Fiche RETEX
Femme et infarctus : attention aux symptômes atypiques

N°39 • Février 2026

Thématique

Retard de prise en charge de douleurs thoraciques ayant entrainé le décès d'une patiente

Catégorie

Sanitaire SMR

Résumé de l'EIGS

Une patiente de plus de 80 ans, avec antécédents d'AVC et troubles neurocognitifs, est admise en SMR après des chutes répétées.

Elle se plaint rapidement de douleurs thoraciques difficiles à évaluer, avec une tachycardie mais les ECG sont normaux, associées à une forte anxiété. Malgré des traitements antalgiques, anxiolytiques et IPP, les douleurs persistent et un épisode d'hypotension survient en soirée. Le lendemain, son état semble s'améliorer. Elle participe à sa rééducation sans difficulté, mais à midi, elle fait un arrêt cardio-respiratoire brutal et décède malgré une réanimation rapide.

Depuis le début des années 2000, l'alerte est portée : l'infarctus du myocarde est l'une des principales causes de mortalité chez la femme et les prises en charges sont compliquées par des présentations ou des symptômes atypiques. L'occasion de rappeler les recommandations pour le diagnostic et la prise en charge de l'infarctus du myocarde chez la femme en France en 2025.

©SRA Grand Est – Fiche RETEX N°39 – Février 2026

Chronologie des faits

Deux jours avant l'évènement, une patiente de plus de 80 ans est admise en SMR en provenance du centre hospitalier du territoire où elle était hospitalisée pour des chutes à répétition. Elle présente dans ses antécédents un accident vasculaire cérébral avec des troubles neurocognitifs rendant difficile la localisation des douleurs et l'apparition d'une anxiété à la marche.

Elle est examinée le lendemain par le médecin du service à qui elle se plaint d'une douleur thoracique apparue dans la nuit, mais son discours parait incohérent et peu fiable. Ses constantes sont normales hormis une tachycardie et son ECG n'est pas modifié. Au cours de la journée, la patiente continue de se plaindre d'une oppression thoracique, des ECG sont réalisés à chaque plainte sans signe d'alerte. La douleur s'accompagne d'anxiété de plus en plus forte, la patiente est mise sous inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), antalgique de pallier 2 et anxiolytique en si besoin.

En début de soirée, la patiente, toujours douloureuse et tachycarde, présente des sueurs et une hypotension. L'angoisse a diminué, ses jambes sont surélevées et un antalgique de pallier 2 et un IPP lui sont administrés. La nuit se passe sans difficulté.

Le matin de l'évènement, la patiente dit aller mieux, les douleurs ont cédé et sa tension est remontée. Elle est prise en charge en rééducation sans difficulté. A midi, elle fait un malaise avec arrêt cardio-respiratoire sur les toilettes en présence d'une aide-soignante qui alerte l'infirmier. Le médecin est prévenu, le chariot d'urgence est acheminé et les gestes de réanimation sont débutés immédiatement. Malgré la gestion rapide de l'urgence vitale, le décès sera prononcé une demi-heure après son malaise. Sur l'enregistrement cardiaque, des signes évoquant un infarctus inférieur du myocarde sont relevés.

Pourquoi est-ce un EIGS ?	Méthodologie de la recherche des causes profondes
Il s'agit d'un EIGS car le délai au diagnostic d'infarctus du myocarde en cours chez cette patiente a entrainé une perte de chance pour elle.	Méthode ALARM-E

Cause(s) immédiate(s) identifiée(s)

- Retard de prise en charge d'une douleur thoracique atypique

Que s'est-il passé ?

Causes profondes

Facteurs individuels liés au patient

- Antécédents : accident vasculaire cérébral
- État de santé : troubles neurocognitifs rendant les descriptions de ses symptômes difficiles

Facteurs individuels liés aux professionnels

- Facteurs de stress physique ou psychologique : stress d'équipe lié à des problèmes de communication

Facteurs liés à l'équipe

- Communication entre professionnels : communication complexe depuis plusieurs semaines dans l'équipe médico-soignante, les données communiquées ne sont pas assez factuelles et précises dans certaines situations
- Informations écrites : sous-utilisation des transmissions ciblées
- Encadrement, supervision : supervision de l'équipe rendue complexe par des tâches annexes

Facteurs liés aux tâches à réaliser

- Protocoles : absence de protocole sur la prise en charge et la surveillance des douleurs thoraciques
- Résultats d'examens : ECG rassurants, et constantes réalisées selon les recommandations

Facteurs liés à l'environnement de travail

- Charge de travail, temps de travail : période de forte chaleur avec plusieurs situations de patients qui se dégradaient

Barrières de sécurité qui ont fonctionné :

Barrière de prévention :

- Formation AFGSU et plan de formation existant

Barrière d'atténuation :

- Coordonnées d'urgence connues, prise en charge de l'urgence vitale

Enseignements : Actions d'amélioration

1. Protocole d'appel d'urgence vitale à réactualiser et d'urgence relative à réaliser
2. Protocole sur la réalisation des annonces d'un dommage associés aux soins
3. Réunion de mise en place de fiche-action et de communication médecin IDE sur les appels entre soignants afin de standardiser au mieux les consignes entres soignants
4. Protocole de validation et de lecture des biologies médicales à mettre en place en semaine et en période d'astreinte

Mémo Femme et infarctus du myocarde, les points de vigilance

Chez la femme, l'infarctus du myocarde peut se manifester par des symptômes classiques ou atypiques, souvent présents en combinaison, et il existe un risque réel de retard de diagnostic si l'on se limite aux critères traditionnels. Une approche clinique plus large, attentive aux symptômes non-typiques et adaptée au sexe du patient, améliore la reconnaissance précoce de l'infarctus.

Causes de retard au diagnostic et à la prise en charge des femmes

- Minimisation des symptômes par la patiente, l'entourage et les professionnels
- Attribution des symptômes à d'autres causes (digestive, anxiété, fatigue quotidienne)
- Appel plus tardif aux urgences
- Présentation clinique atypique
- Reconnaissance clinique retardée
- Délais plus long à la revascularisation

Quand une femme ne se sent pas bien et présente un symptôme d'infarctus, son entourage met en moyenne 30 minutes à une heure de plus que pour un homme avant d'appeler le 15.

Académie Nationale de Médecine, janvier 2025

Symptômes à surveiller

Les femmes peuvent présenter des symptômes d'infarctus du myocarde similaires à ceux des hommes :

Douleur thoracique serrée irradiant vers les bras, la mâchoire ou le dos.

Mais elles peuvent aussi présenter des symptômes moins typiques :

- *Gêne atypique dans la poitrine,*
- *Douleurs irradiées (cou, mâchoire, bras),*
- *Dyspnée à l'effort ou au repos,*
- *Sueurs, palpitations, sensations de malaise,*
- *Douleurs épigastriques ou abdominales,*
- *Nausées et/ou vomissements,*
- *Fatigue intense et persistante,*
- *Angoisse inhabituelle et/ou intense*

Diagnostic : Clinique + ECG + Troponine US

L'absence d'une douleur thoracique typique ou de signe ECG clairs n'excluent pas un infarctus chez la femme.



La sensibilisation du grand public, des femmes et des professionnels de santé à ces particularités est essentielle pour permettre une réaction et une prise en charge précoces, limiter les biais diagnostiques et réduire au maximum le délai d'accès à un traitement de revascularisation.

© Structure Régionale d'Appui Grand Est - 2026