frédéric		+ Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, réconstruccion et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie + Service de Chirurgie Maxillo-faciale et Neuro-faciale / ICR	34.01 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MOUET Laurent		+ Pôle de Biologie + Laboratoire d'Histologie biologique / ICR de Pathologie - ICR	44.01 Biologie cellulaire (type chimie) (biologie) / ICR
Mme ANASTASIA LAURENCE DE MACHALAZOU	CS	+ Pôle de Biologie + Laboratoire de Génétique, Prévention et Santé Moléculaire	34.01 Anatomie moléculaire et cytopathologie et de la reproduction (optique chimie)
Mme ANNE		+ Pôle de Biologie + Laboratoire de Génétique et Pathologie / ICR	47.01 Anatomie (optique histologie)
Mme DOULAS Elena		+ Pôle de Biologie + Service de Pathologie (optique chimie) / ICR	43.01 Anatomie et Cytologie (optique chimie) (optique chimie)
Mme ANNE-SOPHIE LAURENCE		+ Pôle de Santé publique et de Santé Travail + Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du Travail / ICR	46.01 Médecine du Travail et Santé Travail (optique chimie)
GUERIN Anne		+ Pôle de Biologie + Laboratoire de Virologie et de Biologie moléculaire / ICR	43.01 Biochimie et Biologie moléculaire
STATT Alexander		+ Pôle de Biologie + Laboratoire de Neurobiologie et de Neurobiologie moléculaire / ICR	43.01 Neurobiologie et neurologie
Mme ANNE-SOPHIE LAURENCE		+ Pôle de Biologie + Laboratoire de Génétique et Pathologie / ICR	47.01 Anatomie (optique histologie)
BOF Rami		+ Pôle d'Ecologie + Unité de Neurobiologie Interdisciplinaire / ICR de Neurobiologie	43.01 Pathologie et médecine moléculaire (optique chimie)
Mme ANNE-SOPHIE LAURENCE		+ Pôle de Biologie + Service de Pathologie Moléculaire / ICR de Santé	47.01 Anatomie (optique chimie)
GUILLON David		+ Pôle de Biologie + Institut Centralisé de Radiologie / ICR de Pathologie et Faculté	46.01 Optique / Anatomie et radiologie (optique chimie)
Mme ANASTASIA MACHALAZOU		+ Pôle de Biologie + Laboratoire de Génétique et Pathologie / ICR de Santé Travail	47.01 Immunologie (optique chimie)
Mme ANNE-SOPHIE LAURENCE		+ Pôle de Biologie + Laboratoire de Virologie et de Biologie moléculaire / ICR + Service de Virologie / ICR	43.01 Biophysique et médecine moléculaire
Mme ANNE-SOPHIE LAURENCE		+ Pôle de Pathologie Fonctionnelle + Service de Pathologie et de Santé Travail / ICR de Santé Travail	44.01 Médecine (optique chimie)
BOUILLONNEAU Adrien		+ Pôle de Biologie + Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / ICR	44.01 Biochimie et génétique moléculaire (optique chimie)
Mme ANNE-SOPHIE LAURENCE		+ Pôle de Biologie + Laboratoire de Neurobiologie moléculaire / ICR de Santé Travail	47.01 Neurobiologie / Neurobiologie (optique chimie)
Mme ANNE-SOPHIE LAURENCE		+ Pôle de Biologie + Service de Pathologie et de Santé Travail / ICR + Service de Pathologie / ICR	46.01 Anatomie
Mme ANNE-SOPHIE LAURENCE		+ Pôle de Biologie + Laboratoire de Neurobiologie et de Neurobiologie moléculaire / ICR + Institut de Neurobiologie / ICR de Santé Travail	46.04 Anatomie et neurologie (optique chimie)
Mme ANNE-SOPHIE LAURENCE		+ Pôle de Biologie + Laboratoire de Neurobiologie et de Neurobiologie moléculaire / ICR	47.01 Génétique

NOM et Prénoms	CS*	Services hospitaliers ou institut / localisation	Inscriptions au Conseil National des Universités
Dr. Jeanine LAMBERT		- Pôle de Biologie - Institut Subantarctique de Biologie (INRSUB) et Faculté	06.11 - génomique, microbiologie, et zoologie (biologie générale)
Mme Marie MARGOT		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Microbiologie et Santé de l'Antarctique	06.11 - microbiologie-moléculaire (bactériologie) et zoologie (biologie générale)
Mme GILBERT-DURVILLE		- Pôle de Biologie de l'Environnement, Paléontologie, Médecine, Océanographie, Zoologie (INRSUB) - Service de Biogéochimie / Institut de Microbiologie	06.11 - Microbiologie
Mme Valérie MATHIEU-ROCHE		- Pôle de Biologie - Institut de génétique, de microbiologie, d'écologie et d'évolution	06.11 - génomique, microbiologie-moléculaire (biologie générale)
Dr. Jean-Luc SARTY		- Pôle de microbiologie (Faculté) par - Service de Biogéochimie et de géochimie de l'Antarctique / INRSUB	06.11 - Hydrologie (géologie générale)
Mme Valérie MATHIEU		- Pôle de Biologie de l'Environnement de médecine - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de l'Antarctique	06.11 - Chirurgie Pédiatrique
Mme MATHIEU		- Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Terre (Mars) / Centre de Biologie	06.11 - Biologie et médecine de l'Environnement et de l'écotoxicologie (biologie générale)
Mme GILBERT-DURVILLE		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'écologie Biologique - Hôpital de l'Antarctique	07.21 - Hémiologie, transfusion Diagnostique (biologie générale)
Mme Valérie MATHIEU-ROCHE		- Pôle de Biologie - Laboratoire de microbiologie et santé	06.11 - microbiologie-moléculaire (bactériologie) et zoologie (biologie générale)
Mme VALÉRIE MATHIEU		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biogéochimie et de Microbiologie de l'Antarctique / INRSUB et Fac.	06.11 - microbiologie (géologie générale)
Mme Valérie MATHIEU-ROCHE ou MATHIEU		- Pôle de Biologie de l'Environnement de médecine - Service de Pédiatrie / Hôpital de l'Antarctique	06.11 - Pédiatrie
Dr. Jean-Luc SARTY		- Pôle de Biologie et de géochimie - Service de Biogéochimie et de géochimie de l'Antarctique / INRSUB	06.11 - Hydrologie (géologie générale)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS (non appartenant)

Dr. EDITH DUBOIS-REIM	Laboratoire d'Optique et de Sciences de la Vie et de la Santé UCLouvain Institut d'Astronomie Astrophysique	72 - Epitomologie - Médecine spécialisée et des Techniques
-----------------------	--	--

B3 - MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS (non appartenant)

Mme VALÉRIE MATHIEU-ROCHE	UCLouvain - Faculté de Médecine / Faculté de Biologie	06 - Microbiologie
M. GILBERT-DURVILLE Jean-François	COGE-UMI 7117 - équipe MRC / Faculté de Médecine	06 - Microbiologie
Mme Marie MARGOT	Laboratoire d'Optique et de Sciences de la Vie et de la Santé UCLouvain Institut d'Astronomie Astrophysique	72 - Epitomologie - Médecine spécialisée et des Techniques
M. LAURENT HENRI	COGE-UMI 7117 - équipe MRC / Faculté de Médecine	06 - Microbiologie
Mme VALÉRIE MATHIEU-ROCHE	Laboratoire d'Optique et de Sciences de la Vie et de la Santé UCLouvain Institut d'Astronomie Astrophysique	72 - Epitomologie - Médecine spécialisée et des Techniques
Mme VALÉRIE MATHIEU-ROCHE	Laboratoire d'Optique et de Sciences de la Vie et de la Santé UCLouvain Institut d'Astronomie Astrophysique	72 - Epitomologie - Médecine spécialisée et des Techniques
Mme THOMAS MARIE	Laboratoire d'Optique et de Sciences de la Vie et de la Santé UCLouvain Institut d'Astronomie Astrophysique	70 - Epitomologie - Médecine spécialisée et des Techniques
M. ANDRÉAS FROST	Laboratoire d'Optique et de Sciences de la Vie et de la Santé UCLouvain Institut d'Astronomie Astrophysique	72 - Epitomologie - Médecine spécialisée et des Techniques
M. DANIEL HENRI	Laboratoire d'Optique et de Sciences de la Vie et de la Santé UCLouvain Institut d'Astronomie Astrophysique	72 - Epitomologie - Médecine spécialisée et des Techniques

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- **JEAN-PIERRE LAFITE** (né le 09/06/1930) (France)
 Chimiste organique (Université de Clermont-Ferrand)
 Directeur de l'Institut de Chimie Moléculaire et des Surfaces
- **JEAN-PIERRE LAFITE** (né le 09/06/1930) (France)
 BILBOUC Jean-Pierre, Ecole Nationale Supérieure de Chimie de Clermont-Ferrand
 CHENET Jean-Pierre, Université de Clermont-Ferrand, France
 HANON Jean-Pierre, Université de Clermont-Ferrand
 LAFITE Jean-Pierre, Université de Clermont-Ferrand
 LAFITE Jean-Pierre, Université de Clermont-Ferrand
 LAFITE Jean-Pierre, Université de Clermont-Ferrand
 LAFITE Jean-Pierre, Université de Clermont-Ferrand
 LAFITE Jean-Pierre, Université de Clermont-Ferrand
 LAFITE Jean-Pierre, Université de Clermont-Ferrand
 LAFITE Jean-Pierre, Université de Clermont-Ferrand
 LAFITE Jean-Pierre, Université de Clermont-Ferrand
- **JEAN-PIERRE LAFITE** (né le 09/06/1930) (France)
 DUBOIS Jean-Pierre, Université de Clermont-Ferrand
 LAFITE Jean-Pierre, Université de Clermont-Ferrand
 LAFITE Jean-Pierre, Université de Clermont-Ferrand
 LAFITE Jean-Pierre, Université de Clermont-Ferrand
 LAFITE Jean-Pierre, Université de Clermont-Ferrand
 LAFITE Jean-Pierre, Université de Clermont-Ferrand
 LAFITE Jean-Pierre, Université de Clermont-Ferrand
 LAFITE Jean-Pierre, Université de Clermont-Ferrand
 LAFITE Jean-Pierre, Université de Clermont-Ferrand
 LAFITE Jean-Pierre, Université de Clermont-Ferrand
- **JEAN-PIERRE LAFITE** (né le 09/06/1930) (France)
 LAFITE Jean-Pierre, Université de Clermont-Ferrand

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

01/01/2017 - 01/01/2018 - 01/01/2019

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

01/01/2017 - 01/01/2018
 01/01/2018 - 01/01/2019
 01/01/2019 - 01/01/2020
 01/01/2020 - 01/01/2021
 01/01/2021 - 01/01/2022
 01/01/2022 - 01/01/2023
 01/01/2023 - 01/01/2024

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier chaleureusement les personnes qui m'ont aidée à accomplir ce long travail de thèse et en particulier,

Monsieur le Docteur Thomas LANG,

Qui, en tant que directeur de thèse, m'a soutenue et conseillée à de nombreuses reprises ces dernières années. Ses relectures attentives et ses conseils avisés m'ont permis de perfectionner mon travail. Cette thèse lui doit beaucoup.

Madame la Professeure associée de médecine générale Claire DUMAS,

Ce travail n'aurait probablement pas été possible sans son soutien, qui en tant que tutrice pendant mon internat, m'a accompagnée pendant des années avec une bienveillance dont je lui suis infiniment reconnaissante. Merci également, Claire, d'avoir accepté de participer au jury de ma thèse.

Monsieur le Professeur Pascal BILBAULT,

Qui m'a fait l'honneur de présider mon jury de thèse, acceptez pour cela mes plus sincères remerciements.

A mes parents,

Pour votre amour et votre soutien inconditionnel. Vous êtes mes modèles et je ne saurai jamais assez vous remercier.

A mes sœurs,

Pour avoir tant de fois marqué ma vie et me permettre si souvent de me remettre en question.

A mes amis,

Pour tout ce que je partage avec chacun d'entre vous.

A mes merveilleuses filles,

Pour avoir donné plus de sens à ma vie et une raison de ne jamais rien lâcher.

A mon mari,

Pour ton indéfectible soutien et tout l'amour que tu m'offres.
Sans toi, rien ne serait possible.

Table des matières

I. Introduction.....	18
A. Le syndrome coronarien aigu.....	18
1. Données épidémiologiques.....	18
2. Les définitions.....	19
B. Différences épidémiologiques en fonction du genre lors d'un SCA.....	20
1. Age de survenue.....	20
2. Les facteurs de risque cardiovasculaire.....	21
C. Différences dans la prise en charge en fonction du genre lors d'un SCA.....	22
1. Diagnostic.....	22
a. L'électrocardiogramme.....	22
b. Les dosages biologiques ou biomarqueurs.....	23
c. Lésions à la coronarographie.....	23
d. Délais d'intervention.....	24
2. Thérapeutique.....	24
a. En prévention primaire.....	24
b. Techniques de reperfusion.....	25
c. Traitements médicamenteux hospitaliers.....	26
d. En prévention secondaire.....	27
D. Différences dans la présentation clinique en fonction du genre lors d'un SCA.....	28
1. Les symptômes typiques.....	28
2. Les symptômes atypiques.....	33
a. La douleur atypique.....	33
b. Autres symptômes atypiques.....	34
3. Les différentes symptomatologies du SCA selon le sexe.....	34
a. Présence de la douleur thoracique et pronostic.....	35
b. Caractéristiques de la douleur thoracique.....	36
c. Signes atypiques.....	36
d. Interprétation des symptômes.....	37
e. Symptômes prodromiques.....	38
E. Différences dans la physiopathologie en fonction du genre lors d'un SCA.....	39
1. Différentes causes d'IDM.....	39
2. Sus ou sous-décalage du segment ST.....	40
F. De la littérature au terrain.....	40
II. Matériel et méthode.....	43
1. Les objectifs de la thèse.....	43
2. Type d'étude.....	43
3. Recrutement.....	44
a. Critères d'inclusion.....	44
b. Critères d'exclusion.....	44
4. Déroulement des entretiens.....	44

5.	Méthode d'analyse	45
III.	Résultats.....	47
A.	Caractéristiques des entretiens et de la population.....	47
B.	Analyse thématique des entretiens.....	48
1.	La présentation clinique du SCA	48
a.	La douleur typique.....	48
b.	Les signes atypiques	49
c.	Influence du sexe sur la présentation clinique	50
2.	La prise en charge du SCA par les médecins généralistes	50
a.	Cas d'une présentation typique.....	50
b.	Cas d'une présentation atypique.....	52
c.	La place de l'électrocardiogramme.....	54
d.	Place des biomarqueurs cardiaques	55
e.	Le mode de transport	57
3.	La prévention cardiovasculaire.....	58
a.	Premier recours au cardiologue	58
a.	La prévention cardiovasculaire en fonction du sexe	60
4.	Le diagnostic de syndrome coronarien aigu au cabinet de médecine générale.....	63
a.	Difficultés rencontrées	63
b.	Points positifs soulevés.....	64
c.	Pistes pour faciliter le diagnostic et la prise en charge.....	65
IV.	DISCUSSION	67
1.	Forces et limites de l'étude	67
a.	Principales forces de l'étude.....	67
b.	Les limites de l'étude	67
2.	Principaux résultats.....	68
a.	Les différences de clinique et de prise en charge entre les sexes	68
b.	La prise en charge du SCA en cabinet	70
3.	Les perspectives	75
a.	Un score pour stratifier le risque de SCA.....	75
b.	Des tests de détection rapide de la troponine	77
c.	Un accès au cardiologue	78
d.	La délégation d'une partie de la prévention cardiovasculaire.....	78
V.	CONCLUSION	80
VI.	Annexes.....	83
1.	Guide d'entretien.....	83
2.	Retranscription des entretiens	86
	Bibliographie	121

I. Introduction

A. Le syndrome coronarien aigu

1. Données épidémiologiques

Les maladies cardiovasculaires représentent la première cause de mortalité des femmes dans tous les pays d'Europe. Elles sont responsables de 52% des décès chez ces dernières contre 42% chez les hommes (1).

L'infarctus du myocarde (IDM) est le chef de file de ces maladies cardiovasculaires et représente à lui seul 21% des décès féminins en Europe (2). Pour cette pathologie en particulier, le taux de mortalité des femmes est supérieur à celui des hommes (10,2% des femmes vs 5.5% des hommes) (3).

Par ailleurs, les maladies cardiovasculaires sont en progression chez les femmes. Et si une diminution des maladies coronaires est retrouvée chez les hommes quel que soit la classe d'âge, une augmentation de ces mêmes maladies est constatée chez les femmes (2).

Selon l'Institut National de Veille Sanitaire, le taux d'hospitalisation pour infarctus du myocarde chez les femmes de 35 à 54 ans est passé de +3% par an entre 2002 et 2008 à +4.8% par an entre 2009 et 2013 (4).

Cette progression est importante chez les femmes jeunes. Selon la Présidente de la Fédération Française de Cardiologie, le Professeur Mounier-Vehier, le nombre d'infarctus du myocarde chez les femmes de moins de 60 ans, a triplé ces quinze dernières années (5).

Une hypothèse expliquant la plus forte mortalité du sexe féminin pourrait être une prise en charge thérapeutique différente avec notamment un accès plus restreint à l'aspirine, aux bêta-bloquants et aux techniques de reperfusion (3).

Il semblerait également exister un retard diagnostique et donc thérapeutique chez les femmes lors d'un syndrome coronarien aigu (SCA), entraînant une surmortalité de ces dernières (6). Certains chercheurs attribuent ce retard à une plus faible prévalence des symptômes angineux chez les femmes lors d'un SCA (7-8).

Devant les éléments précédents, les questions concernant les spécificités des IDM féminins ont émergé. Cette thèse présentera en première partie les différences mises en évidence par les chercheurs entre les hommes et les femmes lors d'un IDM ces dernières années. Dans une seconde partie cette thèse aura pour objectif d'établir un état des connaissances des médecins généralistes concernant les différences de prise en charge du SCA entre les hommes et les femmes.

2. Les définitions

Le syndrome coronarien aigu est un terme général qui désigne toute atteinte cardiaque aboutissant à un ralentissement ou un blocage soudain de l'apport sanguin des artères nourricières (artères coronaires) du cœur. La cause la plus fréquente est la maladie coronaire responsable d'un rétrécissement des artères coronaires. Ce rétrécissement est le plus souvent causé par l'accumulation de plaques d'athérome sur les parois des artères coronaires (9).

Trois formes de SCA sont à distinguer, elles représentent trois degrés d'urgences et de prise en charge différentes :

- L'angor instable, caractérisé par une baisse transitoire de l'apport de sang au cœur (10).

- L'infarctus du myocarde sans sus-décalage du segment ST, caractérisé par une occlusion partielle d'une ou plusieurs artères coronaires. L'ischémie cardiaque est limitée.
- L'infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST, caractérisé par une occlusion complète d'une ou plusieurs artères coronaires entraînant une ischémie cardiaque.

B. Différences épidémiologiques en fonction du genre lors d'un SCA

Plusieurs études récentes se sont attachées à décrire les différentes caractéristiques des patients hospitalisés pour SCA.

1. Age de survenue

L'âge de survenue du SCA représente la principale différence. Il est plus tardif de 7 à 9 ans chez les femmes (11-12-13).

Cette différence dans l'âge de survenue s'explique en partie par le rôle des œstrogènes reconnu comme cardioprotecteur jusqu'à la ménopause (2).

Toutefois, 25% des femmes ont moins de 60 ans lorsqu'elles sont touchées par un SCA (11).

L'AHA et la société européenne de cardiologie recommandent formellement le dépistage des maladies cardiovasculaires aux trois périodes-clés de leurs vies hormonales : la contraception, la grossesse et la péri-ménopause (14-15).

2. Les facteurs de risque cardiovasculaire

Concernant les facteurs de risque cardiovasculaire, les femmes sont généralement plus touchées que les hommes (12,16).

Le diabète est pré existant chez 35.6% des femmes atteintes de SCA contre 30.6% des hommes.

L'HTA est présente chez 74.8% des femmes contre 66.2% des hommes.

Une étude parue dans le *JAMA* en 2013 révèle que les femmes de moins de 55 ans présentant un SCA sont également plus atteintes de diabète et d'hypertension artérielle que les hommes de cette tranche d'âge (13). Ces données sont confirmées en 2020 dans une autre étude de *l'European Heart Journal*, concluant à une prévalence du diabète plus élevée chez les femmes de moins de 50 ans lors d'un SCA (23.7% des femmes sont diabétiques versus 18.9% des hommes) (17).

Concernant la consommation de tabac, sa prévalence est en revanche plus élevée chez les hommes lors d'un SCA (32% d'hommes fumeurs actifs lors du SCA contre 21.8% de femmes) (12).

La dyslipidémie est également plus présente chez les hommes victimes d'un SCA (48.8% des hommes contre 44.5% des femmes)(12).

C. Différences dans la prise en charge en fonction du genre lors d'un SCA

1. Diagnostic

Le diagnostic de SCA est évoqué devant un tableau clinique mais repose avant tout sur des examens complémentaires tels que l'électrocardiogramme (notamment l'élévation du segment ST) et les dosages de biomarqueurs. La confirmation diagnostique est généralement apportée par la coronarographie qui a une utilité diagnostique et thérapeutique (18).

a. L'électrocardiogramme

De nombreuses études ont montré que l'élévation du segment ST avait une incidence moindre chez les femmes par rapport aux hommes.

Une étude parue en 2013 dans le *JAMA* retrouve 37.5% de présentation de SCA avec élévation du segment ST chez les hommes contre 30% chez les femmes (13). Une autre étude réalisée aux USA montre que les chances de bénéficier d'un électrocardiogramme dans les 10 premières minutes suivant leur arrivée aux urgences sont moindres pour les femmes que pour les hommes (25.2% des femmes bénéficient d'un électrocardiogramme contre 29.3% des hommes) (12).

b. Les dosages biologiques ou biomarqueurs

L'élévation des marqueurs cardiaques et notamment de la troponine est moins importante chez les femmes atteintes d'un SCA (84% des femmes ont une élévation de la troponine contre 88% des hommes) (12).

Plusieurs études ont analysé la relation entre les biomarqueurs cardiaques et le sexe.

Une étude parue dans le *Journal of The American College of Cardiology* confirme une élévation moindre de la troponine chez la femme que chez l'homme lors du SCA (19). D'autres études ont montré que la CRP et les BNP sont statistiquement plus élevés chez les femmes que chez les hommes lors d'un SCA (avec une prévalence d'insuffisance rénale égale). Ces études ont supposé que ces différences d'élévation des biomarqueurs sont dues aux différences physiopathologiques des SCA entre les hommes et les femmes. En effet les hommes ont plus souvent des SCA dus à la rupture d'une plaque d'athérome avec obstruction des artères coronaires (provoquant une élévation des troponines) tandis que les femmes ont davantage de maladies inflammatoires des petits vaisseaux et de congestion cardiaque (20-21).

c. Lésions à la coronarographie

Plusieurs études révèlent également que la coronarographie en phase aiguë est moins utilisée chez les femmes mais surtout que la coronarographie retrouve chez ces dernières des atteintes significativement plus légères que chez les hommes (22,11,8,23).

d. Délais d'intervention

Le délai de prise en charge des femmes lors d'un syndrome coronarien aigu semble allongé par rapport à celui des hommes.

Une étude menée au Portugal entre 2002 et 2019 a prouvé que le délai entre les premiers symptômes de SCA et le premier contact médical était significativement plus long chez les femmes que chez les hommes. Elle a aussi montré que le délai entre ce premier contact médical et le traitement par reperfusion cardiaque était également plus long chez les femmes (22).

Une équipe de chercheurs australiens a également analysé 1681 appels aux urgences pour infarctus du myocarde. Les résultats de cette étude montrent qu'en cas de douleur thoracique, les femmes sont moins susceptibles d'être amenées aux urgences en « priorité 1 » c'est-à-dire dans une ambulance avec sirène et gyrophares. Elle rapporte également que le temps passé au domicile des femmes avant leur transport en ambulance est significativement plus long que celui des hommes (24).

2. Thérapeutique

a. En prévention primaire

Plusieurs études se sont attachées à identifier les différences de prise en charge selon le sexe dans la prévention primaire du SCA.

Concernant la prévention médicamenteuse, les femmes reçoivent moins d'inhibiteurs de l'enzyme de conversion et moins d'hypolipémiants (5.7% des femmes contre 7.3% des hommes selon une étude publiée en 2013 dans *l'European Heart Journal*) (25).

Sur le plan de la revascularisation préventive, une étude publiée dans *l'International Journal of Cardiology* en 2013 met en évidence un accès à la pose de stents plus restreint pour les femmes en prévention primaire (54.9% chez les femmes contre 59.8% chez les hommes). L'étude fait le même constat pour l'accès au pontage coronarien (17.8% des femmes y ont accès en prévention primaire contre 25% des hommes) (16). Cette dernière étude avance l'hypothèse que les femmes sont traitées de manière plus symptomatique que les hommes en prévention primaire. Elles reçoivent plus d'agent anti-angineux, d'anti-inflammatoire non stéroïdiens et d'inhibiteurs de la pompe à proton (16).

b. Techniques de reperfusion

En phase aiguë d'un SCA avec élévation du segment ST, plusieurs études révèlent des disparités d'accès à un traitement curatif en fonction du sexe du patient.

La prise en charge des patients atteints d'un SCA avec élévation du segment ST comprend soit la fibrinolyse soit l'angioplastie en fonction du délai possible d'intervention et des éventuelles contre-indications propres à chaque patient, selon les recommandations officielles de la société de cardiologie (26,18).

Pour rappel, si le délai porte à porte de cardiologie est supérieur à 45 minutes, la fibrinolyse est justifiée en première intention pour tout patient dont le début des symptômes est inférieur à 12 heures. En revanche, si le délai porte à porte de cardiologie est inférieur à 45 minutes et si la somme de ce délai avec le délai porte cardiologie à expansion de ballon est inférieur à 90 minutes, la stratégie devient fonction de l'heure de début des symptômes. Si le début des symptômes est inférieur à 3 heures, la fibrinolyse et l'angioplastie primaire peuvent être

proposées. Si le début des symptômes est compris entre 3 et 12 heures, l'angioplastie est à privilégier.

La revascularisation par coronarographie ainsi que par angioplastie est moins accessible aux femmes (OR 0.64 avec intervalle de confiance de 0.49 à 0.84 (11)). Le même constat est fait pour la fibrinolyse dans une étude de 2007 (8). Une étude parue en 2020 dans *l'European Heart Journal* confirme également ces résultats chez les femmes jeunes (de moins de 50 ans), seulement 82% des femmes bénéficient de revascularisation coronaire contre 92.6% des hommes (17).

c. Traitements médicamenteux hospitaliers

Des disparités selon le sexe sont retrouvées dans les traitements médicamenteux en phase aigue de l'IDM.

Durant les 24 heures suivant un SCA, une étude parue dans le *Journal of American College of Cardiology* révèle que l'accès au traitement antithrombotique est plus restreint pour les femmes que pour les hommes (80% des femmes reçoivent un antithrombotique contre 84% des hommes avec un OR à 0.91 et un intervalle de confiance de 0.86 à 0.97). L'étude montre également que lorsque les femmes reçoivent un traitement antithrombotique, il arrive en moyenne 14 minutes plus tard que chez les hommes (12). Cette étude montre également que les inhibiteurs de l'enzyme de conversion dans cette même période des 24 premières heures sont moins souvent prescrits aux femmes qu'aux hommes (OR à 0.95 avec intervalle de confiance 0.90 à 0.99).

Par ailleurs, un traitement par antagoniste des récepteurs GP IIb/IIIa est initié en phase aigue chez seulement 28% des femmes contre 38.6 % des hommes (12).

Une étude parue en 2013 dans l'*European Heart Journal* avait pour objectif d'identifier les différences de traitements entre homme et femme lors d'un SCA durant la phase hospitalière (25). Elle confirme les résultats présentés ci-dessus avec un accès restreint aux traitements antithrombotiques pour les femmes par rapport aux hommes.

d. En prévention secondaire

Plusieurs études se sont penchées sur la question des différences de traitements mis en place en prévention secondaire d'un SCA.

Le principal résultat est la moindre utilisation de l'Acide Acétylsalicylique chez les femmes par rapport aux hommes (seulement 87% des femmes en bénéficient contre 90.4% des hommes) alors qu'il s'agit du traitement de référence pour éviter une récurrence d'IDM (12). Ce résultat est confirmé par l'*Academic Emergency Medicine* dans un article de 2010 (27).

Par ailleurs, plusieurs études montrent que les traitements par bêtabloquants et par statines sont significativement moins utilisés chez les femmes en prévention secondaire (12, 22-23).

Avant l'âge de 50 ans, une étude récente montre que seulement 92% des femmes contre 95% des hommes sont traités par aspirine en prévention secondaire, que les inhibiteurs de l'enzyme de conversion ne sont donnés qu'à 53.4% des femmes contre 63.7% des hommes et que les statines sont également moins utilisées chez les femmes (82.4% contre 88.4%) (17).

D. Différences dans la présentation clinique en fonction du genre lors d'un SCA

1. Les symptômes typiques

Le symptôme le plus communément décrit lors d'un SCA est la douleur thoracique. Toutefois il existe une forte hétérogénéité au sein des douleurs thoraciques et toutes n'alertent pas nécessairement sur une origine cardiaque (28).

Certains articles, comme celui publié dans le *JAMA* en 2005 tentent d'identifier les caractéristiques de la douleur thoracique qui permettent d'orienter le clinicien vers une origine ischémique cardiaque (28).

La douleur thoracique pouvant être qualifiée de « typique », c'est-à-dire à haut risque de SCA est décrite dans cet article, comme « une douleur à type de pression, irradiant dans le bras gauche et/ou le bras droit, pouvant être associée à des nausées, des vomissements ou des sueurs. » (fig 1)

Ses caractéristiques sont rappelées dans la figure (1).

Fig 1 Value and Limitations of Chest Pain History in the Evaluation of Patients With Suspected Acute Coronary Syndromes (Swap CJ)

Table 2. Value of Specific Components of the Chest Pain History for the Diagnosis of Acute Myocardial Infarction (AMI)

Pain Descriptor	Reference	No. of Patients	Positive Likelihood Ratio (95% CI)
Increased likelihood of AMI			
Radiation to right arm or shoulder	29	770	4.7 (1.9-12)
Radiation to both arms or shoulders	14	893	4.1 (2.5-6.5)
Associated with exertion	14	893	2.4 (1.5-3.8)
Radiation to left arm	24	278	2.3 (1.7-3.1)
Associated with diaphoresis	24	8426	2.0 (1.9-2.2)
Associated with nausea or vomiting	24	970	1.9 (1.7-2.3)
Worse than previous angina or similar to previous MI	29	7734	1.8 (1.6-2.0)
Described as pressure	29	11 504	1.3 (1.2-1.5)
Decreased likelihood of AMI			
Described as pleuritic	29	8822	0.2 (0.1-0.3)
Described as positional	29	8330	0.3 (0.2-0.5)
Described as sharp	29	1088	0.3 (0.2-0.5)
Reproducible with palpation	29	8822	0.3 (0.2-0.4)
Inframammary location	31	903	0.8 (0.7-0.9)
Not associated with exertion	14	893	0.8 (0.6-0.9)

Abbreviations: AMI, acute myocardial infarction; CI, confidence interval.

Un autre article publié dans le *JAMA* en 2014 s'est intéressé aux différences de symptômes prédictifs de SCA, en fonction du sexe (29).

Il conclut que dans les deux sexes, la douleur thoracique typique de SCA est une douleur :

- Majorée par l'effort (OR chez l'homme de 1.35 avec intervalle de confiance 1.19 à 1.52 et OR chez la femme de 1.35 avec intervalle de confiance 1.10 à 1.65),
- Diminuée par les nitrates (OR chez l'homme de 1.63 avec intervalle de confiance 1.26 à 2.12 et OR chez la femme de 1.54 avec intervalle de confiance 1.01 à 2.39),

- Localisée au niveau précordiale (OR chez l'homme de 1.22 avec intervalle de confiance 1.13 à 1.32 et OR chez la femme de 1.18 avec intervalle de confiance 1.05 à 1.33),
- Sur une surface supérieure à 3 cm (OR 1.06 avec intervalle de confiance 1.02 à 1.10)
- Avec une irradiation possible dans le bras ou l'épaule gauche (OR chez l'homme de 1.42 avec intervalle de confiance 1.25 à 1.61 et OR chez la femme de 1.35 avec intervalle de confiance 1.11 à 1.64),
- Avec une irradiation possible dans le bras ou l'épaule droite (OR chez l'homme de 2.27 avec intervalle de confiance 1.79 à 2.87 et OR chez la femme de 1.63 avec intervalle de confiance 1.02 à 2.58).

D'autres études et notamment une étude publiée en 2015 dans le *Journal of American Heart Association* rapporte que les symptômes typiques d'IDM retrouvés dans la littérature sont la « gêne thoracique, la dyspnée, les nausées, les sueurs froides et les étourdissements ». Il souligne que certaines études incluent dans ces symptômes typiques les douleurs localisées aux bras et aux épaules mais déplore le manque d'uniformité dans la définition des signes typiques d'IDM (30).

Un article publié dans le *Journal of Cardiology* décrit une douleur typique comme une « pesanteur précordiale, pouvant irradier vers le ou les bras, une ou les épaules, le dos, la nuque, la joue ou l'épigastre ». Les symptômes sont « exacerbés par l'activité ou le stress et diminués par le repos ou la trinitrine » (31).

Dans une autre étude de 2012, la douleur typique est définie comme : « une douleur du thorax, du bras, de la joue et décrite comme une pesanteur, un serrement ou un écrasement » (32).

En 2021, l'*American Heart Association* a publié des recommandations pour l'évaluation et le diagnostic des douleurs thoraciques. L'AHA recommande une évaluation de la douleur en fonction de sa nature, de son évolution, de sa localisation, de son irradiation, de sa sévérité, des facteurs favorisants et soulageant ainsi que des symptômes associés. Ainsi la douleur angineuse est décrite comme une douleur ou un inconfort retro sternal, augmentant progressivement en intensité (en quelques minutes), précipitée par le stress (physique ou émotionnel) et diminuée par le repos, avec une irradiation caractéristique (bras gauche, joue, nuque) et pouvant être associés à des symptômes tels que la dyspnée, les nausées et les malaises (18).

Table 3. Chest Pain Characteristics and Corresponding Causes

Nature
Anginal symptoms are perceived as retrosternal chest discomfort (eg, pain, discomfort, heaviness, tightness, pressure, constriction, squeezing) (Section 1.4.2, Defining Chest Pain).
Sharp chest pain that increases with inspiration and lying supine is unlikely related to ischemic heart disease (eg, these symptoms usually occur with acute pericarditis).
Onset and duration
Anginal symptoms gradually build in intensity over a few minutes.
Sudden onset of ripping chest pain (with radiation to the upper or lower back) is unlikely to be anginal and is suspicious of an acute aortic syndrome.
Fleeting chest pain—of few seconds' duration—is unlikely to be related to ischemic heart disease.
Location and radiation
Pain that can be localized to a very limited area and pain radiating to below the umbilicus or hip are unlikely related to myocardial ischemia.
Severity
Ripping chest pain ("worst chest pain of my life"), especially when sudden in onset and occurring in a hypertensive patient, or with a known bicuspid aortic valve or aortic dilation, is suspicious of an acute aortic syndrome (eg, aortic dissection).
Precipitating factors
Physical exercise or emotional stress are common triggers of anginal symptoms.
Occurrence at rest or with minimal exertion associated with anginal symptoms usually indicates ACS.
Positional chest pain is usually nonischemic (eg, musculoskeletal).
Relieving factors
Relief with nitroglycerin is not necessarily diagnostic of myocardial ischemia and should not be used as a diagnostic criterion.
Associated symptoms
Common symptoms associated with myocardial ischemia include, but are not limited to, dyspnea, palpitations, diaphoresis, lightheadedness, presyncope or syncope, upper abdominal pain, or heartburn unrelated to meals and nausea or vomiting.
Symptoms on the left or right side of the chest, stabbing, sharp pain, or discomfort in the throat or abdomen may occur in patients with diabetes, women, and elderly patients.

ACS indicates acute coronary syndrome.

Fig 2 : Guideline for the Evaluation and Diagnosis of Chest Pain (AHA)

2. Les symptômes atypiques

a. La douleur atypique

Par opposition aux douleurs thoraciques pouvant être décrites comme **typiques** (cf ci-dessus), certaines peuvent être qualifiées d'**atypiques**.

Les caractéristiques communément décrites sont : (31- 33)

- Une douleur à type de brûlure, tranchante, pleurétique ou positionnelle.
- Une douleur reproductible à la palpation ou non localisée au niveau de la poitrine.
- Une douleur localisée au niveau dorsal, cervical ou abdominal.

Ce terme de « douleur atypique » est communément utilisé dans toutes les sociétés médicales. Toutefois les recommandations de l'AHA de 2021 préconisent un abandon de ce terme (18). En effet ce terme avait pour but de classer une douleur comme n'étant pas d'origine angineuse mais il est utilisé en pratique pour définir toute douleur d'origine non cardiaque. L'AHA recommande donc de remplacer les termes de douleurs « typiques » et « atypique » par des douleurs « cardiaques » « possiblement cardiaques » ou « non cardiaques ».

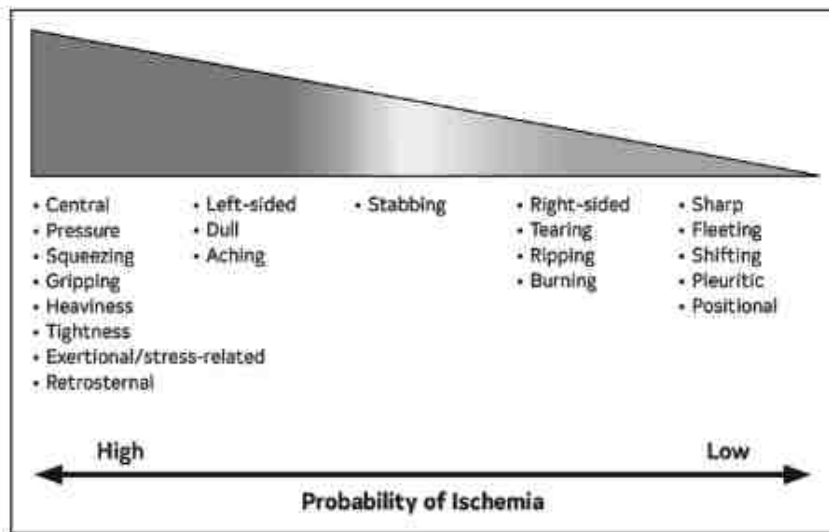


Figure 2. Index of Suspicion That Chest "Pain" Is Ischemic in Origin on the Basis of Commonly Used Descriptors

Fig 3 : Guideline for the Evaluation and Diagnosis of Chest Pain (AHA)

b. Autres symptômes atypiques

Les symptômes atypiques, décrits comme associés à la douleur thoracique ou ressentis de manière isolée et fréquemment rencontrés dans la littérature sont des palpitations, des nausées et vomissements, une perte d'appétit, un inconfort thoracique sans douleur, une dyspnée, une toux, des vertiges, une asthénie, des céphalées, des douleurs abdominales un pyrosis, des diarrhées, un malaise syncopal (8, 33, 32, 30, 13, 24).

3. Les différentes symptomatologies du SCA selon le sexe

De nombreuses études récentes se sont intéressées aux différences de symptômes ressentis entre les hommes et les femmes au cours de l'infarctus du myocarde.

a. Présence de la douleur thoracique et pronostic

Le premier constat fait par les auteurs est que la prévalence de la douleur thoracique chez les femmes est moindre par rapport aux hommes lors d'un SCA. Tout âge confondu, 37% des femmes ne ressentent aucune douleur thoracique lors d'un SCA contre seulement 27% des hommes (8).

L'étude parue dans le *JAMA* en 2013 s'est intéressée aux différences de présentation clinique des SCA entre les hommes et femmes âgés de moins de 55 ans. Dans cette tranche d'âge, la douleur thoracique est significativement moins présente chez les femmes (19% des femmes n'ont aucune douleur contre seulement 13.7% des hommes) (13). Une étude publiée dans le *JAMA* en 2012 s'est particulièrement intéressée à ce sujet ; elle révèle que cette absence de douleur thoracique présentée par les femmes lors du SCA est constatée à tous les âges mais surtout chez les plus jeunes. Elle conclut que les femmes présentant un IDM sans douleur thoracique ont une mortalité hospitalière significativement plus élevée que les hommes présentant un IDM sans douleur thoracique (14.6% de mortalité hospitalière féminine contre 10.3% masculine) (34).

Une étude parue en 2004 a comparé les complications et la mortalité de 20 881 patients avec un SCA en fonction de leur tableau clinique initial. Parmi ceux qui n'avaient pas de douleur thoracique, 23.8% n'ont pas été reconnus initialement comme un SCA, ce qui a conduit à un retard diagnostique. Ce groupe de patients sans douleur thoracique était associé à une mortalité de 13% contre 4.3% dans le groupe des patients avec douleur thoracique (35).

b. Caractéristiques de la douleur thoracique

Le second constat est une douleur thoracique différente entre les hommes et les femmes, avec une intensité de la douleur fréquemment inférieure (EVA < 7) chez la femme (11).

Une étude parue dans le JAMA en 2014, avait pour objectif d'analyser 34 caractéristiques de la douleur thoracique du SCA en recherchant si elles diffèrent ou non selon le sexe. Il en ressort que les femmes rapportent davantage de douleurs associées à une dyspnée, de douleurs aggravées par des palpitations ainsi que d'irradiations dans le dos (29). La durée de la douleur diffère significativement entre les hommes et les femmes car une douleur thoracique durant entre 2 et 30 minutes décroît le risque de syndrome coronarien chez la femme mais l'augmente chez l'homme. Et une douleur de plus de 30 minutes augmente le risque de syndrome coronarien chez la femme mais diminue ce risque chez l'homme (29).

c. Signes atypiques

Les femmes ont une présentation plus souvent atypique lors d'un SCA : elles ont plus fréquemment un tableau de décompensation cardiaque (26.9% des femmes contre 19% des hommes (12)) et 84.5% d'entre elles rapportent au moins un symptôme différent de la douleur thoracique contre seulement 78% des hommes (13). Les symptômes plus fréquemment rapportés par les femmes sont essentiellement une dyspnée, une fatigue intense, une syncope, des nausées et des vomissements, des vertiges, des douleurs dorsales et/ou épigastriques et des palpitations (22, 36).

Les femmes sont connues pour avoir plus souvent des symptômes associés. Elles rapportent plus souvent des palpitations (11% des femmes versus 7% des hommes), des nausées (34% versus 22%), des douleurs au niveau de la joue, de la nuque (28% versus 20%) ou du dos (31% versus 17%) (37, 18).

d. Interprétation des symptômes

Les symptômes du SCA, en dehors de la douleur thoracique, donnent lieu à des interprétations différentes selon le sexe.

Un article paru en 2018 dans le journal de l'*American Heart Association* (AHA) montre que les femmes ont plus tendance à attribuer leurs symptômes (épigastralgies, palpitations, douleurs des épaules, de la joue, du dos ou du bras) à du stress ou de l'anxiété (20.9 % des femmes versus 11.8% des hommes) (38). Cette étude montre également que davantage de femmes consultent un médecin pour ces symptômes avant d'être hospitalisées pour SCA (29.5% de femmes versus 22.1% des hommes). Et parmi ces femmes qui consultent, plus de la moitié (53.4%) rapportent que leurs médecins n'ont pas évoqué de cause cardiaque contre seulement 36.7% des médecins des hommes.

Les recommandations de 2021 de l'AHA rapportent un risque majoré pour les femmes d'avoir une douleur thoracique classifiée à tort comme non ischémique.

e. Symptômes prodromiques

Une étude parue en 2017 dans le *BMJ* s'est intéressée aux symptômes décrits par les hommes et les femmes de moins de 55 ans dans les jours précédents leur SCA (39). Il en ressort que 85% des femmes rapportent des symptômes prodromiques contre seulement 72% des hommes. Et que ces symptômes sont plus nombreux chez les femmes (6 contre 4 en moyenne chez les hommes). Les symptômes les plus décrits dans les jours précédents le SCA sont les mêmes chez les hommes et les femmes et sont : une fatigue inhabituelle, des troubles du sommeil, une anxiété, des palpitations, une faiblesse des membres supérieurs et des symptômes digestifs. Les auteurs retrouvent également des antécédents d'anxiété et de syndrome dépressif plus fréquents chez les patients rapportant des prodromes.

Chez les femmes, la sévérité du SCA et le nombre de vaisseaux coronariens obstrués sont similaires entre celles qui décrivent des prodromes et celles qui n'en décrivent pas. En revanche, chez les hommes, ceux qui décrivent des prodromes sont moins susceptibles de présenter un sus-décalage de ST ou un niveau de troponine élevé (39).

E. Différences dans la physiopathologie en fonction du genre lors d'un SCA

1. Différentes causes d'IDM

La majorité des infarctus du myocarde dans les deux sexes est causée par la rupture d'une plaque d'athérome siégeant dans les artères coronaires (40). La lésion dépistable préalablement à l'IDM est la sténose coronaire significative définie par une sténose qui « affecte la réserve coronaire, autrement dit une sténose réduisant le diamètre du vaisseau de 50% ou davantage » (20, 40). C'est cette lésion coronaire qui est recherchée en coronarographie préventive. Toutefois, plusieurs études montrent que les femmes sont plus souvent touchées que les hommes par les IDM sans obstruction coronaire. Les femmes présentent davantage de dysfonctions microvasculaires et de spasmes coronaires (20). Le diagnostic préventif de ces maladies nécessite de mesurer la réactivité des vaisseaux par l'administration intraveineuse d'acétylcholine ou d'adénosine au cours de la coronarographie. Cette pratique n'est toutefois pas toujours réalisée car présente un risque plus élevé.

Le Takotsubo ou maladie du cœur brisé touche en grande majorité les femmes (80% des cas sont des femmes de plus de 50 ans (41)). Ses symptômes évoquent ceux de l'IDM, avec des risques et un pronostic comparables et il s'agit également d'une cause d'ischémie myocardique sans obstruction coronaire (42).

La dissection des artères coronaires qui représente 1% des IDM prédominent également chez les femmes, surtout lors de la période du péri partum ou sur un terrain d'auto-immunité (20).

2. Sus ou sous-décalage du segment ST

Plusieurs études montrent que les femmes font plus souvent des SCA sans sus-décalage du segment ST. Ces SCA sont moins souvent associés à des douleurs thoraciques que les SCA avec sus-ST. L'hypothèse avancée par un article du journal officiel de *l'Academic Emergency Medicine* en 2014 est que les femmes présentent moins de douleurs thoraciques que les hommes lors d'un SCA car elles sont plus susceptibles d'avoir un SCA sans sus-décalage de ST (20).

F. De la littérature au terrain

La première partie de cette thèse a permis de montrer grâce à la littérature de grandes disparités entre les hommes et les femmes face à un syndrome coronarien aigu. Les facteurs de risques ne sont pas équilibrés entre les sexes, les symptômes ne sont pas les mêmes, il existe des différences échographiques et biologiques en phase aiguë, la physiopathologie peut être différente et les femmes ont moins de chance de bénéficier d'un traitement invasif ou médicamenteux en accord avec les recommandations.

L'avis d'expert en cardiologie du Dr Marie-Claude Morice retrace les données de la littérature présentées dans cette première partie.

« Les femmes sont mal diagnostiquées à la fois par elles-mêmes et par leur médecin, notamment parce qu'elles ont beaucoup plus souvent des symptômes atypiques. La proportion de symptômes sans vraie douleur rétrosternale est beaucoup plus élevée que chez les hommes. En outre les femmes présentent un profil plus grave. Une fois qu'elles ont des symptômes et que la maladie coronaire est diagnostiquée, elles sont moins traitées. Alors si on sait qu'elles sont malades, qu'elles ont une maladie coronaire, pourquoi les femmes sont-elles moins soignées ? Elles ont moins d'angiographie pour faire le diagnostic, moins d'électrocardiogramme d'effort, un peu plus d'imagerie par stress parce que c'est le meilleur examen chez les femmes, moins d'angioplastie, moins de pontage. Les hommes sont plus revascularisés une fois la maladie connue. La conséquence est une mortalité plus élevée à un an chez les femmes – +7 % de mortalité absolue par rapport aux hommes – et ce d'autant plus qu'elles sont à risque élevé. En termes de prise en charge d'urgence, l'angor instable et l'infarctus représentent plus d'un tiers des situations. À nouveau, une femme a des symptômes atypiques. On dit : "Elle est fatiguée, elle se plaint, c'est un problème psychosomatique, ses hormones l'embêtent." Malheureusement les conséquences sont terribles. Consultant plus tard, étant traitées plus tard, le cathétérisme intervient aussi plus tard et les temps de re-perfusion sont plus longs : dix minutes pour l'infarctus. Dix minutes, cela signifie une mortalité supérieure. Quant aux traitements de sortie d'hôpital, pourquoi les femmes ont-elles moins d'aspirine, moins de bêtabloquants, moins de statines ? »

Intervention du Dr Marie-Claude Morice, cardiologue à l'Institut cardiovasculaire Paris-Sud, États Généraux du 27 septembre 2012 à Lille.

Dans le cadre de cette thèse de médecine générale, il est judicieux de s'interroger sur les connaissances des médecins de première ligne concernant les différences entre les hommes et

les femmes face à un SCA. Les médecins généralistes jouent un rôle pivot pour la prévention cardiovasculaire et la détection des syndromes coronariens.

En 2014, d'après l'étude française ECOGEN, les facteurs de risques cardiovasculaires représentaient le second motif de consultation en Médecine Générale (43).

Mais concernant les médecins généralistes, ont-ils connaissance des signes atypiques lors d'un SCA ? Font-ils une différence entre les hommes et les femmes dans la prévention cardiovasculaire ? Et quelles sont leurs difficultés au repérage des SCA ?

Tant de questions découlent de cette première partie, qu'il nous paraît opportun pour cette seconde partie d'établir un état des connaissances des médecins généralistes concernant les différences de prévention et de prise en charge du SCA entre les hommes et les femmes.

II. Matériel et méthode

1. Les objectifs de la thèse

Le critère de jugement principal est d'évaluer les freins et leviers rencontrés par les médecins généralistes au diagnostic d'infarctus du myocarde spécifiquement chez la femme.

Les objectifs secondaires sont :

- Faire un « état des lieux » des connaissances des médecins généralistes concernant les signes atypiques et les spécificités de la prise en charge des femmes lors d'un SCA.
- Comprendre les difficultés pour le repérage et la prise en charge des SCA dans un cabinet de médecine libérale.
- Élaborer des hypothèses afin d'améliorer l'offre de soins.

2. Type d'étude

Le choix de l'étude s'est porté sur une étude qualitative et non interventionnelle. Son protocole repose sur des entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes, enregistrés par un dictaphone numérique. Ce type d'étude favorise la libre expression des médecins. Un guide d'entretien a été réalisé au préalable (Annexe A), permettant à la fois de s'assurer que les thèmes attendus étaient bien évoqués et de recueillir des réponses individualisées grâce

aux questions ouvertes. Les entretiens ont été retranscrits en verbatim (Annexe B) puis analysés.

Le thésard est l'investigatrice de cette recherche.

3. Recrutement

a. Critères d'inclusion

Les médecins devaient être des médecins généralistes, installés ou remplaçants en Alsace, ayant tous terminé leur internat.

b. Critères d'exclusion

Les médecins spécialistes, les médecins généralistes ayant une activité exclusivement salariale ou avec une orientation bien précise comme l'acupuncture ou l'homéopathie.

4. Déroulement des entretiens

Les données de la littérature sur les spécificités du SCA chez les femmes ont été recueillies et analysées afin d'obtenir une liste d'items. A partir de cette liste, nous avons pu concevoir un guide d'entretien (Annexe A). Les points à aborder ont été répartis en cinq parties ; la symptomatologie du SCA, sa prise en charge par les médecins généralistes, le dépistage des facteurs de risques cardiovasculaires, la prévention secondaire et les difficultés rencontrées par les médecins. Ces questions ont été systématiquement abordées en fonction du sexe du

patient. Des relances sous l'angle du vécu et des connaissances du médecin concernant les différences de genre ont permis d'aborder les points importants avec eux. Cette liste n'a pas pour but d'être exhaustive mais de pouvoir laisser s'exprimer les médecins sur le sujet.

Les médecins généralistes ont été contactés par l'investigatrice. Au moment des entretiens, les médecins étaient prévenus qu'ils seraient enregistrés. L'enregistrement se faisait par un dictaphone numérique. Les entretiens étaient enregistrés en totalité et retranscrits en verbatim par l'investigatrice (Annexe B). L'anonymisation des données leur était garantie et les participants pouvaient à tout moment retirer leur consentement.

Les entretiens se sont déroulés entre août 2022 et novembre 2022. Chaque participant a pu choisir son lieu d'entretien, domicile ou cabinet et son mode d'entretien entre un entretien en présentiel ou en visioconférence. Le choix de l'horaire a été laissé libre à chacun des participants. L'inclusion de nouveaux médecins a été arrêtée lorsque la saturation des données a été atteinte.

5. Méthode d'analyse

Pour répondre à notre objectif principal, le choix de la méthode s'est porté sur une étude qualitative dont l'intérêt est d'obtenir des résultats en termes de mots et de ressentis, et non de données chiffrées. Cette méthode nous a semblé plus appropriée pour comprendre les difficultés que rencontrent les médecins généralistes à prendre en charge un syndrome

coronarien aigu, plus spécifiquement chez les femmes. Cette méthode est connue pour être la plus intéressante lorsque les facteurs sont difficilement mesurables et objectivables.

L'enregistrement vocal de chaque entretien a fait l'objet d'une retranscription, faite systématiquement dans la semaine suivant l'entretien.

La méthode de la théorie ancrée a été utilisée. Les verbatim ont été fragmentés et retranscrits en de nombreux codes. Ceci a permis de décontextualiser et mettre en lumière différents thèmes et sous-thèmes. Des idées et hypothèses ont alors pu émerger.

Concernant la protection des données, aucune demande à la CNIL n'était nécessaire pour cette étude, d'après l'algorithme proposé par le département de médecine générale de Strasbourg.

III. Résultats

A. Caractéristiques des entretiens et de la population

11 entretiens semi-dirigés ont été réalisés du 9 août 2022 au 06 novembre 2022. La saturation des données a été obtenue dès le 8^{ème} entretien, les trois derniers ont été réalisés pour confirmer l'absence de nouveaux éléments. Les entretiens ont duré entre 11 et 42 minutes. La durée moyenne étant de 23 minutes. L'âge moyen des médecins interrogés était de 36 ans.

Les caractéristiques des médecins interrogés sont présentées dans le tableau ci-dessous :

Médecins	Tranche d'âge	Sexe	Statut d'exercice	Durée d'exercice	Milieu d'exercice	Maitre de stage universitaire
M1	30-35 ans	F	Remplaçante	1-5 ans	Varié	non
M2	30-35 ans	F	Collaboratrice	5-10 ans	Urbain	non
M3	40-45 ans	H	Titulaire	10-15 ans	Semi-urbain	oui
M4	25-30 ans	F	Remplaçant	1-5 ans	Varié	non
M5	30-35 ans	F	Remplaçante	1-5 ans	Varié	non
M6	30-35 ans	F	Remplaçante	1-5 ans	Varié	non
M7	40-45 ans	H	Titulaire	10-15 ans	Rural	oui
M8	35-40 ans	F	Collaboratrice	5-10 ans	Rural	non
M9	25-30 ans	F	Remplaçante	1-5 ans	Varié	non
M10	55-60 ans	F	Titulaire	15-20 ans	Rural	non
M11	35-40 ans	H	Titulaire	10-15 ans	Rural	non

B. Analyse thématique des entretiens

1. La présentation clinique du SCA

a. La douleur typique

La douleur thoracique est le premier symptôme évoqué chez tous les médecins lorsqu'il est question d'un SCA. La définition de cette douleur est unanime sur la plupart de ses caractéristiques notamment la localisation rétrosternale, le ressenti d'oppression et l'irradiation vers la mâchoire ou le bras gauche.

M5 : « *une douleur oppressante, sur plusieurs minutes, qui peut irradier vers le bras ou la mâchoire.* »

La notion de durée est soulignée par plusieurs médecins :

M3 « *Dure quelques minutes, pas quelques secondes.* »

M 10 « la douleur dure quand même longtemps, enfin ce n'est pas une douleur qui passe en quelques secondes »

En revanche, la notion de douleur à l'effort est peu évoquée, au contraire les médecins 3 et 5 rapportent une douleur au repos et le médecin 7 parle d'une douleur souvent nocturne :

M7 : « *L'oppression, nocturne souvent. La localisation, l'irradiation et surtout le terrain sur lequel ça apparaît* »

b. Les signes atypiques

Les signes atypiques fréquemment évoqués par les médecins étaient : la dyspnée, les malaises, l'asthénie, les signes digestifs, les dorsalgies et les sueurs.

M8 : « *une dyspnée à l'effort, d'apparition récente avec des comorbidités associés. Un malaise inexpliqué. Sinon je sais pas... ah et les douleurs épigastriques et dans le dos* »

Un des médecins n'avait jamais entendu parler des signes atypiques dans l'infarctus du myocarde.

M2 : « *ça ne me dit rien* »

La question de l'origine des connaissances des médecins sur les symptômes atypiques a été soulevée avec la plupart des participants. Leurs connaissances provenaient pour la majorité des médias et notamment des publicités à destination du grand public ainsi que de l'expérience. Un seul a évoqué une connaissance provenant probablement des études universitaires.

M5 : « *J'ai une vague notion qu'on m'ait dit un jour que 20% des IDM chez la femme sont atypiques. Je crois que c'était en cours pendant mes études* ».

M 11 : « *je crois que j'en ai entendu parler dans une pub, il y en avait une, je me souviens... avec un homme qui danse et on pense que c'est lui qui va faire un infarctus, il est obèse... mais en fait c'est la femme à côté qui s'écroule* ».

c. Influence du sexe sur la présentation clinique

Les signes atypiques davantage présents lors des IDM chez les femmes étaient connus pour la plupart des participants :

M9 : « *alors c'est plus atypique chez la femme. Je ne suis même pas sûre d'avoir déjà vu un infarct chez une femme* »

Les symptômes digestifs étaient fréquemment reliés d'emblée aux IDM féminins pour la majorité des médecins :

M3 : « *on rabâche souvent de ne pas passer à côté des syndromes coronariens aigus chez la femme qui se présentent souvent avec une symptomatologie digestive* »

Mais plusieurs médecins ont toutefois déclaré ne pas connaître de différence clinique dans la présentation du SCA entre les hommes et les femmes

M5 : « *c'est pareil pour moi.* »

M 10 : « *je ne pense pas faire de différence, non* »

2. La prise en charge du SCA par les médecins généralistes

a. Cas d'une présentation typique

Face à une douleur thoracique décrite comme typique selon les caractéristiques évoquées ci-dessus, la majorité des médecins interrogés commencent leur prise en charge par la vérification des constantes pour s'assurer de la stabilité de leur patient.

M3 : « *je m'assure qu'il n'est pas instable, donc je vais vérifier sa tension, sa fréquence cardiaque et sa saturation* »

M6 : « *il faut voir la tolérance déjà* »

En deuxième étape, les médecins interrogés ayant accès à un électrocardiogramme, font un enregistrement sur leur patient.

M1 : « *Si j'ai un électro, je fais un électro* »

Les médecins interrogés n'ayant pas accès à un ECG, appellent le SAMU pour adressage aux urgences.

M1 : « *Si je n'ai pas d'électro j'ai plus de mal à juger et j'envoie plus aux urgences* »

M2 : « *le samu, je passe par le samu. On n'a pas d'électro au cabinet donc je n'en fais pas. J'en ferai si j'en avais sous réserve que je sache bien les lire* »

Les prises en charge diffèrent en fonction des résultats de l'ECG ;

Les médecins pratiquant des ECG s'accordent sur leurs conduites lorsque l'ECG montre des signes typiques d'IDM. Tous les médecins ont déclaré que leur prise en charge consistait à appeler le SAMU et à demander un transport médicalisé :

M7 : « *Si j'ai un ST plus, c'est simple j'appelle le SAMU* »

En revanche, lorsque l'ECG est normal et que le patient présente des douleurs typiques, les médecins ont des conduites différentes :

- La plupart demandent des avis spécialisés soit aux cardiologues, soit aux urgentistes :

M7 : « Si ce n'est pas ST+, j'appelle le cardiologue de garde, »

M3 : « j'appelle soit l'USIC soit le SAMU, je n'envoie pas aux urgences. Je fais relire l'ECG, je discute avec le cardiologue et on prend la décision ensemble. »

- La majorité des médecins utilisent le dosage des biomarqueurs en ville dans cette situation.

M9 : « Si l'ECG est normal, c'est moins conventionnel... enfin si c'est conventionnel mais on ne devrait pas le faire. C'est que ça finit avec des troponine, D Dimères et BNP en ville. »

M10 : « Alors en général, si le patient a une douleur qui m'évoque un syndrome coronarien et que j'ai un ECG normal... et que j'y crois pas trop quand même... alors souvent je demande une troponine en ville, pour être sûr que c'est vraiment pas cardiaque »

b. Cas d'une présentation atypique

Lorsque la présentation clinique se fait sous forme de douleurs thoraciques même atypiques, l'utilisation de l'ECG reste fréquente pour la plupart des médecins. Son utilisation dépend toutefois des antécédents et du risque cardiovasculaire du patient :

M9 : « C'est selon leurs antécédents. Un patient jeune, s'il n'a jamais eu d'ECG, j'en ferai sûrement un mais s'il en a déjà eu un et qu'il a genre 15 ans, je n'en ferai probablement pas. Mais une personne âgée avec un antécédent de stent qui fait un malaise je fais souvent un ECG. »

M3 : *« ça dépend beaucoup des antécédents, du terrain et des facteurs de risque du patient. Avec un sujet âgé ou qui a de gros facteurs de risques cardiovasculaires je vais être un peu parano et me dire qu'il y a peut-être derrière un SCA atypique. Chez un sujet plus jeune, qui n'a pas de facteur de risque cardiovasculaire, pas d'hérédité, je vais aller chercher autre chose ».*

L'utilisation des biomarqueurs cardiaques en ville par les médecins interrogés est faite très largement en cas de douleurs thoraciques atypiques.

M2 : *« alors des tropes en ville mais c'est si je n'y pense pas. C'est vraiment si la douleur a l'air pariétale et que je n'arrive pas à rassurer les gens »*

M11 : *« oui alors la tropo en ville je la fais de plus en plus. Surtout si c'est atypique, que je n'aurai pas envoyé aux urgences de toute façon, parce que j'y croyais pas, mais que je veux quand même être sûre à 100% »*

En revanche les biomarqueurs cardiaques sont peu utilisés dans certains symptômes atypiques comme les malaises, les sueurs, les dorsalgies.

La majorité des médecins reconnaissent ne pas évoquer d'IDM lors des symptômes digestifs et ne jamais avoir doser de biomarqueurs cardiaques ou réaliser d'ECG dans cette situation.

M11 : *« alors la tropo en ville je crois que je l'ai faite jusqu'à maintenant que sur des douleurs thoraciques atypiques, je ne l'ai jamais faite sur d'autres symptômes »*

c. La place de l'électrocardiogramme

Parmi les médecins interrogés, six étaient installés et cinq étaient remplaçants. Sur les six médecins installés, quatre avaient fait le choix de s'équiper d'un électrocardiogramme.

Dans l'ensemble, les médecins rapportent une place prépondérante de l'ECG au sein des consultations avec suspicion de SCA.

M3 : « pour moi c'est indiscutable. Enfin pour moi, l'ECG c'est un outil du généraliste »

Cet électrocardiogramme, lorsqu'il est normal semble avoir un impact rassurant pour les médecins interrogés. La plupart d'entre eux vont chercher à prendre des avis auprès de cardiologues ou faire un dosage ambulatoire de marqueurs cardiaques, alors qu'en cas de doute sur l'interprétation de l'ECG, ils adressent généralement leurs patients aux urgences.

Toutefois deux des médecins participants ont évoqué un manque de confiance dans l'électrocardiogramme lors d'un SCA, notamment lorsqu'il s'agit d'un SCA sans sus décalage du segment ST.

M4 : « le problème c'est que si c'est un infarctus du myocarde, l'ECG ok on le voit. Mais si c'est un SCA ST- bah tu peux ne rien voir et donc tu laisses rentrer le patient en étant faussement rassuré. »

M6 : « ça ne change pas la prise en charge pour moi : si j'ai une forte suspicion, et qu'il n'est pas modifié je garde ma suspicion car si ce n'est pas fait per critique... »

Par ailleurs, tous les cabinets libéraux ne sont pas dotés d'un ECG et les médecins rapportent un frein au diagnostic d'IDM lorsqu'ils n'y ont pas accès. Le diagnostic semble plus difficile à faire sans électrocardiogramme, ce qui amène les médecins interrogés à adresser plus souvent les patients aux urgences pour une suspicion de SCA.

M5 : « *Ensuite si c'est typique, j'adresse immédiatement aux urgences. Si c'est moins typique c'est compliqué... le but ça va être de trouver un autre diagnostic... un ulcère, une névralgie, ou autre. Et si je ne trouve rien d'autre ben en général j'envoie aux urgences parce que je n'ai pas d'ECG aussi* ».

M4 : « *si je n'ai pas d'ECG, je fais une tropo en ville si j'y crois pas trop et sinon j'envoie aux urgences* ».

d. Place des biomarqueurs cardiaques

Neufs des onze médecins interrogés reconnaissent utiliser fréquemment le dosage de la troponine en ambulatoire.

M1 : « *je fais facilement des tropos et des d dimères* »

M3 : « *je peux faire partir le patient avec un dosage des enzymes cardiaques* »

M5 : « *si j'ai quand même une suspicion d'infarctus et que l'ECG n'est pas modifié je fais les tropo en ville aussi* »

Pour ces médecins, le dosage de la troponine a sa place lorsque la suspicion d'infarctus du myocarde est faible, que l'électrocardiogramme s'il est pratiqué, ne montre pas de signe

ischémique. Plusieurs médecins ont évoqué le caractère rassurant du dosage de la troponine lorsque celui-ci revient négatif alors qu'il persistait un léger doute sur le risque de syndrome coronarien aigu.

Les modalités du dosage de la troponine sont différentes selon les médecins. Certains vont doser la troponine une seule fois et d'autres feront un cycle.

M3 : « *Si c'est tout récent donc si ça date de moins de 6 heures je ferai deux dosages. Mais si c'est plus de 6h, j'en ferai qu'un* »

M5 : « *en réalité j'en fais une mais il faudrait parfois faire un cycle* »

Les consignes en cas de troponine élevée sont expliquées pour la plupart oralement au patient à l'exception d'un des médecins, qui fournit des consignes écrites au patient ainsi qu'au laborantin.

M8 : « *En marquant sur l'ordonnance que c'est urgent, pourquoi je le prescris... et je donne un courrier au patient avec les consignes* »

La majorité des médecins interrogés sont toutefois réticents à la prescription du dosage de la troponine malgré son utilité. Le principal frein semble être la sensation de non-conformité des recommandations :

M9 : « *c'est moins conventionnel... enfin si c'est conventionnel mais on ne devrait pas le faire.* »

M4 : « *Et ensuite entre tes études où on t'a dit que la tropo en ville c'est le mal absolu et la réalité, où la tropo avec le cabinet juste à côté tu l'as en une heure, c'est hyper pratique* »

Deux des médecins interrogés soulignent également un frein au dosage lié à l'horaire de la journée. Les médecins en question, lorsqu'ils prescrivent un dosage de la troponine, souhaitent avoir le résultat dans la journée.

M1 : « *sachant qu'après 14h, souvent je ne les ferai pas en ville parce qu'on n'est pas sûr d'avoir les résultats dans la journée* »

M8 : « *je prescris un bilan bio avec une troponine, après ça dépend de l'heure, si c'est trop tard, j'envoie aux urgences* »

e. Le mode de transport

Les médecins interrogés s'accordent à dire qu'en cas de douleurs thoraciques typiques, le transport du patient vers un service d'urgence ou en coronarographie doit se faire en ambulance médicalisée en appelant le SAMU.

M8 : « *J'appelle le 15, mais généralement si c'est une grosse suspicion d'IDM, ils envoient une ambulance* »

Toutefois, en pratique, plusieurs des médecins interrogés admettent avoir plusieurs fois conseillé à leur patient présentant des douleurs thoraciques de se rendre aux urgences par leurs propres moyens. Ce conseil se justifiait par un délai de prise en charge plus long en attendant l'arrivée du SAMU.

M2 : « ça m'est déjà arrivé comme on est à XXX de les envoyer par eux-mêmes aux urgences parce qu'on a énormément de problème avec les pompiers et le SAMU pour les faire venir. Et comme les urgences sont à 5 min, je me dis qu'il vaut mieux parfois y aller vite par eux même que d'attendre au cabinet. »

M4 : « j'appelle le 15 mais c'est vrai que parfois c'est quand même plus rapide qu'ils y aillent d'eux-mêmes. »

3. La prévention cardiovasculaire

a. Premier recours au cardiologue

Les médecins interrogés ont chacun, défini des critères pour adresser leurs patients chez un cardiologue pour une première consultation préventive.

Les critères sur lesquels les médecins se rejoignent sont :

- L'âge

Tous les médecins adressent leurs patients quelques soient leurs facteurs de risques cardiovasculaires à partir d'un certain âge.

Pour certains, cet âge limite est 50 ans alors que d'autres vont attendre jusqu'à 60-70 ans.

M1 : « au-delà de 50 ans, j'estime que c'est bien »

M7 : « Quelqu'un d'asymptomatique je l'envoie autour de 60 ans »

- Les facteurs de risque cardiovasculaire

Pour la majorité des médecins interrogés, la découverte d'un facteur de risque cardiovasculaire comme le diabète, l'hypertension, la dyslipidémie, est propice à la prescription d'un premier bilan chez un cardiologue.

M3 : « *systématiquement quand ils ont un facteur de risque cardiovasculaire donc quand ils sont hypertendus, quand ils fument, qu'ils ont un diabète ou une dyslipidémie.* »

Certains des médecins interrogés attendent toutefois l'accumulation de plusieurs facteurs de risques cardiovasculaires ou la complication d'un facteur de risque pour adresser leur patient chez un cardiologue :

M4 : « *s'il a déjà des complications de facteurs de risques cardiovasculaires par exemple une néphropathie sur HTA* »

M7 : « *s'il y a une accumulation de facteurs de risques cardiovasculaires je dirai* »

- Les sportifs

Les patients sportifs bénéficient d'une plus ample attention de la part de la majorité des médecins interrogés notamment en cas de reprise sportive chez les patients d'âge moyen.

M4 : « *Sinon des jeunes qui font énormément de sport ou alors à la reprise du sport. Par exemple pour une course de 180 km, c'est le cardio qui fait le certificat même s'il a 25 ans.* »

M6 : « ça dépend des facteurs de risques cardiovasculaires. Et de l'âge. Je commence vers 50 ans si le patient a des facteurs de risques. Sinon ça peut attendre. Et s'il fait du sport aussi vers 50 ans. »

L'un des médecins interrogés a affirmé suivre les recommandations du site *ECG clic*, site internet comprenant un algorithme en fonction des facteurs de risque du patient et de son ECG pour déterminer les examens complémentaires cardiologiques à réaliser. Ce médecin adresse donc tous ses patients sportifs chez un cardiologue à partir de 35 ans pour la réalisation d'une épreuve d'effort, en accord avec les recommandations du site.

a. La prévention cardiovasculaire en fonction du sexe

- Les objectifs de contrôle des facteurs de risques cardiovasculaires

Le tabac, le diabète et l'hypertension sont abordés de façon similaire entre les hommes et les femmes selon les médecins interrogés.

M10 : « non en général pour ça je ne fais pas de différence entre les hommes et les femmes ».

Le poids et la sédentarité semble, pour la plupart des médecins participants, plus difficile à aborder avec les femmes. Les raisons évoquées sont les préjugés des médecins avec la peur de blesser les femmes qui seraient plus attachées à leur image que les hommes. Deux des médecins rapportent également des objectifs de poids plus difficiles à atteindre pour les femmes d'âge moyen en raison de la ménopause.

M7 : « *Pour le tabac ou la sédentarité j'en parle pareil. Juste le poids chez la femme ça va me demander plus d'effort. Mais c'est mes préjugés.* »

M4 : « *Après c'est vrai que perdre du poids entre un homme et une femme ce n'est pas la même manière d'aborder les choses. Une femme c'est quand même plus connecté à son image, avec la ménopause, les grossesses, ça peut être plus dur de leur faire perdre du poids et elles sont souvent plus sédentaires.* »

Au contraire, deux médecins ont affirmé trouver les femmes plus préoccupées par leur santé et notamment leur poids, ce qui pour eux rendait le sujet plus facile à aborder avec les femmes

M8 : « *Après les femmes sont souvent plus attentives à leur poids et vont plus faire des efforts alors que les hommes, ils sont plus distants. J'en parlerai quand même plus facilement avec une femme* »

Concernant la dyslipidémie, un des médecins admet avoir des objectifs de contrôle moindre chez la femme.

M7 : « *Je suis peut-être plus tolérant avec les femmes sur les objectifs de LDL* »

- Le profil de risque cardiovasculaire

Pour plusieurs des médecins interrogés, les hommes sont plus souvent associés aux facteurs de risques cardiovasculaires notamment le tabac, l'alcool, l'obésité et la dyslipidémie.

M6 : « *c'est vrai que je vois l'homme plus à risque cardiaque, moins assidu sur sa santé, plus fumeur.* »

L'ambiance hormonale et la protection cardiovasculaire des femmes jusqu'à la ménopause ont été évoquées par plusieurs médecins, justifiant un âge plus avancé pour les femmes lorsqu'elles sont adressées chez un cardiologue pour un premier bilan cardiovasculaire.

M4 : *« j'enverrai les hommes un peu plus vite. C'est quand même un facteur de risque cardiovasculaire d'être un homme. Surtout avant 60 ans je pense. Les femmes il y a quand même les œstrogènes qui sont cardio protecteurs. »*

Pour ces raisons, la plupart des médecins adressent leurs patientes chez un cardiologue quelques années plus tard que les hommes.

M3 : *« Après l'âge de début d'un bilan cardio, à la louche j'estime à 40 ans chez les hommes et 50 ans chez les femmes »*

Un des médecins interrogés a toutefois rapporté adresser une partie de sa jeune patientèle féminine chez le cardiologue. Ce médecin constatait davantage de manifestations anxieuses chez les femmes et demandait lorsque les symptômes pouvaient avoir une cause cardiaque, un bilan approfondi avant d'affirmer la cause psychogène.

M9 : *« Je trouve que les femmes sont quand même plus atteintes de syndromes anxieux avec des manifestations type palpitations donc je pense que j'envoie plus facilement les femmes, même les femmes jeunes qui auraient pas du tout besoin de voir un cardio. »*

4. Le diagnostic de syndrome coronarien aigu au cabinet de médecine générale

a. Difficultés rencontrées

Une consultation avec suspicion de SCA est vécue comme complexe et souvent difficile par tous les médecins interrogés. La principale raison de cette difficulté est évoquée par plusieurs médecins, il s'agit de la présence des signes atypiques, rendant le diagnostic possible pour un grand nombre de symptômes courants.

Les médecins rapportent n'être jamais ou que très rarement confrontés à un IDM qui se présenterait sous une forme typique car les patients sont généralement informés des caractéristiques de cette douleur et appellent le SAMU ou se rendent directement à l'hôpital sans passer par leur médecin traitant.

M2 : « On a un tableau hyper clair dans les livres mais ces gens quand ils ont ces symptômes, ces douleurs, ils appellent le SAMU. Donc nous ce ne sont pas des tableaux qu'on voit. Nous je pense qu'on voit surtout les tableaux bâtards où les gens pensent d'eux-mêmes que ce n'est pas cardiaque. »

Plusieurs médecins rapportent ne pas être à l'aise avec les consultations où le diagnostic de SCA ne peut être éliminé. Le dosage des marqueurs cardiaques en ville joue un rôle rassurant pour le médecin dans ces formes atypiques.

M1 : « dès qu'il y a une douleur thoracique c'est un peu bâtard. Parfois je préfère faire la bio par excès, même pour des douleurs thoraciques pariétales »

Le temps de consultation en médecine générale est également avancé par un des médecins comme une difficulté. Ce temps ne serait souvent pas suffisant pour évoquer le diagnostic de SCA de forme atypique.

M8 : *« on n'a pas forcément le temps de se poser et de se dire : lui c'est bizarre ça pourrait être un infarctus. »*

b. Points positifs soulevés

L'accès rapide à un cardiologue est cité par plusieurs médecins comme l'outil le plus aidant lors des consultations avec suspicion de SCA. Les médecins ayant évoqués ce point sont souvent ceux installés, alors que plusieurs médecins remplaçants ont signalé justement des difficultés d'accès au cardiologue et aux soins de deuxième catégorie.

M3 : *« La relation entre le cabinet de ville et le SAMU ou l'USIC ne pose pas de difficulté chez moi, on a le téléphone facile ».*

M9 : *« le plus difficile je trouve c'est l'accès aux soins, tu te retrouves à appeler des ambulances à négocier pour que ce soit médicalisé » « Je n'ai jamais eu de cardio qui m'a pris un patient dans la journée ».*

Un des médecins interrogés possédait un système de relecture d'ECG par un cardiologue directement relié à l'appareil. Cette seconde relecture qu'il demandait pour chaque électrocardiogramme dont l'interprétation n'était pas normale, permettait de le rassurer dans son diagnostic. Il signalait tout de même un coût financier important pour cette technologie.

M3 : « *c'est rassurant. Parce que même si on fait des ECG tous les jours en médecine générale on n'a quand même pas la lecture d'un cardiologue ou rythmologue. Je pense que pour être le plus efficace, la double expertise est une bonne chose* ».

c. Pistes pour faciliter le diagnostic et la prise en charge

Plusieurs idées ont été évoquées par les médecins interrogés pour faciliter le diagnostic et la prise en charge des patients, chez qui leurs médecins suspectent une origine cardio-ischémiques à leurs symptômes :

- Des tests de détection rapide de la troponine au cabinet

L'un des médecins a travaillé en réserve sanitaire dans un dispensaire dans les DOMTOM et a, par ce biais, eu connaissance de tests de détection rapide de la troponine à utiliser avec une goutte de sang du doigt du patient. Ce médecin suggérait que le diagnostic de SCA pourrait être facilité par l'utilisation de troponine tests au cabinet.

- Des arbres décisionnels

Plusieurs médecins ont suggéré l'idée de concevoir un algorithme pour orienter la prise en charge en fonction des symptômes et des examens complémentaires.

M3 : « *un algorithme facile à utiliser en cabinet. Comme un score à utiliser pour être rassuré sur : j'appelle le SAMU, je modifie la prise en charge* ».

- Une relecture de l'ECG par un cardiologue

Une relecture de l'ECG au moindre doute et de manière plus générale une ligne directe avec un cardiologue est souhaitée par plusieurs médecins pour l'accompagnement et l'aide au diagnostic de ces patients.

IV. DISCUSSION

1. Forces et limites de l'étude

a. Principales forces de l'étude

Le sujet de l'étude est sa principale force, la suspicion de syndrome coronarien aigu est un motif très fréquent de consultation en médecine générale et la prévention cardiovasculaire est certainement la principale préoccupation des médecins généralistes. Notre étude abordait donc un thème très courant pour les médecins interrogés. Le choix d'une étude qualitative semblait judicieux car l'objectif était de comprendre les ressentis et les pratiques effectives des médecins face aux thèmes abordés. L'utilisation préférentielle de questions ouvertes, bien qu'en entretiens semi-dirigés, permettait la libre expression des médecins interrogés et a permis l'émergence d'idées inattendues. La retranscription immédiate des entretiens a permis de limiter le biais de mémorisation. L'obtention de la saturation des données a augmenté la validité externe de notre étude.

b. Les limites de l'étude

Lors de l'entretien, l'investigatrice encourageait les participants à s'interroger sur leurs pratiques, notamment à critiquer leurs prises en charge des patients selon leur sexe. Il est possible que les réponses obtenues aient pu sous-estimer les erreurs de prise en charge car il

peut être difficile pour les médecins d'admettre leur manque de performance sur certains sujets. Les recherches de l'investigatrice en amont des entretiens ont pu influencer à certains moments les réponses des participants. Pour limiter ce biais de suggestion, l'enquêtrice utilisait autant que possible des questions ouvertes.

L'inexpérience de l'enquêtrice a pu être délétère lors des premiers entretiens. Il s'agissait de la première expérience de l'enquêtrice en matière d'entretiens semi-dirigés et le guide a probablement été omniprésent lors de certains entretiens, limitant les occasions pour les médecins participants à s'exprimer librement.

S'agissant d'une étude qualitative, les données collectées sont verbales et non quantifiables, leur analyse est faite de manière interprétative. Un biais d'interprétation est donc inévitable et inhérent à ce type d'étude.

2. Principaux résultats

a. Les différences de clinique et de prise en charge entre les sexes

La douleur thoracique décrite comme typique (M5 « *douleur rétrosternale, oppressante, sur plusieurs minutes, qui peut irradier vers le bras ou la mâchoire* ») était bien connue de tous les médecins interrogés.

En revanche les signes atypiques lors d'un syndrome coronarien aigu étaient moins bien connus. Lorsque les signes atypiques étaient connus des médecins, les épigastralgies et les nausées étaient les symptômes les plus souvent cités. Les malaises, les sueurs, la dyspnée

étaient également évoqués lors de certains entretiens mais étaient globalement moins connus pour être symptomatiques d'un SCA. Et si les symptômes digestifs étaient souvent associés au sexe féminin, les autres symptômes ne semblaient pas prédominer dans l'un des sexes.

Un des médecins reconnaissait ne jamais avoir entendu parler de symptôme atypique. D'autres en avaient eu connaissance par l'intermédiaire des publicités à destination du grand public et d'autres pendant leurs études ou lors de leurs stages d'urgence de leur internat.

Ces publicités évoquées par plusieurs médecins faisaient référence à la campagne de sensibilisation du grand public réalisée par la Fédération Française de Cardiologie depuis 2016 avec plusieurs courts métrages (44).

La majorité des médecins savait que les femmes étaient plus susceptibles de présenter des signes atypiques lors d'un SCA. Pourtant la majorité des médecins reconnaissait ne pas appliquer cette connaissance dans leur pratique et donc ne pas chercher spécifiquement un SCA devant des symptômes atypiques chez les femmes.

La majorité des médecins a reconnu considérer les hommes comme ayant un profil plus à risque cardiovasculaire et admettait pour la plupart, être plus attentifs aux symptômes susceptibles d'être d'origine cardiaque chez un homme. Certains médecins rapportaient adresser les hommes à un âge plus précoce chez un cardiologue que les femmes et aborder plus facilement avec eux les facteurs de risques cardiovasculaires.

Toutefois plusieurs médecins justifiaient cette différence de prévention par la protection cardiovasculaire des femmes liée aux œstrogènes. Cette protection disparaissant avec la

ménopause, plusieurs médecins rapportaient avoir conscience du risque cardiovasculaire plus important des femmes à partir de la ménopause.

La question de l'obésité divisait les médecins interrogés. Plusieurs ont affirmé rencontrer des difficultés à aborder la question du poids avec les femmes surtout autour de la ménopause alors que d'autres trouvaient justement les femmes plus réceptives lorsqu'il s'agissait de leur apparence.

b. La prise en charge du SCA en cabinet

La HAS et les sociétés savantes recommandent en cas de suspicion de SCA de « prescrire le 15 ». La prise en charge par le médecin généraliste (ECG compris) ne doit pas excéder 10 minutes. Un guide a été réalisé par la HAS pour aider le médecin généraliste dans sa prise en charge en cas de suspicion de SCA (45-46).

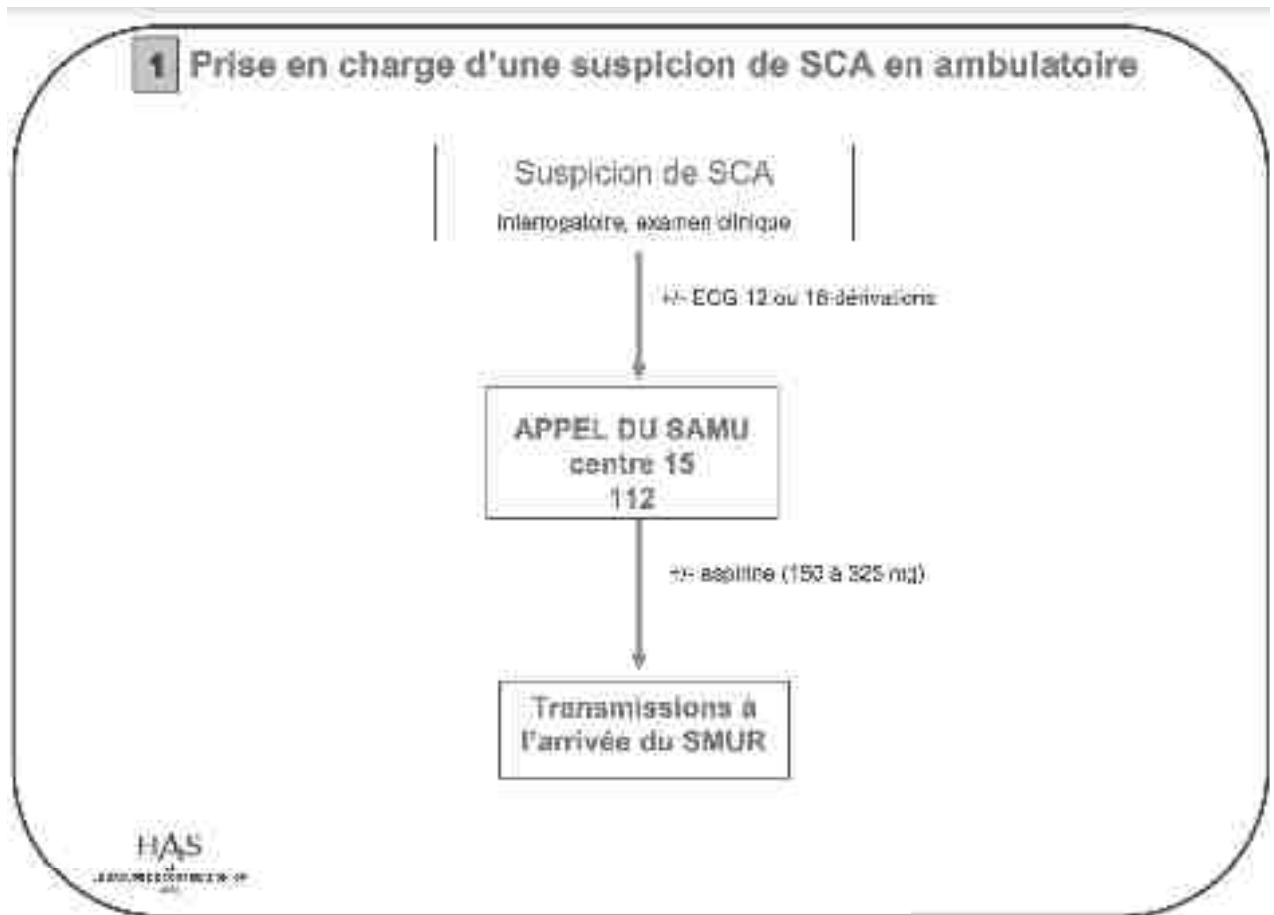


Figure 4 : prise en charge d'une suspicion de SCA en ambulatoire selon la HAS

- L'électrocardiogramme

L'absence d'électrocardiogramme dans le cabinet de certains médecins interrogés est un frein important au diagnostic de SCA. Cette absence conduit à l'adressage plus fréquent des patients aux urgences pour suspicion de SCA.

Pour les médecins ayant accès à un électrocardiogramme, son utilisation a un effet rassurant pour le praticien lors des faibles suspicions de SCA. Toutefois deux des médecins interrogés ont rapporté craindre d'être faussement rassurés par l'électrocardiogramme s'il n'est pas réalisé

au moment critique. Cette crainte rapportée par ces deux médecins est justifiée par la possibilité d'avoir un ECG normal en cas d'occlusion ou sub-occlusion coronaire. Ceci peut être rencontré en cas de petit territoire ischémique ou si le territoire ischémique est mal explorable (ischémie de l'artère circonflexe ou retro ventriculaire). Il peut également s'agir d'une occlusion/désobstruction avec un ECG temporairement normal. Environ 5% des patients avec des symptômes persistants en rapport avec une occlusion coronaire ne présentent pas d'anomalie à l'ECG initial (47).

L'appareil ECG est détenu par environ 60 à 71% des médecins généralistes français. D'après le registre ECOGEN, cet acte représente 0,9% des actes de médecines générales (48-49).

Une thèse de médecine générale parue en 2016 s'est intéressée aux facteurs limitant l'équipement en électrocardiographie chez 684 médecins généralistes français (48).

Elle recense comme facteur limitant pour l'acquisition d'un ECG : les âges extrêmes des médecins (moins de 30 ans et plus de 60 ans), l'exercice en milieu urbain ou à proximité d'un cardiologue et l'exercice seul en cabinet.

Les arguments avancés par les médecins qui ne s'équipent pas d'électrocardiogramme sont le manque de compétence dans son interprétation et son caractère chronophage en consultation. En effet, la réalisation d'un électrocardiogramme rallonge une consultation d'environ 5 minutes selon une étude du ministère de la Santé (50).

- Le dosage de la troponine en ambulatoire

Le dosage des biomarqueurs cardiaques en ambulatoire était une pratique courante chez la majorité des médecins interrogés. Son indication était uniforme chez tous les médecins concernés ; un dosage de la troponine était demandé en ambulatoire lors des faibles suspicions de SCA. Les modalités variaient selon les médecins : la plupart ne demandent un dosage de la troponine ambulatoire qu'après la réalisation d'un électrocardiogramme interprété comme normal, certains demandaient un cycle de troponine si la douleur thoracique était récente et certains remettaient une feuille de consignes au patient. Les principaux freins au dosage ambulatoire de la troponine semblaient être l'heure de la journée - les médecins ne la demandaient que s'ils pensaient obtenir son résultat dans la journée - et la confiance accordée au patient sur sa compréhension de la situation.

En 2010, la Haute Autorité de Santé a publié de nouvelles recommandations dans le guide de la maladie coronarienne. Elle préconisait d'abandonner l'utilisation du dosage de la troponine en ambulatoire comme marqueur d'ischémie cardiaque. La seule exception où l'usage de ce dosage est préconisé est lorsqu'un patient asymptomatique consulte pour une douleur thoracique survenue plus de 72 heures auparavant et suspecte d'avoir été d'origine coronarienne et lorsque l'ECG est non contributif. Lorsque le dosage est positif, le patient devrait être hospitalisé rapidement alors que si le dosage est négatif, les explorations devraient être poursuivies en ambulatoire (26, 45, 51).

Depuis la parution de cette recommandation, plusieurs études et travaux ont été menés sur l'utilisation du dosage de la troponine en ambulatoire. Ces travaux montrent que cette

recommandation est peu connue et/ou peu respectée des médecins généralistes. En 2015, une thèse étudiant le dosage de la troponine en ambulatoire a été réalisée en Indre et Loire (52-53). D'après cette thèse, pour 70% des médecins, un dosage ambulatoire de la troponine pouvait être demandé lorsque le diagnostic de SCA était très peu probable. 20% des dosages de troponines demandés étaient justifiés pour des raisons d'ordre pratique (SAU éloigné, laboratoire à proximité ou personne âgée avec difficulté pour se déplacer).

D'après plusieurs études, les médecins généralistes prescrivent le dosage de la troponine en ville pour exclure le diagnostic de SCA (54-53).

En cas de forte suspicion de SCA, les médecins ont une pratique uniforme ; ils appellent le SAMU centre 15 pour demander un transport médicalisé aux urgences ou directement sur un plateau technique de cardiologie. L'appel au SAMU centre 15 est recommandé en premier lieu pour réduire le temps « premier contact médical-inflation du ballonnet » pour les patients présentant un SCA avec sus-décalage de ST et l'acheminement directement en unité de soins intensifs de cardiologie les patients présentant un SCA avec sous décalage de ST. Après avoir contacté le SAMU, il est recommandé au médecin généraliste de maintenir le patient en repos strict tout en exerçant une surveillance continue. Le médecin généraliste peut également poser une voie veineuse périphérique en attendant les secours et administrer de la MORPHINE ainsi qu'un anti-agrégant plaquettaire (51).

Toutefois, plusieurs médecins ont fait remarquer qu'ils sont très rarement confrontés à des symptômes typiques de SCA car les patients se tournent généralement vers le centre 15 ou les urgences plutôt que vers leur généraliste. Les patients présentant un SCA et qui vont chez leur

médecin traitant sont généralement et justement ceux qui présenteraient des symptômes atypiques.

Les médecins interrogés regrettaient l'absence d'uniformisation des protocoles de prise en charge en cas de suspicion de SCA.

3. Les perspectives

Tous les médecins interrogés s'accordaient à dire que le diagnostic de SCA était souvent piégeux et que les consultations avec une suspicion de SCA sont souvent complexes. Plusieurs idées ont toutefois émergé pour faciliter le diagnostic et la prise en charge de ces consultations complexes.

a. Un score pour stratifier le risque de SCA

Parmi les idées évoquées par les médecins participants pour faciliter le diagnostic du SCA, celle de réaliser un score pour stratifier le risque d'évènement coronaire dans les formes atypiques était prédominante.

De tels scores existent déjà pour les SCA sans sus-décalage du segment ST :

- Le score GRACE permet de classier le risque de mortalité dans les syndromes coronariens non ST en fonction d'éléments cliniques et biologiques (55).

- Le score TIMI permet de stratifier le risque de mortalité à 14 jours d'un patient présentant un SCA non ST en fonction des facteurs de risques cardiovasculaires, de l'histoire clinique récente, des résultats de la troponine et de l'ECG (56).

Mais ces scores sont peu utilisables en médecine libérale car nécessitent des résultats biologiques et électrocardiographiques et servent à définir un risque de mortalité une fois le diagnostic de SCA posé.

Le score HEART est plus intéressant en médecine générale car concerne tous les patients présentant une douleur thoracique. Il s'agit d'un score fondé sur la littérature et l'expérience clinique, permettant d'évaluer le risque d'une origine cardiaque pour les patients présentant une douleur thoracique. Son avantage est de prendre en compte les antécédents du patient. Ses limites sont qu'il nécessite d'avoir les résultats d'une troponine et d'un ECG et n'est utilisable que pour les patients présentant une douleur thoracique (57).

Table 1
The HEART score for chest pain patients at the emergency department.

History (= anamnesis)	Highly suspicious	2
	Moderately suspicious	1
	Slightly or non-suspicious	0
ECG	Significant ST-depression	2
	Nonspecific repolarization disturbance	1
	Normal	0
Age	≥65 years	2
	>45–65 years	1
	≤45 years	0
Risk factors	≥3 risk factors, or history of atherosclerotic disease	2
	1 or 2 risk factors	1
	No risk factors known	0
Troponin	≥3× normal limit	2
	>1–<3× normal limit	1
	≤Normal limit	0
Total		

The HEART score is composed of 5 components: history, electrocardiogram (ECG), age, risk factors and troponin. For each component 0, 1 or 2 points is given (see methods for further details).

Fig 5 : A prospective validation of the HEART score for chest pain patients at the emergency department (Backus)

L'étude de la littérature n'a pas retrouvé un score permettant d'évaluer le risque d'une origine cardiaque pour les patients présentant des symptômes atypiques. La création d'un tel score pourrait représenter une avancée importante vers une meilleure détection des syndromes coronariens aigus en particulier chez les femmes.

b. Des tests de détection rapide de la troponine

Il existe des tests de détection rapide de la troponine. Il s'agit d'une détection qualitative, réalisable avec une goutte du sang du patient obtenu au doigt et dont le résultat est disponible en une quinzaine de minutes. Plusieurs études ont montré la fiabilité de ces tests (58). Leur

accès et leur utilisation dans les cabinets de médecine générale pourraient être intéressants notamment dans les cas de SCA se présentant avec une forme atypique.

c. Un accès au cardiologue

Les médecins interrogés ont tous souligné l'importance d'un lien direct et rapide entre le médecin généraliste et le cardiologue. Ce lien est nécessaire à plusieurs étapes de la prise en charge des SCA :

- Lorsque la suspicion d'IDM est forte, le lien avec le cardiologue permet d'envoyer le patient directement en coronarographie, en évitant le retard de prise en charge que pourrait entraîner un passage du patient par le service d'urgence.
- Lorsque la présentation d'IDM ou de SCA est douteuse, l'avis d'un cardiologue est souvent rassurant pour le médecin généraliste et permet de partager la décision sur la suite de la prise en charge.
- Pour tout électrocardiogramme douteux, une relecture par un cardiologue serait appréciée des médecins généralistes. Des appareils avec un système de relecture existent déjà mais sont coûteux et peu développés.

d. La délégation d'une partie de la prévention cardiovasculaire

Plusieurs des médecins interrogés soulevaient un manque de temps en consultation pour l'éducation thérapeutique du patient. Les médecins généralistes ont comme mission de détecter et corriger les facteurs de risques cardiovasculaires (l'hypertension artérielle, le diabète, l'obésité, le tabac...), mais l'éducation hygiéno-diététique ainsi que thérapeutique des

patients nécessite du temps. Et beaucoup de médecins généralistes soulignent un manque de temps pour mener à bien cette éducation.

L'un des médecins interrogés délègue donc en partie la tâche de l'éducation hygiéno-diététique et thérapeutique de ses patients à une infirmière ASALÉE (action de santé libérale en équipe). Ce dispositif ASALÉE, créé en 2004 et porté par des médecins généralistes, a pour but l'amélioration de la prise en charge des maladies chroniques en libéral. Ces infirmières sont spécialement formées en éducation thérapeutique pour les patients à risque cardiovasculaire élevé.

V. CONCLUSION

Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité des femmes en Europe et une femme sur cinq décède actuellement d'un infarctus du myocarde. La littérature révèle de grandes disparités dans les symptômes, la prévention et le traitement des syndromes coronariens aigus entre les hommes et les femmes. Les femmes présentent plus souvent des signes atypiques en cas de SCA, le diagnostic est souvent plus tardif, elles sont traitées moins agressivement et ont une mortalité plus élevée. Mais ni les femmes ni les médecins de premiers recours ne semblent connaître les symptômes atypiques évocateurs d'un SCA féminin. Il n'existe pas non plus de recommandation pour aider les médecins généralistes au diagnostic de SCA devant des formes atypiques.

Une étude qualitative auprès de médecins généralistes a été menée en Alsace, par des entretiens semi-dirigés. Son objectif était d'analyser les freins et leviers au diagnostic de syndrome coronarien aigu spécifiquement chez la femme en cabinet de médecine générale libérale et d'élaborer des solutions pour faciliter ce diagnostic. Onze médecins ont accepté de participer à l'étude. Les entretiens ont été analysés en thèmes et sous-thèmes précis dont les différentes présentations cliniques de syndrome coronarien aigu, les modalités de leur prise en charge en médecine de ville, la prévention cardiovasculaire et les voies d'amélioration possibles.

Cette étude a permis de mettre en lumière une hétérogénéité importante chez les médecins dans leurs connaissances et pratiques face à un syndrome coronarien aigu. Les signes atypiques chez les femmes sont connus de la majorité des médecins mais ont une influence sur la pratique de peu d'entre eux. La plupart des médecins voient l'homme comme ayant un profil cardiovasculaire plus à risque et reconnaissent exercer une meilleure prévention sur ces derniers. L'usage de l'électrocardiogramme et le dosage des biomarqueurs cardiaques en ambulatoire divise les médecins et la recommandation de la HAS concernant le dosage de la troponine n'est globalement pas suivie. Les médecins affirment être plus souvent confrontés aux formes atypiques de SCA qu'aux formes typiques et déplorent justement un manque de recommandations concernant ces formes atypiques.

Ainsi différentes voies d'amélioration ont été évoquées :

- L'élaboration d'un score, guidant le diagnostic et la prise en charge au cabinet face à des symptômes atypiques.
- L'utilisation de tests de détection rapide de la troponine au cabinet.
- Un lien plus direct avec un cardiologue notamment pour la relecture systématique des électrocardiogrammes.
- La délégation d'une partie de la prévention cardiovasculaire à des professions paramédicales.

Ce travail de thèse vise à améliorer la prévention cardiovasculaire des femmes en développant les connaissances des acteurs de premiers recours sur les spécificités cardiaques féminines. L'élaboration d'un score diagnostic utilisable en médecine de ville, n'a pas été réalisé lors de ce travail mais serait une avancée importante dans la détection des SCA s'il était construit à l'avenir.

VU

Strasbourg, le 15 mai 2023

Le président du jury de thèse :

Professeur Pascal BILBAULT



VU et approuvé

Strasbourg, le 15 MAI 2023

Le Doyen de la Faculté de
Médecine, Maieutique et Sciences de la santé :

Professeur Jean SIBILLA



VI. Annexes

1. Guide d'entretien

Identifier les leviers et freins au diagnostic et à la prise en charge des femmes lors d'un SCA

1. Question brise-glace : Pouvez-vous me raconter votre dernière consultation où vous avez suspecté un IDM chez un patient ? Était-ce un homme ou une femme ? votre attitude aurait-elle été différente s'il s'était agi d'un homme/d'une femme ?

SYMPTOMATOLOGIE

2. Pouvez-vous me décrire le type de douleur thoracique qui vous évoquerait d'emblée une origine cardio vasculaire ?
3. Y a-t-il d'autres symptômes qui vous font penser à un IDM ?

Relance par avez-vous déjà entendu parler de « signes atypiques » ? Saviez-vous qu'ils touchent davantage les femmes que les hommes ?

PRISE EN CHARGE

4. A. Pouvez-vous m'expliquer quelle est votre attitude face à un patient qui présente une douleur thoracique typique ?

B. Cette attitude est-elle différente face à une douleur atypique ? En quoi diffère-t'elle ?

> appelez-vous l'ambulance ? faites-vous un ECG ? des troponines en ambulatoire ? Autre chose ?

- C. Quelle est votre attitude face à un ou une patiente qui présente des symptômes atypiques mais sans douleur thoracique ?

Questions devant être abordées systématiquement selon le sexe.

5. En cas de symptômes atypiques, le sexe du patient vous aide-t-il à prendre une décision ?

DEPISTAGE

6. Sous quels critères, adressez-vous habituellement vos patients asymptomatiques chez un cardiologue pour un premier bilan ? (Vers quel âge ? selon quels facteurs de risques ?)

Questions devant être abordées systématiquement selon le sexe.

7. Pensez-vous avoir les mêmes objectifs de contrôles des risques cardiovasculaires chez les hommes et chez les femmes ?

PREVENTION SECONDAIRE

8. En prévention secondaire, pensez-vous traiter les hommes et les femmes de manière équivalente ?

9. Avez-vous déjà été confronté à une suspicion d'IDM chez une femme ? si oui y'a-t-il eu, selon vous, des éléments différents du diagnostic d'un homme ?
10. Avez-vous quelque chose à ajouter ?

2. Retranscription des entretiens

Entretien 1

- *Bonjour et merci d'avoir accepté cet entretien pour ma thèse qui porte donc sur l'IDM. Pour commencer, peux-tu me raconter la dernière consultation dont tu te souviens où tu as suspecté un IDM ?*

Oui alors j'ai eu une dame qui avait déjà eu des douleurs atypiques, thoraciques et qui avait déjà consulté un cardio quelques jours après le début de ses douleurs. Elle avait refusé d'aller aux urgences. Moi je l'ai vu quelques jours après, elle m'a dit qu'elle avait de nouveau des petites douleurs ici (montre sa poitrine), de principe je lui ai fait un électro qui était normal mais j'ai quand même fait des d dimères et des tropones en ville.

- *D'accord... et finalement ?*

Disons que la suspicion diagnostique était très faible, elle avait déjà vu le cardio... elle n'avait pas encore fait l'épreuve d'effort mais ça allait être programmé. L'ECG était normal et il y avait une douleur reproductible à la palpation du coup j'ai quand même fait des tropones en ville.

- *Ok, c'est revenu négatif et ça s'est arrêté là c'est ça ?*

Oui

- *Et c'était une femme ?*

Oui

- *Ton attitude aurait-elle été différente si ça avait été un homme ?*

Je ne pense pas

- *D'accord, tu as parlé de douleur atypique, est-ce que tu peux m'expliquer ce qu'est une douleur typique ou atypique pour toi ?*

Alors une douleur typique c'est une douleur constrictive, comme dans un étau. Au niveau de la poitrine qui serre, plutôt à gauche et qui dure.

- *Ok, est-ce qu'il y a d'autre symptôme qui te ferait penser à un IDM ?*

Oui plein de chose, une dyspnée, une grosse fatigue, des douleurs épigastriques.

- *Par rapport à ces signes atypiques, penses-tu que cela touche différemment les hommes et les femmes ?*

Je ne sais pas... je n'en sais rien. Je me dis que si le patient est diabétique il y a plus de risque de passer à côté de quelque chose mais je ne dirai pas en fonction du sexe. Mais plutôt en fonction du contexte... les diabétiques qui ressentent moins les choses....

- *D'accord, en cabinet, quelle serait ton attitude face à un patient qui a une douleur thoracique que tu suspectes d'origine cardio vasculaire ?*

Ça dépend du contexte. Si j'ai un électro, je fais un électro. Si le patient a une douleur qui serre et qui dure et que j'ai un électro normal.... Je fais en fonction du contexte, si je n'ai pas d'électro, je fais facilement des tropos et des d dimères. La deuxième question est : est-ce que je les fais en ville ou aux urgences ? sachant qu'après 14h, souvent je ne les ferai pas en ville parce qu'on est pas sûr d'avoir les résultats dans la journée. Je les fais en ville seulement s'il a pas mal au moment de la consult, si ça part et ça revient... si ce n'est pas très typique quoi... que l'électro est normal et que je peux faire confiance à la personne, que je sens qu'elle va me répondre au téléphone si les troponines sont positives et qu'elle va aller aux urgences. Mais si je sens qu'on est dans un contexte plus défavorisé ou qu'il y a une barrière du langage, là j'envoie directement aux urgences.

- *D'accord. Si je comprends bien, tu aurais tendance à envoyer aux urgences si t'as confiance dans le patient et que la douleur est typique. Si la douleur est un peu atypique ou si carrément il y a pas de douleur, tu n'envoies pas ?*

Oui, si la douleur est atypique ou qu'il a pas mal pendant la consult, là je peux faire en ville. Et que l'électro est normal aussi. Si je n'ai pas d'électro j'ai plus de mal à juger et j'envoie plus aux urgences

- *Par rapport à des patients qui n'auraient pas du tout de douleur thoracique mais des signes complètement atypiques... par exemple quelqu'un qui vient en consult en disant « ça fait 2 jours que j'ai de grosses angoisses », qui est pâle et un peu dyspnéique. Tu aurais tendance à faire un électro ?*

S'il y a une dyspnée, oui j'aurai tendance à le faire. Si je n'ai pas de cause pulmonaire.

- *C'est la dyspnée qui compte le plus pour toi par rapport aux angoisses ou la pâleur ?*

Oui franchement oui. J'ai déjà vu des trucs un peu bâtards avec EP sur des dyspnée juste. Mamie de 70 ans qui se plaignait juste d'être fatiguée et ma prat de stage avait prescrit des troponines qui sont revenues positives... et des cas comme cela j'en ai vu pas mal, ou juste une fatigue, un peu âgé, j'ai fait des troponines.

- *D'accord, donc les symptômes dyspnée et fatigues t'évoquent quand même l'IDM si je comprends bien ?*

Oui

- *Par rapport aux douleurs dorsales ou abdominales, ça t'évoque parfois un IDM*

Rarement... enfin après ça va dépendre. Une douleur dorsale, ça va dépendre du contexte. Si infectieux ou immobilisation. Dorsal haut ou bas...

- *Par rapport au malaise, est-ce que ça t'évoque un IDM ?*

Alors un malaise vagal ? ou avec perte de connaissance ? souvent si je peux je fais un électro et s'il est normal je ne fais rien. Si c'est un malaise vagal. Si perte de connaissance je pense qu'il faut aller plus loin, pareil si la personne a fait plusieurs malaises dans la journée.

- *D'accord, en cas de symptômes atypiques mais qui peuvent t'évoquer un IDM, penses-tu que le sexe du patient t'aide à prendre une décision ?*

Non pas particulièrement

- *En dehors de tout contexte d'IDM, sous quels critères, adresses-tu habituellement tes patients asymptomatiques chez un cardiologue pour un premier bilan ?*

Au-delà de 50 ans, j'estime que c'est bien. Souvent quand on a des ATCD cardiaques c'est même à partir de 40 ans.

- *Donc souvent l'âge et les ATCD familiaux c'est ça ?*

Oui

- *Est-ce que tu penses avoir les mêmes objectifs de contrôles des FDRCV chez les hommes et les femmes ? par exemple le sport, le tabac... le poids*

Souvent les hommes ont plus de tabagismes et de l'alcool donc je pense que je vais envoyer plus facilement les hommes. Par exemple entre un homme et une femme de 50 ans j'envoie plus facilement l'homme chez le cardiologue

- *Ok, et au niveau du tabac par exemple tu le tolère plus chez les hommes ou les femmes ?*

C'est pareil, de toute façon c'est eux qui décident

- *Et le sport ? ou le surpoids tu en parles autant aux H qu'aux F ?*

Je pense que le surpoids j'en parle plus souvent aux hommes parce qu'ils ont un abdomen pléthorique c'est-à-dire un gros ventre alors que les femmes sont facilement en surpoids mais on peut mettre ça sur le compte de la ménopause, alors j'ai plus de mal à leur en parler. Et souvent les hommes, je trouve ont plus de pb de cholestérol et de diabète que les femmes

- *Donc finalement tu trouves que les hommes ont plus de FDRCV car là tu parles tu surpoids et du diabète et avant tu parlais du tabac et de l'alcool ?*

J'ai l'impression que oui

- *Par extrapolation, tu sensibilises plus les H à leur risque cardiovasculaire et à aller voir un cardio ou pas particulièrement*

C'est difficile à dire.... Mais je pense que. Peut-être un peu plus les hommes oui parce que souvent je me retrouve face à des hommes pléthoriques avec du cholestérol donc je prescris un bilan cardio vasculaire

- *Ok, est ce que tu penses qu'en prévention secondaire, tu as les mêmes obj de prévention des FDR CV chez les hommes et les femmes ?*

Ah oui globalement. De toute façon c'est le cardio qui décide là

- *Est-ce que tu as déjà été confrontée à un diagnostic ou une forte suspicion d'IDM chez une femme ?*

J'avais une patiente je pensais vraiment qu'elle faisait un infarctus parce qu'elle avait une sensation d'oppression majorée à l'effort, qui durait depuis quelques jours, la sensation d'oppression du côté gauche. Et en fait il n'y avait rien du tout. Pour moi, l'électro était un peu perturbé, du coup je l'avais envoyé aux urgences. Mais l'électro était normal.

- *Est-ce que tu penses qu'il y aurait eu des éléments différents si ça avait été un homme ?*

Non... elle avait des critères précis. Par contre ce qui m'avait un peu énervé c'est que les urgences avaient reproché à la patiente que je n'avais pas fait la prise de sang en ville. Mais même s'il n'y avait pas de gros troubles à l'électro, il était pas parfait et dans le contexte clinique, ça justifiait pour moi d'aller aux urgences. Et ça c'est quelque chose que je tiens à préciser : moi de base, je préfère faire les tropones aux urgences mais dans le contexte où les urgences sont blindées on a plus tendance à les faire en ville. J'ai vraiment vu une évolution au cours de mon internat : j'avais des prats qui me disaient qu'il fallait absolument envoyer les patients aux urgences pour des tropones, même avec ECG normal, alors que maintenant avec les retours des patients qui disent que les urgences sont blindées et à force de voir les médecins faire des tropones en ville, j'ai commencé à en faire.

- *Est-ce que tu trouves finalement que le diagnostic n'est pas évident à faire au cabinet ?*

Absolument ! dès qu'il y a une douleur thoracique c'est un peu bâtard. Parfois je préfère faire la bio par excès, même pour des douleurs thoraciques pariétales... au-delà d'un certain âge, je préfère la faire. PLUTÔT QUE PASSER À COTÉ DE QUELQUE CHOSE

- *Ok tu as autre chose à ajouter ?*

Non mais une douleur pariétale au-delà de 40 ans, je recherche beaucoup plus l'IDM.

- *Ok donc après 40 ans même si douleur atypique, tu vas plus rechercher l'IDM ?*

Oui

Entretien 2

- *Peux-tu me raconter la dernière consultation où tu as suspecté un IDM chez un patient ?*

C'est un patient qui venait pour des douleurs thoraciques à l'effort. Pas connu cardiaque, pas d'ATCD cardiaque mais quand même un surpoids... donc je l'ai envoyé aux urgences

- *Ok, donc c'était un homme ?*

Oui

- *Penses-tu que ta prise en charge aurait été différente si ça avait été une femme ?*

Non

- *Ok, pour toi c'est quoi une douleur thoracique qui évoque une douleur cardiaque ?*

C'est une douleur qui est constrictive, irradiante parfois et surtout qui ne se calme pas. Et les gens viennent en disant « là je sens qu'il y a un truc »

- *Ok, il y aurait d'autres symptômes qui te ferait penser à un IDM ?*

Alors oui, j'ai eu une dame qui avait un truc de fou, elle avait des épigastralgies, que des épigastralgies avec aucune douleur thoracique

- *D'accord donc les épigastralgies. Il y a d'autres symptômes qui t'évoquent un IDM ?*

Alors celle qui avait des épigastralgies elle vomissait aussi mais c'était surtout les épigastralgies

- *Ok, as-tu déjà entendu parler des signes atypiques dans l'IDM ?*

Ça ne me dit rien

- *Ça marche, en cabinet, que fais-tu quand un patient a une douleur thoracique typique ?*

Le samu, je passe par le samu. On n'a pas d'électro au cabinet donc je n'en fais pas. J'en ferai si j'en avais sous réserve que je sache bien les lire aussi mais c'est un autre débat. Et j'appelle le SAMU

- *Ok si les signes sont moins typiques, as-tu une autre attitude ?*

Alors des tropes en ville mais c'est si je n'y pense pas. C'est vraiment si la douleur a l'air pariétale et que je n'arrive pas à rassurer les gens, qu'ils sont vraiment inquiets. Il faut aussi

qu'ils n'aient pas d'insuffisance rénale. Mais à mon sens si on pense que c'est cardiaque, il y a pas d'indication à faire des tropos. Les tropos c'est pour éliminer le risque

- *Ok et si tu envoies aux urgences c'est toujours médicalisé ?*

Oui alors ça m'est déjà arrivé comme on est à Altkirch de les envoyer par eux-mêmes aux urgences parce qu'on a énormément de problème avec les pompiers et le SAMU pour les faire venir. Et comme les urgences sont à 5 min, je me dis qu'il vaut mieux parfois y aller vite par eux même que d'attendre au cabinet. Mais c'est parce qu'on est à Altkirch et que les urgences sont à côté, sinon oui c'est toujours médicalisé

- *Oui ok. Face à un patient qui aurait des symptômes uniquement atypiques comme ta patiente avec ses épigastalgies, que fais-tu ?*

Alors pour cette patiente je lui avais prescrit une bio avec des tropos et le labo m'a appelé pour les tropos qui étaient très augmentées mais je n'y pensais vraiment pas et maintenant je suis beaucoup plus frileuse. Donc je sais que les tropos en ville c'est discutable mais en médecine libérale quand on n'a pas de plateau technique ou qu'on n'a pas d'imagerie, ça me permet quand même de récupérer des cas atypiques.

- *Ok, est-ce que le sexe du patient dans ces cas atypique, fait une différence pour toi ?*

Non parce que je trouve que les femmes, aujourd'hui, ont tout autant de risque cardiovasculaire que les hommes. Il y a beaucoup plus de femmes tabagiques et en surpoids donc le sexe, ça ne change rien.

- *D'accord, donc tu as aussi les mêmes objectifs de contrôle des FDR CV ?*

Oui. Sauf quand il y a des ATCD familiaux d'évènements cardiovasculaire parce qu'on sait que ça arrive plus jeune aux hommes qu'aux femmes

- *Ok, et quels sont tes critères pour adresser tes patients à un cardiologue pour un premier bilan ?*

Ce sont mes critères à moi mais quand il y a eu un ATCD familial avant 70 ans, je les envoie d'office voire un cardiologue à 50 ans pour un premier bilan. Les patients qui ont de gros FDR, comme les gros tabagiques avec un peu de cholestérol je les envoie aussi chez le cardiologue, même avant 50 ans. La personne juste hypertendue, bien contrôlé je ne l'envoie pas forcément chez le cardiologue.

- *Ok et avant 50 ans ?*

Avant 50 ans, il faut vraiment qu'il y ait eu des ATCD familiaux jeunes, des IDM à 30 ans...

- *Ok et donc après 50 ans chez les personnes qui n'ont pas de FDR CV tu n'envoies pas systématiquement ?*

Non non, mais c'est toujours le même problème... on n'a personne sur le secteur. Enfin on a une seule cardiologue donc très peu d'accès donc on priorise les patients.

- *D'accord. Tu penses que tu sensibilises autant les hommes que les femmes sur les FDR CV ? par exemple le tabac, le surpoids, tu as le même discours ?*

Oui je pense, le tabac j'en parle facilement. Quand je retrouve un nouveau FDR par exemple un LDL à 1.80, je reviens sur tous les FDR CV. Du coup ça ne dépend pas du sexe mais de la consult

- *Aurais-tu quelque chose à ajouter ?*

Non je ne pense pas

- *Ah si encore une question : penses-tu que ce soit facile de faire le diagnostic d'un IDM dans un cabinet de MG ?*

Eh bien pas toujours. On a un tableau hyper clair dans les livres mais ces gens quand ils ont ces symptômes, ces douleurs, ils appellent le SAMU. Donc nous ce n'est pas des tableaux qu'on voit. Nous je pense qu'on voit surtout les tableaux bâtards où les gens pensent d'eux-mêmes que c'est pas cardiaque. Et pour la prise en charge, l'ECG il faut vraiment être habitué à le lire et je pense qu'on en fait pas assez pour bien le lire. Là où ce serait intéressant ce serait d'avoir une bonne formation sur l'ECG et de pouvoir l'envoyer directement aux urgentistes pour adapter le transport : par exemple sur un infarctus bien clair à l'ECG, ils enverraient une ambulance médicalisée et si l'ECG n'est pas clair mais pas normal non plus, il n'y aurait peut-être pas besoin d'un transport médicalisé. Et si l'ECG avait un sus décalage typique, le patient pourrait aller en coro sans passer par les urgences. En fait avoir le diagnostic de certitude au cabinet ce serait bien.

- *Donc avoir une relecture immédiate de l'ECG ce serait bien ?*

Oui alors il y a des plateformes qui le font maintenant mais c'est cher, et est-ce qu'on est sûr que c'est lu tout de suite ? parce que si c'est 15 min ça va déjà plus ou s'il faut le mailer, donc imprimer l'ECG le scanner, ... on va pas faire ça. Donc oui actuellement c'est plus simple d'envoyer directement aux urgences

Entretien 3

- *Peux-tu me raconter la dernière fois que tu as suspecté un IDM chez un patient ?*

Alors je me souviens surtout de mon dernier IDM. C'est un patient qui est venu pour des douleurs précordiales, oppressives, assez typiques depuis environ une bonne heure. Il est venu au cabinet parce qu'il ne se sentait pas bien, nauséux, en sueurs et ça serrait au niveau de la poitrine. Mais il n'a pas appelé le 15. Donc juste en voyant sa tête je lui ai fait un ECG... tout de suite... et j'avais de belles ondes de Pardee. On a appelé le SAMU qui est venu au cabinet et il a été envoyé en USIC. Ça m'a marqué parce que c'était comme dans les livres. Je n'ai pas de souvenir précis là de cas atypique, pourtant j'en ai vu un certain nombre.

- *D'accord, alors une douleur typique pour l'IDM c'est quoi pour toi ?*

Alors c'est une douleur rétrosternale oppressive, comme une barre, c'est une douleur qui va durer quelques minutes, pas quelques secondes. Plutôt à l'effort physique, mais aussi parfois au repos, chez certaines personnes surtout si c'est de novo. Il peut y avoir un tableau digestif chez les femmes, avec des épigastalgies, des nausées. Parfois une douleur qui irradie vers la mâchoire, ou dans l'épaule gauche, parfois dans l'épaule droite ou les deux épaules. Et associé à des symptômes généraux type malaise vagal.

- *Ok, il y aurait d'autres symptômes qui pourraient t'évoquer un IDM, autre que la douleur thoracique ?*

Le côté malaise vagal. L'essoufflement, les nausées, les sueurs, un peu comme une hypoglycémie. Je garderai surtout le côté respiratoire et le côté digestif.

- *Ok, tu avais déjà entendu parler des symptômes atypiques pour l'IDM ?*

Alors on rabâche souvent de ne pas passer à coter des syndromes coronariens aigus chez la femme qui se présentent souvent avec une symptomatologie digestive.

- *Face à un patient qui a une douleur thoracique typique, quelle est ton attitude en cabinet ?*

Alors je vais déjà lui demander depuis quand ça dure et s'il a des facteurs de risque cardiovasculaires qui corroboreraient ma crainte. Une fois l'interrogatoire fait, je m'assure qu'il est pas instable, donc je vais vérifier sa tension, sa fréquence cardiaque et sa saturation. Et je vais faire tout de suite un ECG. Et rapidement je vais appeler soit l'USIC soit le 15 pour décrire la situation, comme soit j'ai soit un cardiologue soit un urgentiste en ligne et la décision est partagée, ce qui est quand même beaucoup plus confortable.

- *Je comprends. Et donc l'ECG c'est systématique en cas de douleur thoracique ?*

Ah oui, pour moi c'est indiscutable. Enfin pour moi, l'ECG c'est un outils du généraliste. Je ne peux pas imaginer qu'on fasse de la médecine générale sans ECG... pourtant ça se fait tout le temps...

- *Ok et face à une douleur moins typique ? où la cause cardio-vasculaire n'est pas certaine ?*

La démarche ?

- *Oui*

Ça dépend beaucoup des ATCD, du terrain et des FDR du patient. Avec un sujet âgé ou qui a de gros FDR CV je vais être un peu parano et me dire qu'il y a peut-être derrière un SCA atypique. Chez un sujet plus jeune, qui n'a pas de FDR CV, pas d'hérédité, je vais aller chercher autre chose : un reflux gastrique, une douleur d'origine pulmonaire, ou d'autres choses. Mais je ferai quand même un ECG, et pour écarter la cause cardio vasculaire il faut absolument que l'ECG soit normal. Si la douleur reste relativement proche, je peux faire partir le patient avec un dosage des enzymes cardiaque, enfin un cycle des enzymes.

- *Ok alors tu fais systématiquement le dosage 2 fois ?*

Non ça dépend de l'heure de la dernière manifestation douloureuse. Si c'est tout récent donc si ça date de moins de 6 heures je ferai deux dosages. Mais si c'est plus de 6h, j'en ferai qu'un et si mon examen clinique est. Rassurant, j'en resterai là.

En tous cas c'est ecg systématique.

- *Avec un ecg qui serait perturbé mais sans signe ischémique franc, tu aurais tendance à appeler le SAMU ou leur demander de se rendre aux urgences par leurs propres moyens ?*

Alors j'appelle soit l'USIC soit le SAMU, je n'envoie pas aux urgences. Je fais relire l'ecg, je discute avec le cardiologue et on prend la décision ensemble.

- *Ok donc tu n'envoies jamais aux urgences ?*

Non sauf si j'ai l'impression que la douleur reflète une autre pathologie aigue mais non cardio vasculaire. Une pancréatite aigue par exemple

- *Ok et en cabinet, pour un patient qui n'a pas de douleur thoracique mais des symptômes atypiques ? par exemple : un malaise d'allure vagale, des épigastralgies.... Quelle est ton attitude ?*

Alors j'ai la même réponse, ça dépend vraiment des FDR CV, du terrain des patients. Par exemple une femme de 50 ans fumeuse, hypertendue, qui vient pour des épigastralgies qu'elle n'a jamais eu avant, sans diarrhée, je vais chercher une cause cardiaque, faire un électrocardiogramme et s'il n'est pas normal même s'il n'est pas pas typique de l'infarctus, je vais quand même prendre un avis chez un cardiologue.

- *D'accord, et en cas de symptômes atypiques, le sexe du patient joue dans ta prise en charge ?*

Alors pour des symptômes atypiques, oui quand même, je garde cette idée sous le coude chez les femmes. Après je n'envoie pas toutes les épigastralgies féminines chez le cardiologue, sinon je vais me faire aligner...

- *Ok, pour les patients asymptomatiques, à partir de quand tu les envoies pour un premier bilan chez le cardiologue ?*

Alors ils ne vont pas tous chez le cardiologue, il ne faut pas exagérer non plus mais systématiquement quand ils ont une FDR CV donc quand ils sont hypertendus, quand ils fument, qu'ils ont un diabète ou une dyslipidémie. Après l'âge de début d'un bilan cardio, à la louche j'estime 40 ans chez les hommes et 50 ans chez les femmes.

- *Donc tu fais une différence entre les hommes et les femmes ?*

Oui à cause de l'ambiance hormonale, car une femme ménopausée rejoint les risques de l'homme

- *D'accord, penses-tu avoir les mêmes objectifs de contrôle des FDR CV chez les femmes que chez les hommes ? En prévention primaire. Est-ce par exemple aussi facile de parler du tabac, du surpoids, du sport à une femme qu'à un homme ?*

Oh je n'ai pas de grosse difficulté par rapport à ça. Je leur demande ce qu'ils en pensent et je regarde s'il y a de la résistance. Après j'aurai tendance à dire que les femmes sont un peu plus sensibles sur leur état de santé que les hommes, les arguments seront un peu plus faciles chez les femmes.

- *Donc tu aurais même plus tendance à sensibiliser les femmes ?*

J'aurai plus d'argument, ce sera plus simple avec une femme.

- *Très bien, ok. En prévention secondaire, tu penses aussi traiter de manière égale les hommes et les femmes ?*

Alors c'est vrai que je ne me suis pas posé la question, de prime abord je garde l'acronyme BASIC qui est plus ou moins vrai maintenant. Je pense que j'ai les mêmes objectifs oui. Et chez les femmes il y a la prise en compte de l'ambiance hormonale, est ce qu'elles sont sous THS ? ça peut changer un peu la donne.

- *Ok et dernière question : pour le diagnostic d'IDM au cabinet, est-ce que tu trouves cela facile à faire ?*

Non ça reste quand même piégeux à moins d'avoir un diagnostic typique. C'est comme l'appendicite, dès que tu y penses, faut aller au bout.

- *Ok et tu penses qu'il y aurait des manières de faciliter le diagnostic ou la prise en charge ?*

Alors je pense que maintenant qu'on a des outils informatiques vachement bien, on pourrait créer un algorithme facile à utiliser en cabinet. Comme un score à utiliser pour être rassuré sur : j'appelle le SAMU, je modifie la prise en charge. La relation entre le cabinet de ville et le SAMU ou l'USIC ne pose pas de difficulté chez moi, on a le téléphone facile.

J'avais la possibilité de faire relire l'ecg à distance par un cardiologue et c'est quelque chose qui va se développer. On a de plus en plus d'appareils qui transmettent par bluetooth l'ecg pour qu'on puisse directement l'envoyer à un cardiologue.

- *Et ça tu trouvais que c'était bien la double lecture avec le cardiologue ?*

C'est rassurant. Parce que même si on fait des ecg tous les jours en médecine générale on n'a quand même pas la lecture d'un cardiologue ou rythmologue. Je pense que pour être le plus efficace, la double expertise est une bonne chose donc avec une première lecture par le généraliste et pour les choses un peu litigieuses, une seconde lecture par le cardiologue. Mais ça va se développer, c'est l'avenir les outils informatiques

- *Oui, et tu ne voyais pas de freins à l'appareil que tu avais ?*

Aors très simple d'utilisation, le frein est juste financier parce qu'il y a un abonnement mais bon c'est amortissable. Mais je vais m'acheter un ECG numérique pour l'envoyer directement.

Entretien 4

- *Te souviens-tu d'une consultation où tu as suspecté un IDM ?*

C'était une dame, la quarantaine, ancienne toxico, qui avait un lupus et déjà fait des embolies pulmonaires. Elle était en vacances en camping. Elle vient avec une douleur thoracique avec irradiation dans le bras. Je fais l'ECG, je vois qu'il y a des ondes négatives. J'appelle en médecine interne, pour avoir son référent. Et a priori les ondes neg ce n'était pas connu. Donc j'appelle le 15, on en discute et il me dit ça peut être une EP ou un infarctus vu qu'en plus elle avait un SAPL. Et finalement ce n'était pas un IDM, c'était bien une EP.

- *Donc ce qui t'avait orienté sur l'IDM c'était la douleur ?*

Alors la douleur mais aussi le terrain, mais en fait c'était plus un terrain à EP. Mais je suspecte en gros un IDM quand il y a une douleur de l'épigastre aux épaules.

- *Il y a d'autres signes qui te font suspecter un IDM ?*

Alors surtout chez les femmes, quand il y a des douleurs abdo ou des vomissements. Mais ça c'est plutôt grâce à l'expérience qu'on s'en rend compte. Par exemple, les diabétiques je n'en ai jamais vu avoir mal. Et pour les femmes, c'est plus foireux... malaise, vomis, douleurs abdo.

- *Des symptômes digestifs du coup et des malaises. D'autres symptômes ?*

Oui la dyspnée aussi... c'est tout je crois

- *Et plus chez la femme ?*

Oui pour les symptômes atypiques

- *Tu en as entendu parlé comment ?*

Alors c'était peut-être évoqué dans les bouquins de médecine mais c'était surtout les médias qui m'ont alerté. Et l'expérience.

- *Ok et en cabinet, quand tu suspectes un IDM, quelle est ta prise en charge ?*

Alors déjà l'ECG. Et ensuite entre tes études où on t'a dit que la tropo en ville c'est le mal absolu et la réalité où la tropo avec le cabinet juste à côté tu l'as en 5 minutes. Donc tu l'as en une heure, c'est hyper pratique. Et finalement au lieu d'envoyer tous les tableaux atypiques ce qui arrive quand même souvent aux urgences... bah la tropo en ville ça aide bien.

- *Donc finalement la tropo en ville c'est quand tu as une faible suspicion c'est ça ?*

Oui, en fait si j'y crois c'est tout droit aux urgences. Mais si c'est atypique, si ça a l'air d'être de l'anxiété ou s'il y a une autre cause comme un reflux, bon bah les tropo ça aide bien.

- *Ok et du coup l'ecg qu'est-ce que tu en penses ?*

Le problème c'est que si c'est un IDM, l'ecg ok on le voit. Mais si c'est un SCA ST- bah tu peux ne rien voir et donc tu laisses rentrer le patient en étant faussement rassuré.

- *Ok donc tu n'as pas trop confiance dans l'ecg c'est ça ? Parce que dans les SCA ST- il peut être faussement rassurant ?*

Oui, je pense que ça peut être faussement rassurant.

- *Ok et l'accessibilité à l'ecg, tu en avais systématiquement quand tu remplaces ?*

Ah non non, j'ai même remplacé en centre de santé donc payé par l'État où il n'y avait pas d'ECG. En zone rurale même.

- *Donc si y a pas d'ECG et que tu as une douleurs thoracique, que fais-tu ?*

Bah c'ets la merde... en plus si tu es en campagne faut motiver le patient à aller au SAU. Mais globalement si j'ai pas d'ECG, je fais une tropo en ville si j'y crois pas trop et sinon j'envoie aux urgences.

- *Et pour l'ecg, tu penses être suffisamment formée à l'interprétation ?*

Globalement je trouve que oui. Ce sont plutôt les troubles conductifs qui me posent problèmes. Les troubles de la repolarisation ça va. Après parfois ce n'est pas interprétable parce que bloc de branche ou pace.

- *Et par rapport à un patient qui a des douleurs atypiques, tu fais un ecg systématiquement ?*

Tout dépend si j'ai une autre cause à me mettre sous la dent. S'il y a un terrain ou des signes de gravités, oui je fais un ecg.

- *Ok et quels critères tu as pour envoyer un patient asymptomatique faire un premier bilan chez un cardio ?*

S'il est diabétique, s'il a déjà des complications de FDRCV par exemple une néphropathie sur HTA

- *Donc tu attends qu'il y ait une complication d'un FDR CV pour l'adresser ?*

Euh oui. Souvent je fais un premier ecg, s'il est normal, je ne l'envoie pas forcément. Par contre quelqu'un qui cumule les FDR CV je l'envoie, par exemple un homme qui fume, qui est hypertendu et qui a du cholestérol, là je l'envoie

- *Ok et il y a un âge particulier pour les adresser ?*

Ça dépend : souvent 55-60 ans. Sinon des jeunes qui font énormément de sport ou alors à la reprise du sport. Par exemple pour une course de 180 km, c'est le cardio qui fait le certifié même s'il a 25 ans.

- *Penses-tu avoir les mêmes objectifs de contrôle des FDR CV entre les hommes et les femmes ?*

e ne pense pas faire de différence. Après c'est vrai que perdre du poids entre un homme et une femme ce n'est pas la même manière d'aborder les choses. Une femme c'est quand même plus connectée à son image, avec la ménopause, les grossesses, ça peut être plus dur de leur faire perdre du poids et elles sont souvent plus sédentaires. En fait je l'aborde facilement mais c'est plus difficile de leur faire atteindre l'objectif.

- *Ok et par rapport au cardiologue, tu penses faire une différence entre les hommes et les femmes ?*

Euh c'est possible, j'enverrai les hommes un peu plus vite. C'est quand même un FDR CV d'être un homme. Surtout avant 60 ans je pense. Les femmes il y a quand même les œstrogènes qui sont cardio protecteurs. Elles sont quand même mieux protégées jusqu'à la ménopause.

- *En post IDM, penses-tu traiter les hommes et les femmes de la même manière ?*

Oui je pense

- *Est ce que le diagnostic d'IDM est facile en cabinet ?*

Non ! il y a quand même beaucoup de diagnostics différentiels. Rien que sur la douleur thoracique ça peut évoquer pleins de choses mais en plus vu qu'il peut y avoir des signes digestifs ou que les IDM peuvent être silencieux. Et peut-être qu'on en a un peu moins en ville parce que les gens savent que quand ils ont une douleur thoracique, ils doivent appeler le 15. Ah et un truc, dans les dispensaires dans les DOM TOM il y a des tropos test comme des strepta test, donc tu as la réponse en 5 min. Enfin je pense que parfois on est plus en sécurité dans ces dispensaires que dans certains cabs de métropole.

- *Ah et en cabinet, quand tu as une forte suspicion, tu appelles le 15, tu les laisses partir seul, tu appelles le cardio ?*

J'appelle le 15 mais c'est vrai que parfois c'est quand même plus rapide qu'ils y aillent d'eux même. Mais j'appelle le 15 pour avoir leur avis, ça partage la décision.

- *Penses-tu qu'il y a des choses qui pourraient faciliter le diagnostic ?*

Oui les tropos test et les ecg portables, surtout en visite parce que c'est super emmerdant de ne pas pouvoir prendre l'ecg.

Entretien 5

- *Vous souvenez vous d'une consultation où vous avez suspecté un IDM ?*

Oui, j'étais en remplacement, le premier hôpital était à 30 min. La dame venait pour douleur à la poitrine, depuis le début du week-end, avec des douleurs un peu dans le bras. Ce n'était pas très claire. C'était au repos, pas à l'effort. Du coup j'ai décidé de faire des tropos en ville pour vérifier si c'était d'origine cardiaque, parce que c'était vraiment claire. Les tropos étaient augmentées du coup on a appelé le service de cardio, ils l'ont stenté immédiatement.

- *Ok donc ce n'était pas très typique comme douleur ?*

Bah oui, ce n'était pas une douleur qui la paralysait, ça passait et ça revenait. Elle s'est dit bon c'est bizarre alors je vais voir mon médecin. Mais elle n'était pas essoufflée ni rien. C'est pour ça aussi que j'ai fait des tropos parce qu'à la campagne c'est difficile de faire aller les gens aux urgences. J'aurai aussi dû appeler les ambulances pour la transporter mais bon au final c'est aussi souvent plus rapide en campagne si quelqu'un l'emmène.

- *Ok et c'est quoi du coup une douleur typique d'IDM ?*

Une douleur au repos, oppressante, sur plusieurs minutes, qui peut irradier vers le bras ou la mâchoire

- *Ok et il y aurait d'autres symptômes qui vous évoquerait l'IDM ?*

L'essoufflement et la douleur épigastrique

- *Vous faites une différence dans ces symptômes entre les hommes et femmes ?*

Euh non pour moi c'est pareil

- *D'accord, en cabinet quelle est votre attitude face à un patient que vous suspectez de faire un IDM avec une douleur thoracique typique ?*

Je pense que ça dépend du degré de suspicion. Une forte suspicion ça va directement aux urgences. Mais ça dépend aussi du matériel qu'on a au cabinet. Si on a un ECG ou pas. En cas de suspicion forte, on peut faire un ECG et généralement il va aux urgences directement après. Si j'ai une faible suspicion, ou si ce n'est pas aigu, que ça fait 5 jours... oui alors parfois e fais des tropos en ville et j'organise une consulte cardio rapide si c'est négatif.

- *Ok donc les tropos en ville c'est pour éliminer une cause cardiaque quand tu as une faible suspicion ?*

Oui. Ça dépend aussi de l'accès au cardiologue. En ce moment travaille dans un cabinet où il y a un cardio dans le même immeuble donc je l'envoie systématiquement. En fait je trouve hyper

utile de travailler en binôme avec un cardiologue, même qui n'est pas physiquement à côté mais ça permet de ne pas passer par la case urgence.

- *Ok et en cas de forte suspicion d'IDM, tu fais quoi ?*

J'appelle le 15 ensuite c'est eux qui régulent. Après en campagne, il faut aussi convaincre les gens d'aller à l'hôpital... et quand on n'a pas d'ECG c'est hyper facile de se tromper. Et pour l'ecg, si j'ai quand même une suspicion d'IDM et que l'ecg n'est pas modifié je fais les tropos en ville aussi. En fait c'est ce qui est fait aux urgences pour les douleurs thoraciques si ecg et cycles de tropos neg on s'arrête là.

- *Et les tropos tu les fais en cycles ?*

Non en réalité j'en fais une mais il faudrait parfois faire un cycle.

- *Ok et quel serais ton attitude face à des symptômes atypiques ? Comme une dyspnée ? Ou un malaise ?*

Je ferai un bilan bio en général. L'ecg je le fais si c'est un malaise atypique. Ou selon l'âge, si le patient a des FDR CV je fais un ecg... si la personne a 60-65 ans. Soit j'ai un rdv cardio dans la semaine soit... je fais une bio dans tous les cas.

- *Avec tropo ?*

Euh non je les fais pas sur les malaises.

- *Tu avais déjà entendu parler des symptômes atypiques chez la femme ?*

Euh je crois. J'ai une vague notion qu'on m'ait dit un jour que 20% des IDM chez la femme sont atypiques. Je crois que c'était en cours pendant mes études. Mais même si je le sais, je pense pas que 'y fasse plus attention en cabinet. Si quelqu'un vient avec des douleurs épigastriques... franchement je n'évoque pas l'IDM... je mets des IPP.

- *Ok et quels sont tes critères pour envoyer les patients asymptomatiques faire un premier bilan chez le cardiologue ?*

Alors le tabac pour moi c'est le gros FDRCV. Et l'hérédité. Avant tout. Je commence à partir de 45-50 ans si facteur de risque. Et si vraiment pas de FDR CV ça peut attendre. Par contre s'ils font du sport j'essaie qu'ils ont eu un vrai bilan cardiaque à partir de 50 ans. Et les sportifs un ecg tous les 5 ans ça me paraît pas mal.

- *Ok et tu fais pas de différences entre les hommes et les femmes ?*

Non c'est pareil pour moi.

- *Ok et tu penses sensibiliser de la même manière les hommes et les femmes avec les FDR CV ? le poids, le tabac ?*

Oui je pense, je suis assez stricte là-dessus.

- *Et finalement le diagnostic d'IDM au cabinet, tu trouves ça facile ?*

Difficile, parce que finalement il y a pas trop de consensus, c'est du cas par cas, au feeling. Et ça ce n'est pas facile. Il faut éliminer tous les autres diagnostics et c'est un peu l'expérience qui aide.

- *Ok et une idée pour faciliter ce diagnostic ?*

Faire un arbre décisionnel avec l'âge, les facteurs de risques... est-ce que je fais des tropos en ville ? dans quel délai il doit voir le cardiologue ? ce serait bien d'avoir ça.

- *Et les tropos en ville tu en penses quoi ?*

C'est assez rassurant, je les utilise comme des d dimères pour éliminer une ep. C'est négatif, ça me rassure. Quand j'ai commencé à remplacer je faisais très peu de tropos en ville mais aujourd'hui j'en fais bien plus. Et même si les tropos sont modifiées si on n'est pas en aigu j'envoie plutôt chez un cardiologue en urgence. Enfin je trouve que pour la pratique de MG, le spécialiste qu'il faut avoir dans la poche c'est vraiment le cardio.

Entretien 6

- *Te souviens-tu d'une consultation où tu as suspecté un IDM ?*

Là non...

- *Alors c'est quoi pour toi une douleur typique d'IDM ?*

Constrictive, à l'effort, dans la poitrine et le bras.

- *Mais il y aurait d'autres symptômes qui y ferait penser ?*

Une dyspnée et je crois des troubles digestifs ou une douleur épigastrique mais je n'y penserai pas en premier.

- *Tu fais une différence entre les hommes et les femmes sur ces symptômes ?*

Je pense qu'il y a une prédominance masculine mais la douleur est la même je pense entre les sexes.

- *Une prédominance masculine ?*

Il y a plus d'hommes qui font des infarcts.

- *Ok mais du coup pour une même douleur, tu penserais plus à un infarct chez un homme ?*

Ah bonne question... peut-être oui. Je penserai plus à un infarct chez un homme. Mais ça dépend des facteurs de risque après être un homme est un facteur de risque.

- *Ok et en cabinet quelle est ton attitude face à un patient qui a une douleur thoracique suspecte ?*

Il faut voir la tolérance déjà. Ensuite si c'est typique, j'adresse immédiatement aux urgences. Si c'est moins typique c'est compliqué... le but ça va être de trouver un autre diagnostic... un ulcère, une névralgie, ou autre. Et si je ne trouve rien d'autre ben en général j'envoie aux urgences parce que je n'ai pas d'ecg aussi. Enfin tous les cabinets où j'ai travaillé, je n'ai jamais eu d'ecg et les tropes en ville je ne fais pas trop. Enfin je ne fais pas.

- *Ok et le transport aux urgences tu gères ça comment ?*

Si forte suspicion c'est le 15 et si suspicion moins forte, ça dépend où je suis mais en campagne, souvent c'est plus rapide si quelqu'un peut l'emmener.

- *Ok et l'ecg qu'en penses-tu ?*

Alors moi je n'ai vraiment jamais travaillé avec un ecg en libéral... mais je dirai que s'il est modifié raison de plus pour l'envoyer vite aux urgences mais s'il n'est pas modifié ça n'élimine

pas non plus la suspicion. Enfin ça ne change pas la prise en charge pour moi : si j'ai une forte suspicion, et qu'il n'est pas modifié je garde ma suspicion car si ce n'est pas fait par critique...

- *D'accord, et face à des symptômes atypiques ? malaise, dyspnée ? tu penses à l'infarct ?*

Franchement en cabinet l'infarct j'y pense sur la douleur.

- *En cas de symptômes atypiques le sexe du patient n'aide pas à prendre une décision ?*

Je ne pense pas même si je crois qu'il y a plus de signes atypiques chez la femme

- *Ok mais ça c'est une notion que tu as entendue où ?*

Alors je me souviens d'une pub au ciné avant le film qui parlait de ça. Du fait que la femme aussi faisait des infarctus alors qu'on ne s'y attendait pas.

- *Ok donc une notion qui vient du grand public ?*

Oui c'est ça.

- *Pour les patients asymptomatiques, quels sont tes critères pour les envoyer chez un cardiologue pour un premier bilan ?*

Ça dépend des facteurs de risque cardiovasculaire. Et de l'âge. Je commence vers 50 ans si le patient a des facteurs de risque. Sinon ça peut attendre. Et s'il fait du sport aussi vers 50 ans.

- *Tu penses ne pas faire de différence entre les hommes et les femmes ?*

Je crois qu'avant 60 ans la femme a moins de risque cardiovasculaire mais en pratique je les envoie aux mêmes âges je pense. Mais c'est vrai que je vois l'homme plus à risque cardiaque, moins assidu sur sa santé, plus fumeur. Et puis être un homme est un facteur de risque, être né homme, c'est vivre moins longtemps.

- *Est-ce que tu penses sensibiliser autant les hommes et les femmes sur les FDR CV notamment le tabac le poids ?*

J'essaye oui. Le tabac c'est vraiment monstrueux.

- *Et le diagnostic d'IDM est ce que tu trouves ça simple à faire au cabinet ?*

Non pas du tout. Un patient qui vient avec une douleur thoracique, l'objectif c'est d'éliminer ce diagnostic. De trouver autre chose.

- *Et tu aurais une idée pour faciliter le diagnostic ?*

Euh non. Enfin si peut-être savoir mieux quoi faire. Faire une sorte de score pour savoir ce qu'on doit faire et que ce soit moins chacun fait comme il le ressent.

Entretien 7

- *Pourrais-tu me raconter la dernière consultation où tu as suspecté un IDM ?*

C'était un homme de 60 ans qui est venu me voir le matin parce qu'il avait une douleur thoracique. L'ecg était fortement suspect parce qu'il y avait un sous décalage, je l'ai adressé à [...].

- *En transport médicalisé ?*

Alors non j'ai appelé le SAMU, mais il n'était pas ST + et il avait plus mal donc il y est allé de lui-même.

- *Du coup quels sont les critères d'une douleur thoracique qui t'évoquent une origine cardiaque ?*

L'oppression, nocturne souvent. La localisation, l'irradiation et surtout le terrain sur lequel ça apparaît.

- *Il y a d'autres symptômes qui t'évoquent un IDM ?*

Bah les douleurs épigastriques, les douleurs juste dans la mâchoires.

- *Tu avais déjà entendu parler de signes atypiques ?*

Oui mais surtout chez le diabétique avec l'infarctus silencieux. Et chez les femmes je crois que c'est moins souvent typique.

- *Tu connais des particularités liées au femmes ?*

Euh non... mais une fois j'ai eu une femme qui a eu un IDM et qui avait juste mal à la gorge.

- *Et au cabinet, quelle est ta prise en charge en cas de suspicion d'IDM ?*

Alors je fais un ECG. Si j'ai un ST plus, c'est simple j'appelle le SAMU. Si ce n'est pas ST+, j'appelle le cardiologue de garde, à [...] ça marche bien.

- *Du coup tu lui envoies l'ecg ?*

Ça dépend mais oui parfois je prends une photo et je lui envoie.

- *Ok et si les symptômes sont moins typiques ? douleur thoracique atypiques ou ecg non clair, que fais-tu ?*

Là c'est chiant. J'appelle souvent le cardio pour un avis. Et j'enverrai aussi aux urgences mais pas forcément médicalisé. J'appelle parfois aussi le 15 pour discuter de la meilleure prise en charge

- *Et l'ecg ?*

Il est systématique sauf si sujet très jeune avec douleur vraiment pas typique, reproductible à la palpation, etc...

- *Il y aurait d'autres examens que tu peux faire ?*

Alors 'essaye de pas faire de troponine. Ça m'arrive quand même sur des douleurs atypiques de plus de 12 heures. Mais si c'est moins j'envoie aux urgences

- *Est-ce que le sexe du patient peut t'aider ?*

Le fait que ce soit une femme va me rassurer. Je les vois comme à moins au risque cardiovasculaire.

- *Ok à n'importe quel âge ?*

Jusqu'à 60 ans au moins.

- *Ok et pour un patient lambda pour un premier bilan chez un cardiologue, tu l'adresses sous quels critères ?*

S'il est asymptomatique, s'il y a une accumulation de facteur de risque cardiovasculaire je dirai. Quelqu'un d'asymptomatique je l'envoie autour de 60 ans et s'il a plusieurs FDR, plutôt vers 50 ans.

- *Ok et tu fais une différence homme/femme ?*

Oui je pense. Les hommes je les envoie plus rapidement. Je vais avoir plus tendance à proposer un suivi cardio chez l'homme.

- *Tu penses traiter différemment les hommes et les femmes en prévention primaire ? Pour les statines par exemple ?*

C'est possible. Je suis peut-être plus tolérant avec les femmes sur les objectifs de LDL

- *Et pour aborder les FDRCV, le poids, le tabac, tu penses le faire pareil entre hommes et femmes ?*

Oui ça je pense. Pour le tabac ou la sédentarité j'en parle pareil. Juste le poids chez la femme ça va me demander plus d'effort. Mais c'est mes préjugés.

- *Penses-tu le diagnostic d'IDM facile à faire en cabinet ?*

Non franchement c'est pas facile du tout...

- *Ok et pour faciliter le diagnostic tu aurais des idées ?*

Euh... avoir des tropos au doigt ! ce qui m'aide c'est l'accès au cardiologue, on a toujours un cardio au bout du fil.

Je n'ai pas toujours confiance en l'ecg aussi, mais bon pour l'IDM ça va c'est facile.

- *Ok tu as autre chose à rajouter ?*

Non je pense qu'on a fait le tour.

Entretien 8

- *Est-ce que tu peux me raconter la dernière consultation où tu as suspecté un IDM chez un patient ?*

Alors j'ai vu un patient qui avait une dyspnée et un sous décalage connu, parce que je l'avais déjà vu la semaine dernière. J'ai appelé le 15 et les pompiers sont venus. En fait c'était une embolie pulmonaire mais quand les pompiers sont venus, ils ont ramassé une dame devant le cabinet qu'ils nous ont ramené mais contrairement au patient d'avant, elle elle n'était pas connue. Elle avait un sous-décalage dans toutes les dérivations latérales. Donc on a appelé le 15 mais ils voulaient l'envoyer à [...] qui a pas de plateau technique de cardio... bref au bout d'une heure on avait toujours pas de transport, on les a rappelé. En fait ils avaient oublié de nous envoyer quelqu'un... ils ont fini par envoyer les pompiers, même pas le SAMU... on a insisté pour qu'elle aille à [...] et c'était bien un infarctus.

- *D'accord et donc les symptômes de la dame c'était quoi ?*

Elle faisait des malaises, elle n'avait pas de douleur. Juste des malaises. Et elle avait 83 ans.

- *Ok, et la douleur thoracique qui t'évoquerait un IDM, quels sont ses critères pour toi ?*

Alors... elle est soit rétrosternale soit thoracique gauche. Elle peut irradier dans la mâchoire ou dans le bras. Avec une sensation d'oppression. Et elle n'est pas reproductible à la palpation.

- *Ok et il y a d'autres symptômes qui t'évoqueraient un infarctus ?*

Euh... une dyspnée à l'effort, d'apparition récente avec des co morbidités associés. Un malaise inexpliqué. Sinon je ne sais pas... ah et les douleurs épigastriques et dans le dos

- *Ok tu avais déjà entendu parler des signes atypiques ?*

Oui, je crois qu'on peut avoir des nausées aussi. Et des IDM sans douleurs aussi. Et je crois que ça touche plus les femmes mais pas sûre.

- *Très bien, et en cabinet quand tu as une suspicion d'IDM, quelle est ta prise en charge ?*

Alors je l'examine, je prends la tension, je regarde s'il a des œdèmes dans les jambes et je fais un electro. Si l'électro est normal et qu'il est suivi par un cardio, si la douleur est typique, j'appelle le cardio pour qu'il soit vu. Si la douleur est atypique, que l'ecg est normal que les constantes sont bonnes, ça m'est déjà arrivé de faire des tropes en ville. En marquant sur l'ordonnance que c'est urgent, pourquoi je le prescris... et je donne un courrier au patient avec les consignes. Ah et si c'est typique et que je n'ai pas de cardio j'appelle le 15

- *Ok et si la douleur n'est pas typique ? que fais-tu ?*

Je prescris un bilan bio, après ça dépend de l'heure, si c'est trop tard, j'envoie aux urgences.

- *Et bio, c'est trop du coup ?*

Euh oui. Mais si je n'ai vraiment pas trop de doute. Ce n'est jamais sorti positif

- *Ok et l'ecg c'est systématique pour toi ?*

Oui dès que je pense à un infarct ou une EP, je le fais

- *Donc tu en as un au cabinet ?*

Oui on en a un pour 4

- *Ça marche, ok. Et pour l'interprétation de l'ecg ça ne te pose pas de problème ?*

Euh ça va vu que j'ai fait un stage en cardio et sinon je demande un avis aux cardios

- *Et ça, demander un avis cardio, tu le fais facilement ?*

Oui j'en ai un pas loin de mon cabinet qui répond souvent et sinon j'appelle les cardios de [...]. Ils ont des urgences cardios et on peut envoyer un ecg.

- *D'accord et pour le transport tu fais comment ?*

Alors j'appelle le 15, mais généralement si c'est une grosse suspicion d'IDM, ils envoient une ambulance.

- *Ça t'est déjà arrivé de les envoyer par eux-mêmes aux urgences ?*

Euh pas pour des infarctus... après j'ai pas souvent des douleurs tho

- *Ok et face à des patients qui ont que des malaises ou une dyspnée, tu fais un ecg ? tu penses à l'infarctus ?*

Franchement ça dépend. C'est selon leurs antécédents. Un patient jeune, s'il n'a jamais eu d'ecg, j'en ferai sûrement un mais s'il en a déjà eu un qu'il a genre 15 ans, je ne ferai probablement pas. Mais une personne âgée avec antécédent de stent qui fait un malaise je fais souvent un ecg.

- *Ok et en cas de symptômes atypiques, est ce que le sexe du patient t'aide dans ta réflexion ?*

Euh non je pense pas. Mais peut-être qu'il faudrait.

- *Ok donc pour toi un homme et une femme ont les mêmes risques cardiovasculaires ?*

Ah euh... non alors les hommes ont quand même plus de risque mais en fait ça a tendance à s'équilibrer maintenant. Mais à 50 ans, les hommes je ferai peut-être plus gaffe.

- *Parce que tu les trouves plus à risque ?*

Et ben dans mes cours on disait qu'ils étaient plus à risque avec l'histoire de la ménopause et tout. Il y a quand même plus d'hommes qui fument mais bon en gros à partir de 60 ans je ne fais pas de grosse différence.

- *Ok et pour les patients asymptomatiques, selon quels critères tu les adresses chez un cardio pour un premier bilan ?*

Bah 50 ans. Souvent à partir de 50 ans

- *Quel que soit le risque CV. ?*

Ça dépend. Quelqu'un de sportif qui a aucun FDR, à 50 ans je lui fais sûrement un ecg et s'il est normal je ne l'enverrai pas immédiatement chez le cardio. Par contre un patient obèse, hypertendu et qui fume, je l'adresse clairement chez le cardio. Même parfois vers 40 ans s'il a beaucoup d'antécédents.

- *Ça marche, ok... et pour cela tu ne fais pas de différence entre les hommes et les femmes ?*

Je ne sais pas trop, je pense que ça dépend aussi de l'intuition.

- *Ok et pour le contrôle des risques cardiovasculaires, le tabac, le poids par exemple, tu penses avoir les mêmes objectifs entre les hommes et les femmes ?*

Euh... bonne question. Globalement je les interroge tous quand ils sont en surpoids sur comment ils mangent. Après les femmes sont souvent plus attentives à leur poids et vont plus faire des efforts alors que les hommes, ils sont plus distants. J'en parlerai quand même plus facilement avec une femme. Et puis au cabinet on a une infirmière azalée, donc je leur en parle et je les adresse chez elle s'ils sont en surpoids. Pour les gens en surpoids, ou diabétiques, c'est bien. Nous on n'a quand même pas trop le temps de faire cette prévention. Enfin je trouve que pour la prévention cardio vasculaire c'est hyper chouette. Ces personnes-là sont formées, elles ont le temps d'en parler donc c'est bien. Nous quand on voit un patient pour une grippe ou un certif, qu'on a 15 minutes, c'est quand même dur de prendre le temps de faire de la prévention.

- *Ok et dernière question : le diagnostic d'IDM en cabinet ; qu'en penses-tu ? des difficultés ? des idées pour changer ou faciliter les choses ?*

Je trouve que ce n'est pas facile. Quand j'étais aux urgences on nous emmenait les gens sur un plateau doré : genre ils ont des douleurs thoraciques. Alors que nous on a les infarctus atypiques, par exemple les gens qui tombent. Enfin. C'est rare que ce soit typique. Enfin les douleurs typiques, les gens appellent le 15. Et en cabinet déjà il faut avoir un ecg, moi j'en ai

un alors ça va. Et on n'a pas forcément le temps de se poser et de se dire à lui c'est bizarre ça pourrait être un infarct.

- *Oui c'est vrai il y en a surement qui passent à l'asse parce qu'on manque de temps.*

Oui clairement je pense.

- *Ok et tu as des idées pour faciliter la prise ne charge au cabinet ?*

Oui enfin c'est utopique... surtout que souvent c'est des patients qui nous disent en dernière minute qu'ils ont de douleurs thoraciques... mais ce serait bien d'avoir des consult plus longues... seulement on est sur rdv et on ne peut pas bloquer une demi-heure pour des rhumes. Et après il y a la bio, là où je travaille le labo est ouvert que le matin, donc certains, l'après-midi ils n'y vont pas s'ils doivent aller plus loin. Et peut-être aussi être plus formé sur la douleur atypique, parce que la douleur typique tout le monde la connait mais la douleur atypique, franchement on ne sait pas trop. Et peut-être sensibiliser les gens aussi.

Entretien 9

- *Pourrais-tu me raconter la dernière consultation à laquelle tu penses où tu aurais suspecté un IDM ? si tu en as une qui te revient ?*

Oui alors... j'ai eu un monsieur d'environ 65 ans qui est venu un après-midi en consultation car ça faisait 3 jours qu'il avait mal à la poitrine. J'ai fait un ecg, il y avait un sus décalage. J'ai fait venir ma collègue qui voyait la même chose que moi. J'ai appelé le 15, ils sont venus. Bon ça m'a un peu choqué parce que la SAMU qui est venu s'est foutu de ma gueule parce que soi-disant il n'y avait pas de sus décalage... enfin il a fini en coro quand même quoi

- *D'accord, donc c'était un homme qui présentait des douleurs thoraciques. Pour toi, c'est quoi les critères de la douleur thoracique typique d'IDM ?*

C'est une douleur rétrosternale, constrictive qui irradie dans le bras gauche et la mâchoire.

- *Il y a d'autres symptômes qui te ferait évoquer un IDM ?*

Euh oui... une fibrillation par exemple, la personne vient pour ça et il y a un IDM derrière. Ou alors des palpitations. Ou des sueurs, ou de la dyspnée... quoi d'autres ? ... des douleurs épigastriques. Qu'est-ce que j'ai vu d'autres ? ... des douleurs abdo aussi.

- *Ok ok et donc tu avais déjà entendu parlé des signes atypiques ?*

Oui mais c'est super difficile d'y penser.

- *Tu savais qu'ils touchaient plus un sexe que l'autre ?*

Alors c'est plus atypique chez la femme. Je ne suis même pas sûre d'avoir déjà vu un infarct chez une femme.

- *Et ces notions de symptômes plus atypiques chez les femmes ça vient d'où ?*

De l'expérience et du stage d'internat aux urgences où on nous disait d'être attentif à ça. En cours on a dû nous dire que c'était plus atypique chez la femme mais c'est tout.

- *Ok et en cabinet face à un patient qui a une douleur typique, quelle est ta prise en charge ?*

Ça dépend du terrain. Ça commence par un examen clinique et un ecg. Ensuite ça dépend de l'ecg. S'il est patho, c'est SAU via transfert médicalisé. Si l'ecg est normal, c'est moins conventionnel... enfin si c'est conventionnel mais on ne devrait pas le faire. C'est que ça finit avec des tropo, D Dimères et BNP en ville

- *Pourquoi tu dis qu'on ne devrait pas le faire ?*

Parce qu'on est censé envoyer aux urgences quand on pense à un infarct mais que si tous les jours j'envoie mes suspi aux urgences, je pense qu'ils vont me tuer.

- *Ok oui. Et si la douleur est moins typique, que fais-tu ?*

Alors je fais vraiment régulièrement l'ecg. Dans les cabinets où je remplace il est quasi toujours dispo. J'en fais surement trop. Les D Dimères je suis moins fan, ça m'embête souvent. Mais bon dès que j'ai un doute c'est prise de sang en urgence.

- *Ok et est-ce que tu penses que le sexe du patient peut t'orienter dans une suspicion d'IDM ?*

Franchement je ne crois pas et je pense être mauvaise là-dessus. Je pense justement faire plus d'ecg chez les hommes.

- *Pourquoi ?*

Parce que j'ai plus souvent des hommes avec un profile à risque cardio. Souvent tabagique, avec un surpoids.

- *Ok donc pour toi les hommes sont plus à risque cardiovasculaire ?*

Oui mais ça dépend, si maintenant j'ai une femme de 55 ans qui a clopé toute sa vie, bah on est au même stade mais je trouve quand même que les hommes sont plus à risque. Enfin les femmes ont moins le profil de l'infarct.

- *Ok quel que soit l'âge ?*

Euh oui je pense.

- *Ok et les patients asymptomatiques, tu as des critères pour les envoyer faire un premier bilan chez un cardiologue ?*

Alors... c'est les sportifs, je suis assez les recos ECG clic pour tout ce qui est sport. Vers 35 ans je les envoie tous pour épreuve d'effort chez le cardiologue. S'ils ne sont pas sportifs, dès que je suspecte une HTA, des douleurs tho, une dyspnée, j'envoie facilement chez le cardio parce que les rdvs sont très longs. Après si la personne n'a rien de spécial, je ne l'envoie pas systématiquement chez le cardio.

- *Ok je ne connaissais pas ECG clic, qu'est-ce que c'est ?*

Alors c'est super bien, ça aide à savoir quoi faire avec les ecg et ça donne les recos pour tous les combien de temps on doit faire un ecg aux patients.

- *Ah top merci pour cette info. Ok et tu penses envoyer les hommes et les femmes aux mêmes âges chez le cardio ?*

Oui je pense, alors il y a juste un petit biais. Je trouve que les femmes sont quand même plus atteintes de syndrome anxieux avec des manifestations type palpitations donc je pense que j'envoie plus facilement les femmes, même les femmes jeunes qui auraient pas du tout besoin de voir un cardio.

- *Ok donc quand tu soupçonnes une manifestation anxieuse, tu les envoies quand même chez le cardio ?*

Oui je préfère, elles font tout le bilan et si c'est normal, la prochaine fois ce sera l'angoisse et c'est tout.

- *D'accord, et est-ce que tu penses avoir les mêmes objectifs de contrôle des FDR CV chez les femmes que chez les hommes ?*

Alors peut-être que j'insiste moins sur le sport chez les femmes mais encore je ne suis pas sûre, après l'eal, c'est pareil. J'insiste sur le poids aussi chez les deux... je ne pense pas faire de différence.

- *Très bien et ce diagnostic d'IDM au cabinet, tu trouves ça facile ? ou quelles sont les difficultés pour toi ?*

Euh... je dirai qu'à moins d'avoir un ST + typique, c'est quand même compliqué. Tu l'évoques souvent et souvent ça ne donne rien et le plus difficile je trouve c'est l'accès aux soins, tu te retrouves à appeler des ambulances à négocier pour que ce soit médicalisé...

- *Ok et tu penses avoir accès facilement à un cardio ?*

Non chez moi c'est difficile. Je n'ai jamais eu de cardio qui m'a pris un patient dans la journée. La dernière fois j'ai appelé pour un homme de 53 ans en FA, ils m'ont fait faire un bilan en ville et il a été vu par le cardio un mois plus tard.

- *Ok donc c'est toujours le 15 pour toi en cas de suspi d'IDM ?*

Ah oui toujours le 15.

- *Ok et tu aurais quelque chose à ajouter ?*

Non c'est bon.

Entretien 10

- *Pour commencer, peux-tu me raconter la dernière consultation dont tu te souviens où tu pu suspecter un IDM ?*

Alors oui, je peux... c'était une femme, dans les soixante ans environ... elle m'a appelé un matin au cabinet. C'était un mercredi et je n'ai pas mon assistante le mercredi donc je réponds au téléphone moi-même. Donc je me souviens je l'ai eu au téléphone. Elle me disait qu'elle se sentait mal depuis la nuit, elle s'était réveillée en sueurs avec l'impression d'avoir un gros poids sur la poitrine. Mais ce n'était pas vraiment une douleur, juste un poids... et comme ça passait pas, elle m'appelait parce qu'elle voulait être sûre que ce n'était rien de grave. Donc je l'ai vue au cabinet, et bon... en fait je sentais qu'elle avait vraiment quelque chose, elle était pâle et je ne sais pas, je le sentais mal. J'ai fait un ECG parce qu'elle était fumeuse aussi. Et j'avais un sus décalage je crois. Enfin j'ai appelé le SAMU et elle a été stenté il me semble.

- *D'accord, donc c'était une femme et elle n'avait finalement pas de douleur thoracique typique mais tu as pensé à un infarctus ?*

Oui alors c'est vrai j'y ai pensé parce qu'elle me décrivait vraiment l'oppression, elle me disait que c'était comme si quelqu'un s'était assis sur sa poitrine. Et comme elle fumait... bah j'ai fait l'ECG.

- *Ok et du coup pour toi une douleur typique, qu'est-ce que c'est ?*

Alors... c'est une douleur thoracique, qui peut être à gauche ou rétrosternale. Qui serre. Qui peut irradier dans le bras ou la mâchoire. Et la douleur dure quand même longtemps, enfin ce n'est pas une douleur qui passe en quelques secondes.

- *D'accord, est-ce qu'il y a d'autre symptôme qui te ferait penser à un IDM ?*

Euh oui, des sueurs déjà comme la dame et puis un malaise surtout si il y a perte de connaissance, et puis une dyspnée je dirai. Et des douleurs épigastriques ou dans le dos.

- *D'accord, et pense-tu qu'il puisse y avoir une différence entre les hommes et les femmes dans le tableau clinique ?*

Euh... non je ne pense pas faire de différence, non.

- *D'accord, et as-tu déjà entendu parler des signes atypiques lors d'un SCA ?*

Oui mais justement les sueurs, ou les malaises ou les douleurs dorsales pour moi c'est des signes atypiques.

- *D'accord et tu en as entendu parler comment ?*

Alors là... aucune idée... les études peut-être enfin ça fait loin, je sais plus trop désolé.

- *Pas de souci, et en cabinet, quelle serait ton attitude face à un patient qui a une douleur thoracique que tu suspectes d'origine cardio vasculaire ?*

Alors bonne question. Face à une douleur thoracique, en général je vérifie que le patient soit stable déjà. Ensuite je fais un électro, ça c'est systématique en cas de douleur thoracique. Et après ça dépend de l'électro... si l'électro montre des signes d'infarctus, là c'est direct à l'hôpital. J'appelle le SAMU et je demande un transport médicalisé. Par contre si l'ecg est normal... ça dépend de plein de chose : si le patient est à risque cardiaque élevé ou pas... donc ça dépend des facteurs de risques. Je dirai que si c'est un homme, obèse, de 60 ans, je ne me pose pas trop de question, j'envoie quand même aux urgences. Mais si c'est un jeune sportif de 30 ans, là si l'électro est normal je ne fais pas grand-chose. Peut-être une troponine quand même.

- *Une troponine ?*

Oui alors ça m'arrive d'en demander au laboratoire, si le patient a une douleur qui m'évoque un syndrome coronarien et que j'ai un ECG normal... et que je n'y crois pas trop quand même... alors souvent je demande une troponine en ville, pour être sûr que c'est vraiment pas cardiaque

- *D'accord. Et tu avvertis tes patients du coup de quoi faire si le résultat est positif ?*

Oui oui je leur dis d'être bien attentif au résultat, que si c'est positif c'est direction les urgences mais que le labo ou moi, on devrait les appeler aussi.

- *D'accord, et en dehors de tout contexte d'IDM, Sous quels critères, adresses-tu habituellement tes patients asymptomatiques chez un cardiologue pour un premier bilan ?*

Alors, ça dépend de pas mal de critères. Déjà l'âge, parce que vers 60 ans j'envoie quand même plus rapidement qu'à 30 ans... et ensuite des facteurs de risque cardio vasculaire. Souvent à la découverte d'un facteur de risque... par exemple un diabète, je demande un bilan chez un cardio.

- *Ok et les sportifs, tu les envoies aussi plus rapidement chez le cardiologue ?*

Euh pas vraiment, ça dépend quel sport... si c'est un sport à risque oui comme le parachutisme. Mais sinon je considère que ça les protège plutôt le sport.

- *Ok et tu fais une différence entre les hommes et les femmes ?*

Euh... non je ne pense pas.

- *Ok. Concernant la prévention cardio vasculaire, évoques-tu les facteurs de risques de la même manière avec les hommes et les femmes ? par exemple pour le poids, la sédentarité, tu en parles de la même façon ?*

Oui je pense. Enfin ça ne me pose pas de problème ça.

- *Ok et le tabac, le. Diabète, l'hypertension ? tu ne penses pas avoir un discours préventif différent entre les hommes et les femmes ?*

Non en général pour ça je ne fais pas de différence entre les hommes et les femmes.

- *Ok. Est-ce que tu trouves finalement que le diagnostic n'est pas évident à faire au cabinet ?*

Clairement, ce n'est vraiment pas simple finalement car on y pense souvent. Effectivement ça peut avoir pleins de symptômes, donc on l'évoque... souvent. Mais c'est compliqué de savoir où mettre le curseur. Quand est-ce qu'on explore ou quand on ne doit pas le faire. Je pense que j'ai dû en laisser passer quelques-uns parce que clairement je ne vais pas chercher un infarctus à chaque douleur dorsale... mais bon si on le fait, on s'arrête plus.

- *Effectivement... aurais tu des idées pour faciliter ce diagnostic ?*

Pas vraiment, enfin peut-être avoir plus de temps pour l'évoquer en consultation. Finalement si je ne l'évoque pas devant les dorsalgies c'est aussi parce que je n'ai pas le temps de faire un ecg à tout le monde... si j'avais une demi-heure par patient e le chercherai plus souvent... enfin ça c'est toutes les raisons de la grève... (rire)

Entretien 11

- *Alors, pour commencer, peux-tu me raconter une consultation, où tu as suspecté un infarctus ?*

Oui alors, je réfléchis... j'ai eu un patient cet été, qui est venu pour des douleurs dans le bras gauche. Alors en fait c'était un patient d'environ 60 ans, qui était BPCO et tabagique plus plus. Il est venu en consultation en me parlant d'une douleur dans l'épaule gauche qui irradiait dans le bras gauche depuis quelques jours. Bon j'ai pensé tout de suite à un infarctus, vu le terrain. Il était aussi dyspnéique, avec une sat pas top je crois autour de 90 91, mais bon si ça se trouve il avait toujours ce genre de sat. Enfin je ne le sentais pas, je l'ai envoyé aux urgences. Ici on a des urgences juste à côté. Mais bon il s'est avéré que c'était pas cardiaque, il avait une tendinite ou je ne sais plus vraiment, mais c'était pas cardiaque.

- *D'accord, mais finalement, ce patient il n'avait pas de douleur thoracique et tu as quand même pensé que c'était cardiaque c'est ça ?*

Oui à cause de l'irradiation dans le bras et de la dyspnée... et du terrain. En plus c'était un patient qui avait un très mauvais suivi avec refus d'aller chez le cardio alors qu'on avait déjà essayé de l'y envoyer.

- *Ok mais pour toi il y a d'autres signes alors que la douleur thoracique qui te font penser à un infarctus ?*

Alors oui... après ça dépend beaucoup du terrain. Un patient jeune en pleine forme, je pense que je n'aurai jamais évoqué un infarctus. Mais oui sinon... je dirai des douleurs dans l'épaule et le bras gauche du coup, la dyspnée aussi... une grosse douleur épigastrique également ou dans le dos. Voilà, j'en oublie sûrement.

- *Alors là tu m'as évoqué ce qu'on appelle les signes atypiques dans l'IDM. Tu avais déjà entendu parler de ces termes ?*

Oui... oui ça me parle un peu.

- *Tu sais d'où tu as cette connaissance ? enfin où tu en as entendu parler ?*

Je crois que j'en ai entendu parler dans une pub, il y en avait une, je me souviens... avec un homme qui danse et on pense que c'est lui qui va faire un infarctus, il est obèse... mais en fait c'est la femme à côté qui s'écroule

- *D'accord, et tu penses que ça touche plus les hommes ou les femmes ?*

Euh du coup pour les femmes je pense que c'était l'idée de cette pub. Après je pense que je fais toujours plus gaffe avec les hommes.

- *Comment cela ?*

Bah typiquement le patient dont je t'ai parlé. Profile tabagique, mal suivi... eux je m'en méfie comme la peste ! Les femmes en général sont plus fiables sur leur suivi... enfin ça dépend quand même beaucoup des gens.

- *D'accord, et du coup au cabinet, lorsque tu suspectes un IDM ou un SCA que fais tu ?*

Alors ça dépend de pleins de choses. Déjà est-ce que le patient est stable ? Est-ce qu'il a des douleurs au moment de la consultation ? S'il a des douleurs, j'appelle tout de suite le 15, c'est arrivé quelques fois et globalement tu pries en les attendant. Si ça semble moins urgent, bah ça dépend si je pense que c'est un infarctus ou si j'ai des doutes. Si je pense que c'est un infarctus c'est les urgences, du coup j'appelle le 15 aussi. Si je n'y crois pas, souvent j'essaye de voir avec un cardiologue. Je n'ai pas d'ECG donc je fais comme je peux. S'ils sont suivis par un cardio c'est bien je l'appelle et j'essaye d'avoir rapidement un rendez-vous. Sinon ça dépend. Souvent je leur programme quand même une consultation chez un cardio rapidement. Et parfois je fais une tropo en ville.

- *Une tropo ?*

Oui alors la tropo en ville je la fais de plus en plus. Surtout si c'est atypique, que je n'aurai pas envoyé aux urgences de toute façon, parce que je n'y croyais pas, mais que je veux quand même être sûre à 100%.

- *D'accord et tu la fais du coup aussi sur des malaises, des épigastalgies ou d'autres signes atypiques ?*

Alors la tropo en ville je crois que je l'ai faite jusqu'à maintenant que sur des douleurs thoraciques atypiques, je ne l'ai jamais faite sur d'autres symptômes.

- *D'accord, et le transport aux urgences, c'est toujours médicalisé ?*

Euh j'essaye, mais bon les urgences sont à côté donc parfois s'ils sont accompagnés ils y vont tout seul... et s'ils sont pas instable.

- *Ok, maintenant concernant les patients asymptomatiques, as-tu des critères particuliers pour les envoyer faire un premier bilan chez un cardio ?*

Alors... ça dépend surtout du terrain... s'ils fument, s'ils boivent, des antécédents familiaux... je les envoie si je ne le sens pas en fait. Je n'ai pas de règle stricte.

- *Ok, et tu ne fais pas de différence entre les hommes et les femmes ?*

Bonne question... si peut-être, parce que comme dit, j'ai souvent des hommes plus lourds je trouve... avec le profile cardio vasculaire à risque qui va bien. Donc oui peut-être que je les envoie un peu plus souvent.

- *D'accord, et tu penses sensibiliser les hommes et les femmes de la même manière, côté prévention cardiovasculaire ? Au tabac, au diabète, etc ?*

Oui ça je crois, je fais en fonction de leurs risques.

- *Ok, et finalement le diagnostic d'IDM à faire au cabinet, qu'en penses-tu ?*

Euh pas évident ! Enfin je pense qu'avec un ECG ce serait plus simple mais j'en fais plus depuis longtemps donc je saurai plus les interpréter. Mais du coup, j'envoie beaucoup aux urgences pour ça et c'est vrai que ce n'est souvent pas ça.

- *D'accord, et tu aurais des idées pour faciliter le diagnostic ?*

Eh bien, savoir lire un ECG. Sinon je ne sais pas trop.

Bibliographie

1. Compagnon C, Maurel O. Livre blanc. Paris : Fédération française de cardiologie; 2014, 225 p.
2. Mounier-Vehier C, Boudghene F, Delsart P, Claisse G, Kpogbemadou N, Debarge V, et al. Cœur, artères et femmes, un circuit de soins dédié aux femmes à risque cardiovasculaire. *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie*. juin 2014;63(3):192-6.
3. Jneid H, Fonarow GC, Cannon CP, Hernandez AF, Palacios IF, Marea AO, et al. Sex Differences in Medical Care and Early Death After Acute Myocardial Infarction. *Circulation*. 16 déc 2008;118(25):2803-10.
4. Gabet A, Danchin N, Olié V. Infarctus du myocarde chez la femme : évolutions des taux d'hospitalisation et de mortalité, France, 2002-2013 [En ligne] ; sept 2015. Disponible sur : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2016/7-8/2016_7-8_1.html
5. FFC. Maladie cardiovasculaire : les femmes de moins en moins épargnées [En ligne] ; 27 oct 2016 [Modifié le 12 août 2021]. Disponible sur : <https://www.fedecardio.org/presse/maladie-cardiovasculaire-les-femmes-de-moins-en-moins-epargnees/>
6. Pancholy SB, Shantha GPS, Patel T, Cheskin LJ. Sex Differences in Short-term and Long-term All-Cause Mortality Among Patients With ST-Segment Elevation Myocardial Infarction Treated by Primary Percutaneous Intervention: A Meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 1 nov 2014;174(11):1822.
7. Canto JG. Prevalence, Clinical Characteristics, and Mortality Among Patients With Myocardial Infarction Presenting Without Chest Pain. *JAMA*. 28 juin 2000;283(24):3223.
8. Canto JG. Symptom Presentation of Women With Acute Coronary Syndromes: Myth vs Reality. *Arch Intern Med*. 10 déc 2007;167(22):2405.
9. Institut de cardiologie de l'université d'Ottawa. Syndrome coronarien aigu [En ligne] ; juil 2021. Disponible sur : <https://www.ottawaheart.ca/fr/maladie-du-c%5%93ur/syndrome-coronarien-aigu>
10. Sweis RN. Angor instable [En ligne] ; juin 2022. Disponible sur : <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-cardiovasculaires/coronaropathie/angor-instable>

11. Simon T, Puymirat E, Lucke V, Bouabdallaoui N, Lognoné T, Aissaoui N, et al. L'infarctus du myocarde chez la femme. Caractéristiques spécifiques, prise en charge et pronostic. Données de FAST-MI 2010. *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie*. août 2013;62(4):221-6.
12. Blomkalns AL, Chen AY, Hochman JS, Peterson ED, Trynosky K, Diercks DB, et al. Gender disparities in the diagnosis and treatment of non–ST-segment elevation acute coronary syndromes. *Journal of the American College of Cardiology*. mars 2005;45(6):832-7.
13. Khan NA. Sex Differences in Acute Coronary Syndrome Symptom Presentation in Young Patients. *JAMA*. 2013 Nov 11;173(20):1863-71.
14. Mosca L, Benjamin EJ, Berra K, Bezanson JL, Dolor RJ, Lloyd-Jones DM, et al. Effectiveness-based guidelines for the prevention of cardiovascular disease in women--2011 update: a guideline from the american heart association. *Circulation*. 22 mars 2011;123(11):1243-62.
15. Maas AHEM, van der Schouw YT, Regitz-Zagrosek V, Swahn E, Appelman YE, Pasterkamp G, et al. Red alert for women's heart: the urgent need for more research and knowledge on cardiovascular disease in women: Proceedings of the Workshop held in Brussels on Gender Differences in Cardiovascular disease, 29 September 2010. *European Heart Journal*. 1 juin 2011;32(11):1362-8.
16. Ferrari R, Abergel H, Ford I, Fox KM, Greenlaw N, Steg PhG, et al. Gender- and age-related differences in clinical presentation and management of outpatients with stable coronary artery disease. *International Journal of Cardiology*. sept 2013;167(6):2938-43.
17. DeFilippis EM, Collins BL, Singh A, Biery DW, Fatima A, Qamar A, et al. Women who experience a myocardial infarction at a young age have worse outcomes compared with men: the Mass General Brigham YOUNG-MI registry. *European Heart Journal*. 7 nov 2020;41(42):4127-37.
18. Gulati M, Levy P, Mukherjee D, Amsterdam E and al. Guideline for the Evaluation and Diagnosis of Chest Pain: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2021 Nov 30;144(22):e368-e454.
19. Säfström K, Swahn E, Lindahl B. Risk stratification in unstable coronary artery disease. *Journal of the American College of Cardiology*. juin 2000;35(7):1791-800.
20. Safdar B, Nagurney JT, Anise A, DeVon HA, D'Onofrio G, Hess EP, et al. Gender-specific

Research for Emergency Diagnosis and Management of Ischemic Heart Disease: Proceedings from the 2014 *Academic Emergency Medicine* Consensus Conference Cardiovascular Research Workgroup. Miner J, éditeur. Acad Emerg Med. déc 2014;21(12):1350-60.

21. Wiviott SD, Cannon CP, Morrow DA, Murphy SA, Gibson CM, McCabe CH, et al. Differential Expression of Cardiac Biomarkers by Gender in Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction: A TACTICS-TIMI 18 (Treat Angina with Aggrastat and determine Cost of Therapy with an Invasive or Conservative Strategy—Thrombolysis In Myocardial Infarction 18) Substudy. *Circulation*. 10 févr 2004;109(5):580-6.

22. Roque D, Ferreira J, Monteiro S, Costa M, Gil V. Understanding a woman's heart: Lessons from 14 177 women with acute coronary syndrome. *Portugese Society of Cardiology*. fev 2020 ;39(2):57-72.

23. Dey S, Flather MD, Devlin G, Brieger D, Gurfinkel EP, Steg PG, et al. Sex-related differences in the presentation, treatment and outcomes among patients with acute coronary syndromes: the Global Registry of Acute Coronary Events. *Heart*. 27 août 2008;95(1):20-6.

24. Coventry LL, Bremner AP, Jacobs IG, Finn J. Myocardial Infarction: Sex Differences in Symptoms Reported to Emergency Dispatch. *Prehospital Emergency Care*. 6 mars 2013;17(2):193-202.

25. Koopman C, Vaartjes I, Heintjes EM, Spiering W, van Dis I, Herings RMC, et al. Persisting gender differences and attenuating age differences in cardiovascular drug use for prevention and treatment of coronary heart disease, 1998–2010. *European Heart Journal*. 1 nov 2013;34(41):3198-205.

26. Prise en charge de l'infarctus du myocarde à la phase aiguë en dehors des services de cardiologie. *La Presse Médicale*. juin 2007;36(6):1029-37.

27. Meisel ZF, Armstrong K, Crawford Mechem C, Shofer FS, Peacock N, Facenda K, et al. Influence of Sex on the Out-of-hospital Management of Chest Pain. *Academic Emergency Medicine*. janv 2010;17(1):80-7.

28. Swap CJ. Value and Limitations of Chest Pain History in the Evaluation of Patients With Suspected Acute Coronary Syndromes. *JAMA*. 23 nov 2005;294(20):2623.

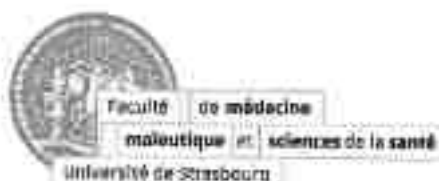
29. Rubini Gimenez M, Reiter M, Twerenbold R, Reichlin T, Wildi K, Haaf P, et al. Sex-Specific Chest Pain Characteristics in the Early Diagnosis of Acute Myocardial Infarction. *JAMA Intern Med*. 1 févr 2014;174(2):241.

30. DeVon HA, Rosenfeld A, Steffen AD, Daya M. Sensitivity, Specificity, and Sex Differences in Symptoms Reported on the 13-Item Acute Coronary Syndrome Checklist [En ligne]. *JAHA*. 24 mars 2014 [cité 8 avr 2021];3(2). Disponible sur: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/JAHA.113.000586>
31. El-Menyar A, Zubaid M, Sulaiman K, AlMahmeed W, Singh R, Alsheikh-Ali AA, et al. Atypical presentation of acute coronary syndrome: A significant independent predictor of in-hospital mortality. *Journal of Cardiology*. mars 2011;57(2):165-71.
32. Greenslade JH, Cullen L, Parsonage W, Reid CM, Body R, Richards M, et al. Examining the Signs and Symptoms Experienced by Individuals With Suspected Acute Coronary Syndrome in the Asia-Pacific Region: A Prospective Observational Study. *Annals of Emergency Medicine*. déc 2012;60(6):777-785.e3.
33. Shin JY, Martin R, Suls J. Meta-analytic evaluation of gender differences and symptom measurement strategies in acute coronary syndromes. *Heart & Lung*. juill 2010;39(4):283-95.
34. Canto JG, Rogers WJ, Goldberg RJ, Peterson ED, Wenger NK, Vaccarino V, et al. Association of Age and Sex With Myocardial Infarction Symptom Presentation and In-Hospital Mortality. *JAMA* [Internet]. 22 févr 2012 [cité 14 janv 2021];307(8). Disponible sur: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2012.199>
35. Brieger D, Eagle KA, Goodman SG, Steg PG, Budaj A, White K, et al. Acute Coronary Syndromes Without Chest Pain, An Underdiagnosed and Undertreated High-Risk Group. *Chest*. août 2004;126(2):461-9.
36. Arslanian-Engoren C, Engoren M. Physiological and anatomical bases for sex differences in pain and nausea as presenting symptoms of acute coronary syndromes. *Heart & Lung*. sept 2010;39(5):386-93.
37. Ferry AV, Anand A, Strachan FE, Mooney L, Stewart SD, Marshall L, et al. Presenting Symptoms in Men and Women Diagnosed With Myocardial Infarction Using Sex-Specific Criteria. *JAHA*. 3 sept 2019;8(17):e012307.
38. Lichtman JH, Leifheit EC, Safdar B, Bao H, Krumholz HM, Lorenze NP, et al. Sex Differences in the Presentation and Perception of Symptoms Among Young Patients With Myocardial Infarction: Evidence from the VIRGO Study (Variation in Recovery: Role of Gender on Outcomes of Young AMI Patients). *Circulation*. 20 févr 2018;137(8):781-90.
39. Khan NA, Daskalopoulou SS, Karp I, Eisenberg MJ, Pelletier R, Tsadok MA, et al. Sex differences in prodromal symptoms in acute coronary syndrome in patients aged 55 years or younger. *Heart*. juin 2017;103(11):863-9.

40. Foulst JM. Physiopathologie d'une sténose coronaire significative. Réalités cardiologiques. 2007 Nov 30.
41. Korsia-Meffre Stéphane. Syndrome du cœur brisé (de Takotsubo) : publication d'un consensus d'experts, mais des questions demeurent [En ligne] ; 14 juil 2018. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/22737-syndrome-du-c-ur-brise-de-takotsubo-publication-d-un-consensus-d-experts-mais-des-questions-demeurent.html>
42. Ghadri JR, Wittstein IS, Prasad A, Sharkey S, Dote K, Akashi YJ, et al. International Expert Consensus Document on Takotsubo Syndrome (Part I): Clinical Characteristics, Diagnostic Criteria, and Pathophysiology. *European Heart Journal*. 7 juin 2018;39(22):2032-46.
43. Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, Guerin M, Mercier A. ECOGEN : étude des Éléments de la Consultation en médecine Générale. *Exercer* 2014;114:148-57.
44. Mounier-Vehier Claire. Les symptômes atypiques de l'infarctus chez la femme [En ligne] ; 9 nov 2016 [Modifié le 21 mai 2021]. Disponible sur : <https://fedecardio.org/les-symptomes-atypiques-de-l-infarctus-chez-la-femme/>
45. HAS. Prise en charge de l'infarctus du myocarde à la phase aiguë en dehors des services de cardiologie [En ligne] ; nov 2006. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_484720/fr/prise-en-charge-de-l-infarctus-du-myocarde-a-la-phase-aigue-en-dehors-des-services-de-cardiologie
46. HAS. Prise en charge de l'infarctus du myocarde à la phase aiguë en dehors des services de cardiologie. *La Presse Médicale*. juin 2007;36(6):1029-37.
47. Taboulet Pierre. SCA 3a. Non ST+ [En ligne] ; 23 août 2022. Disponible sur: <https://www.e-cardiogram.com/sca-non-st-1-aspects-ecg/>
48. Cretallaz Pierre. Facteurs limitant l'équipement en électrocardiographe en médecine générale : étude nationale épidémiologique incluant 684 médecins généralistes libéraux. [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Nice (FRA) : université de Nice ; 5 oct 2015.
49. Barbu Ewen. Indications de la réalisation d'un ECG en médecine générale : une étude rétrospective descriptive dans un cabinet de médecine générale parisien. [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Paris (FRA) : université de Paris Descartes ; 14 mai 2019.

50. Breuil-Grenier Pascale. La durée des séances des médecins généralistes | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [En ligne]. 01 mai 2006. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-duree-des-seances-des-medecins-generalistes>
51. Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *European Heart Journal*. 7 janv 2018;39(2):119-77.
52. Raeppe Fanny. Le dosage de la troponine en médecine ambulatoire : évaluation des pratiques professionnelles en Lorraine. [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Nancy (FRA) : université de Nancy ; 1 mars 2019.
53. Boleis Aude. Dosage de troponine positive réalisé en ambulatoire : analyse des patients adressés aux urgences et conséquences sur le délai de prise en charge. [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Saint-Pierre (FRA) : université de la Réunion ; 27 août 2018.
54. Carteret Guillaume. Analyse du dosage de la troponine en situation de soins primaires. [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Angers (FRA) : université d'Anger ; 6 juin 2013.
55. Fox KAA, Dabbous OH, Goldberg RJ, Pieper KS, Eagle KA, Van de Werf F, et al. Prediction of risk of death and myocardial infarction in the six months after presentation with acute coronary syndrome: prospective multinational observational study (GRACE). *BMJ*. 25 nov 2006;333(7578):1091.
56. Antman EM, Cohen M, Bernink PJLM, McCabe CH, Horacek T, Papuchis G, et al. The TIMI Risk Score for Unstable Angina/Non-ST Elevation MI: A Method for Prognostication and Therapeutic Decision Making. *JAMA*. 16 août 2000;284(7):835.
57. Backus BE, Six AJ, Kelder JC, Bosschaert MAR, Mast EG, Mosterd A, et al. A prospective validation of the HEART score for chest pain patients at the emergency department. *International Journal of Cardiology*. oct 2013;168(3):2153-8.
58. Offner M, Skoulios M, Fritsch M. Evaluation d'un test rapide qualitatif de détection de la troponine Ic TROPONITEST® (ALLDIAG) en comparaison des mesures effectuées sur l'appareil RXL (Dimension Dade Behring). *Bio trib mag*. févr 2005;14(1):12-6.

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : LEME Prénom : Camille

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il seisisse la juridiction disciplinaire compétente.

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université.

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou

Signature originale :

à Soultzmatt le 29/04/25

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

Objectif : les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité des femmes en Europe et une femme sur cinq décède d'un infarctus du myocarde. La littérature révèle de grandes disparités dans les symptômes, les traitements et la prévention des syndromes coronariens entre les hommes et les femmes. Qu'en est-il des connaissances des médecins généralistes au sujet de ces différences ? Leur prise en charge s'adaptent-elles en fonction des spécificités cardiaques liées au sexe de leurs patients ?

Matériel et Méthode : une étude qualitative auprès de onze médecins généralistes alsaciens, a été menée via des entretiens semi-dirigés.

Résultats : La majorité des médecins interrogés avait connaissance des symptômes atypiques du syndrome coronarien aigu, prépondérants chez les femmes. Toutefois ces connaissances influençaient la pratique de peu des médecins interrogés. La plupart considérait les hommes comme ayant un profil cardiovasculaire plus à risque et reconnaissait exercer une meilleure prévention sur ces derniers. L'usage de l'électrocardiogramme et des biomarqueurs cardiaques en ambulatoire variait selon les médecins et ne suivait aucune recommandation officielle.

Discussion et Conclusion : Les médecins généralistes sont le plus souvent confrontés aux formes les plus atypiques des syndromes coronariens aigus. L'étude a pourtant soulevé un manque d'homogénéité important dans les connaissances et les pratiques face aux spécificités de cette pathologie chez les femmes. Plusieurs pistes de développement ont été soulevées avec notamment la détection de la troponine au cabinet par une biologie délocalisée, un lien plus direct avec un cardiologue pour la relecture des électrocardiogrammes et un score de probabilité d'atteinte coronarienne chez la femme.

Rubrique de classement : Médecine générale

Mots-clés : syndrome coronarien aigu, infarctus du myocarde, signes atypiques, femmes, sexe, prévention cardiovasculaire.

Président : Pr Pascal BILBAULT

Assesseurs : Pr associée Claire DUMAS et Dr Thomas LANG

Adresse de l'auteur : 3 rue du château à Soultzmatt