



HAL
open science

L'expérience de l'infarctus du myocarde : tensions identitaires des malades et effets sur leur demande de soins

Marianne Lafitte

► To cite this version:

Marianne Lafitte. L'expérience de l'infarctus du myocarde : tensions identitaires des malades et effets sur leur demande de soins. *Recherches en éducation*, 2019, 38, pp.18-32. 10.4000/ree.697. hal-04051812

HAL Id: hal-04051812

<https://hal-cnam.archives-ouvertes.fr/hal-04051812>

Submitted on 30 Mar 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives | 4.0 International License

L'expérience de l'infarctus du myocarde : tensions identitaires des malades et effets sur leur demande de soins

The myocardial Infarction experience: tensions in patients' identity and effects on their demand for health care

Marianne Lafitte



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/ree/697>

DOI : 10.4000/ree.697

ISSN : 1954-3077

Éditeur

Université de Nantes

Référence électronique

Marianne Lafitte, « L'expérience de l'infarctus du myocarde : tensions identitaires des malades et effets sur leur demande de soins », *Recherches en éducation* [En ligne], 38 | 2019, mis en ligne le 01 novembre 2019, consulté le 03 septembre 2020. URL : <http://journals.openedition.org/ree/697> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/ree.697>



Recherches en éducation est mise à disposition selon les termes de la Licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International.

L'expérience de l'infarctus du myocarde : tensions identitaires des malades et effets sur leur demande de soins

Marianne Lafitte¹

Résumé

De nombreuses personnes victimes d'infarctus du myocarde (IDM) ne font pas appel aux secours médicalisés ou diffèrent l'appel en se mettant en danger. Plusieurs études se sont intéressées à ces comportements inadaptés en termes de survie. Toutefois leurs méthodes et leurs résultats apparaissent insuffisants pour comprendre ce qui se joue chez des sujets subissant une telle urgence de santé. Dans une épistémologie de la subjectivité, et en mobilisant le point de vue en première personne des malades, nous avons conduit une recherche qualitative pour explorer et comprendre : 1) le vécu du sujet pendant la crise cardiaque, dans son corps et dans son environnement, 2) les choix que les victimes d'infarctus opèrent pendant la crise, 3) les phénomènes mentaux influençant la décision de recourir aux soins, et en particulier, d'appeler les secours. Nous décrivons les tensions identitaires des sujets en crise et leurs effets sur leurs comportements pendant l'IDM. Notre recherche poursuit un objectif d'amélioration de la conception de l'éducation thérapeutique ciblant les phénomènes subjectifs qui déterminent les choix des malades au moment d'une urgence de santé.

Cet article aborde l'expérience subjective des victimes d'infarctus du myocarde (IDM) de leur point de vue, autrement dit leur vécu avant de formuler une demande de soins et donc avant une intervention médicale. Issue d'une recherche doctorale en sciences de l'éducation, cette étude s'inscrit dans une démarche compréhensive psychophénoménologique des comportements des malades subissant un IDM. En effet, lors de sa survenue, le comportement le plus adapté pour recevoir les traitements est de recourir le plus rapidement aux secours médicalisés² (De Peretti et al., 2012), mais de nombreux sujets subissant l'irruption de cette crise cardiaque diffèrent l'appel des secours, voire ne les appellent pas (Gilard et al., 2012). Les raisons de ce comportement inadapté en termes de survie sont mal connues. Pourtant, comment apprendre aux personnes à appeler les secours de façon adaptée lors d'une urgence cardiaque sans avoir compris ce qui se joue pour elles pendant celle-ci ? En quoi cela influence-t-il leurs choix pour gérer la crise ? L'enjeu pour la conception de l'éducation thérapeutique des malades, dont les interventions éducatives seraient élaborées en ciblant des phénomènes subjectifs déterminants pour le choix de l'appel des secours, est majeur.

L'impossibilité d'observer ces situations d'urgence imprévisibles que sont les IDM rend particulièrement difficiles les recherches en compréhension des délibérations mentales des personnes les subissant, de même que les choix qu'elles opèrent pendant la crise. Nous avons ainsi conduit notre recherche en mobilisant une approche inédite de l'expérience subjective de l'IDM, en reconstituant avec des malades leur scène de crise, à l'aide de la technique de l'entretien d'explicitation (EDE) (Vermersch, 2012). En explorant et en analysant les phénomènes subjectifs pendant un IDM, nous avons souhaité comprendre comment les délibérations des malades influencent leur décision de recourir, ou non, à l'appel des secours. Nous présentons cette approche de l'IDM du point de vue des malades, dans ce qui s'est passé avant qu'ils ne décident de formuler une demande de soins. Nous nous focalisons sur la mise en tensions identitaires des

¹ Docteure en sciences de l'éducation et praticienne hospitalière cardiologue, Unité de recherche « Formation et apprentissages professionnels (FAP), Conservatoire national des arts et métiers de Paris et Centre hospitalier universitaire de Bordeaux.

² Les recommandations de la Haute autorité de santé en France « Prise en charge de l'infarctus du myocarde à la phase aiguë en dehors des services de cardiologie » et « Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale » parues respectivement en 2006 et 2011, et les rapports et référentiels de professionnels, issus des sociétés savantes (Société française de médecine d'urgence, Société française de cardiologie et Samu Urgences de France), sont disponibles sur les sites de ces sociétés, et précisent les modalités de secours et d'organisation des professionnels en France, pour prodiguer les soins en urgence chez les victimes d'IDM.

sujets subissant un IDM, un événement corporel brutal menaçant leur survie et activant la construction en urgence d'un soi en crise, celui-ci associant un corps et un sujet souffrant. Enfin, nous analysons comment ces tensions identitaires peuvent influencer les décisions en urgence des malades.

1. L'infarctus du myocarde : défis et enjeux

■ *Enjeux sociaux et professionnels*

Les maladies cardiovasculaires représentent, partout dans le monde, un des principaux défis de santé publique de nos sociétés modernes. Deuxième cause de mortalité, on compte environ 120 000 cas d'IDM par an en France (Steg, 2013). Les avancées médicales de ces dernières décennies ont apporté des traitements médicamenteux et instrumentaux qui, délivrés dans des délais les plus courts possible, ont permis une réduction significative de la mortalité après IDM (*ibid.* ; De Peretti, 2012). Mais pour recevoir des traitements médicaux disponibles, les malades doivent en formuler la demande et décider d'y recourir. La santé des populations dépend donc des moyens diagnostiques et thérapeutiques existants, mais aussi des décisions des sujets d'en bénéficier.

Docteur en médecine, praticien hospitalier spécialiste des maladies cardiovasculaires, nous avons constaté dans notre pratique un écart important entre les intentions thérapeutiques du point de vue des professionnels et les comportements des malades. Nos travaux de recherche se sont intéressés à la prévention des accidents cardiovasculaires du point de vue des actions thérapeutiques et de leurs résultats chez des sujets malades (Lafitte, 2010). Ils se sont également penchés sur la manière dont leurs comportements pouvaient se modifier dans le sens de leur santé, et particulièrement grâce à l'éducation thérapeutique (Lafitte, 2009, 2010). Nous avons constaté que les interventions éducatives auprès des malades étaient en grande partie conçues selon des présupposés professionnels (Pavy et al., 2013 ; Assez et al., 2009), mais également que les compétences attendues chez les malades étaient rarement atteintes (Lapostolle et al., 2006 ; Puymirat et al., 2015). Nous avons alors orienté nos recherches dans le sens de la compréhension des décisions humaines et plus particulièrement celles qui influencent les choix des malades subissant un IDM.

Lors de la survenue d'un IDM, le comportement le plus adapté pour recevoir les traitements est de recourir le plus rapidement possible aux secours médicalisés, en composant le 15 en France ou le 112 en Europe. Mais toutes les personnes souffrant d'un IDM n'appellent pas les secours de la même manière, ni dans les mêmes délais par rapport au début des symptômes (Burnett et al., 1995 ; Lapandry et al., 2005 ; Milojevitich et al., 2012). Dans au moins un cas sur deux, elles diffèrent l'appel des secours, voire ne les appellent pas (Gilard et al., 2012). Ainsi, l'éducation de la population à risque d'accident cardiovasculaire à l'appel des secours en cas de crise représente un enjeu social majeur.

Comment proposer une éducation à l'appel des secours sans comprendre comment les victimes d'IDM décident d'y recourir, ou non ? La conception « à l'aveugle » de l'éducation thérapeutique se basant sur la façon dont les professionnels se représentent l'expérience des malades pose problème et peut sembler illusoire. Au contraire, la conception d'interventions éducatives fondées sur la compréhension du vécu des malades, sur ce qui est en jeu pour eux pendant une urgence, et sur ce qui peut influencer leurs comportements de santé, devrait améliorer leur efficacité. Cette compréhension paraît d'autant plus indispensable qu'il a été montré que les personnes ayant des connaissances sur l'IDM, ou celles ayant survécu à un IDM, n'appellent pas plus vite les secours en cas de récurrence que lors d'un premier épisode (Puymirat et al., 2015). Les facteurs influençant les décisions des malades de formuler une demande de soins en urgence se jouent dans une zone d'ombre peu accessible aux récits en troisième personne, *a posteriori*. Ceux-ci donnent lieu à des résultats d'études insuffisants et souvent contradictoires (Davis et al., 2013 ; Goldberg et al., 2002 ; Johansson, Swahn & Stromberg, 2008 ; Lesneski, 2010 ; Puymirat et al., 2015). De plus, le premier symptôme retenu dans toutes les études sur l'IDM est souvent celui

qui a conduit le malade à formuler une demande de soins. Il est donc important de préciser que ces travaux ont pu largement méconnaître une phase précoce de la crise au cours de laquelle l'expérience invisible peut influencer la façon dont les victimes d'IDM agissent pour faire face au problème de santé, y compris en évitant d'appeler les secours.

■ **L'expérience de l'urgence cardiaque du point de vue des malades**

La compréhension de l'expérience pré-hospitalière de l'IDM nous semble indispensable pour la mise en évidence des éléments déterminant les choix de comportements lors d'une crise cardiaque. Pour pallier l'insuffisance des méthodes en troisième personne à saisir les phénomènes subjectifs en jeu pendant une urgence cardiaque, depuis le début de la crise vécue jusqu'à la décision d'appel des secours, une approche psychophénoménologique ouvre la possibilité de l'accès au point de vue en première personne des victimes d'IDM. Ce cadre théorique de l'expérience subjective de l'urgence de santé a été mobilisé au cours de recherches récentes portant sur les prises de décision en situation d'urgence par des professionnels du Service d'aide médicale urgente (Samu) centre 15 (Mouchet, Demeslay & Bertrand, 2017 ; Mouchet & Bertrand, 2018). Ces travaux ont valorisé l'observation des situations réelles et le point de vue des sujets sur leur propre expérience. Mais s'il est possible de réaliser des observations des décisions en urgence de professionnels sur leur temps de travail programmé, en revanche l'observation des décisions des malades de recourir aux soins de ces professionnels, avant qu'ils ne décident de les appeler, n'est pas directement accessible. Elles représentent un défi méthodologique important : les victimes des urgences voient surgir dans leur quotidien une situation imprévue (Perrenoud, 1999) ne pouvant être saisie par une recherche qu'*a posteriori*.

Réaliser des entretiens, en visant le re-vécu de la phase aigüe de la crise, plutôt que des récits *a posteriori* de ce qui a été vécu, permettrait donc, selon nous, d'accéder à l'expérience des malades invisible aux soignants. Ainsi, chaque sujet singulier pourrait verbaliser son vécu, non pas avec le regard du malade qu'il serait devenu après la crise, sur ce qu'il s'était passé pour lui pendant la crise, mais selon lui, dans le regard de celui qu'il était au moment même de la crise, avant toute intervention médicale et avant qu'un diagnostic soit posé sur lui.

2. Comment reconstituer des scènes d'IDM ?

■ **Le dispositif méthodologique d'accès à l'expérience de l'IDM**

• **Méthode de recueil de l'expérience de l'IDM**

Notre recherche s'appuie sur une méthode capable de recueillir *a posteriori* l'expérience intime de l'IDM. L'entretien d'explicitation (EDE) a été utilisé pour aider des malades à reconstituer la scène de crise, guidés par un chercheur les invitant à y retourner comme si on revenait en arrière, au moment où ça a commencé, comme pour revivre ce moment. Dans une approche psychophénoménologique, l'EDE permet la description de la pensée privée par un acte mental d'introspection (Vermersch, 2011). En mobilisant la théorie des modes de conscience d'Edmund Husserl (2011), Pierre Vermersch suggère que les sujets interviewés peuvent retrouver des traces mémorielles non immédiatement présentes dans la conscience. Ayant existé dans le vécu passé, ces traces sont stockées dans un mode de conscience vécue en acte, pré-réfléchie, et sont éveillables et verbalisables au cours d'un EDE par réfléchissement de la conscience vécue (Vermersch, 2012). Dans notre étude, l'EDE permet de recueillir des données de recherche, *a posteriori*, sur le vécu d'une crise de santé passée qui n'est observable et descriptible que par celui qui l'a vécue.

• **Terrain d'étude et échantillonnage**

Notre recherche s'est déroulée à l'hôpital cardiologique du Centre hospitalier universitaire de Bordeaux. Les entretiens ont été réalisés entre 2012 et 2014 auprès de personnes non sélectionnées, hospitalisées dans un centre de cardiologie pour un IDM. Tous les sujets malades ren-

contrés ont accepté de participer à l'étude pour laquelle ils ont reçu une information orale et donné leur consentement pour participer à un entretien de recherche. Les données, confidentielles, ont été anonymisées et leur accès a été protégé³.

Nous avons procédé à un échantillonnage théorique et non statistique, afin de recueillir « des données théorisables permettant de mieux comprendre et non de documenter » (Meliani, 2013) un phénomène à l'étude. Vingt-deux EDE ont été réalisés avec des malades en post-IDM, dont deux femmes, fournissant un corpus de 6864 lignes construit par incrémentation à partir des « éléments du monde empirique » (Paillé, 1994), et jouant vingt-deux scènes de crise.

- *Conditions du recueil des données*

Les entretiens se sont déroulés soit pendant l'hospitalisation pour l'IDM, soit lors d'une ré-hospitalisation pour un bilan trois mois après l'IDM. Nous avons constaté que dans les heures qui suivaient la crise, le vécu fraîchement stocké dans la mémoire était facilement rappelé, mais que les sensations douloureuses étaient au premier plan d'une agitation cognitive importante dans le post-IDM immédiat, aux soins intensifs. Plus tard, entre quelques jours et trois mois après la crise, le ressouvenir était moins envahi par la douleur mais les défenses psychiques étaient plus importantes, limitant l'évocation de la crise (Lafitte, 2018). Les sujets observés ont eu connaissance de l'identité du chercheur comme cardiologue de l'établissement avec lequel l'entretien avait une visée de recherche et qui n'était pas le médecin responsable de leurs soins. Nous avons mentionné notre intention de comprendre leur vécu de l'urgence cardiaque en la reconstituant comme s'il s'agissait de retourner sur cette scène de crise et la décrire le plus précisément possible. Notre sensibilité théorique et clinique de chercheur et de cardiologue nous a permis de « porter notre attention aux données dans une perspective théorique » (Meliani, 2013), tout en accompagnant le récit en première personne d'éprouvés douloureux en permettant aux sujets de se rapprocher prudemment de leur vécu sensible et de s'en écarter si besoin (Lafitte, 2017). Notre terrain de recherche étant également notre terrain de pratique, il nous a été possible de nous en extraire mentalement sans difficulté pour suivre le malade « ailleurs » pendant l'EDE⁴. De même, à la fin de l'entretien, clairement signifiée, nous avons accompagné le sujet jusqu'à son retour mental sur la scène hospitalière de soins.

- ***Le cadre de l'analyse des scènes d'IDM***

Afin d'analyser les expériences reconstituées mentalement et verbalisées par les sujets observés, nous avons procédé par théorisation ancrée (Paillé, 1994). La collecte de données a donc débuté sans *a priori* sur les résultats de l'analyse du vécu de l'IDM, afin de pouvoir laisser émerger ce qui y fait sens pour des malades, en faisant abstraction des connaissances théoriques sur l'IDM, ou de théories présumées sur le vécu d'une crise. Conçue pour réaliser une exploration analytique « de la donnée à la théorie » (Meliani, 2013), la théorisation ancrée favorise l'émergence progressive du sens des crises de santé dans le matériau de la recherche. Des allers-retours permanents entre le terrain et le travail d'analyse des entretiens ont été effectués jusqu'à ce que le corpus contienne les éléments descriptifs permettant d'élaborer la catégorisation et de la vérifier. Le codage a progressivement été remplacé par l'élaboration de catégories, nourries par l'étayage théorique progressif du sens émergent. Le concept de soi est apparu sous deux différentes facettes fortement investies par la conscience au moment de l'IDM : un soi comme corps et un soi comme sujet vivant la crise. Il a nourri l'analyse des délibérations sur soi par l'élaboration de trois thèmes principaux : soi délibérant sur le vécu corporel pendant la crise, soi dans ses tensions identitaires entre soi en crise et soi-même, et soi dans ses relations avec autrui pendant la crise. Enfin, disposant en arrière-fond des catégories et des premières relations

³ La recherche a reçu un avis favorable du groupe Publication du Comité d'éthique du CHU de Bordeaux portant le numéro GP-CE 2019/05.

⁴ Les conditions de recueil du récit de l'expérience vécue lors d'une reconstitution de la scène de crise et son éthique consistent pour le chercheur à « se laisser imprégner par la scène, pour s'y « sentir » sans en être déstabilisé, à encourager et accueillir la parole, tout autant qu'à respecter les non-dits que le sujet peut privilégier quand il lui semble nécessaire de se protéger d'une émotion pénible. Le chercheur « suit » le malade sur sa scène de crise, il l'accompagne là où celui-ci décide de l'emmener. Il lui signifie qu'il y va avec lui sereinement, sans le lâcher, et sans le précéder pour aller « voir » sans lui » (Lafitte, 2018).

issues des analyses des entretiens au fur et à mesure, nous avons vérifié leur présence dans les derniers entretiens, permettant l'élaboration d'une théorisation et justifiant l'arrêt de la collecte de terrain (*ibid.*).

Une partie de l'analyse a évalué comment se déploient l'expérience du corps en crise et les délibérations mentales liées à la souffrance cardiaque. En effet, le corps sain est un corps qui ne fait pas de bruit. « La santé, c'est la vie dans le silence des organes » (Leriche, 1936). Ce corps silencieux paraît aller de soi, produisant des éprouvés corporels qui, pour la majorité, n'accèdent pas à la conscience (Damasio, 2010). Le corps sensible est donc en grande partie immergé. C'est la conscience des sensations constituant l'émergence du corps vivant que le sujet peut décrire à travers une phénoménologie de ses perceptions (Andrieux & Burel, 2014). Lors d'un IDM, la conscience de soi se focalise sur le problème corporel, permettant au sujet vivant son corps de raisonner et d'évaluer ses options afin de décider de la meilleure solution pour faire face à son problème (Auzoult, 2012 ; Damier, 2014). La psychophénoménologie du vécu de l'IDM a permis une mise en récit du corps pour soi, en première personne, « l'incarnation de la sensation, le sentiment ou l'image qui émerge à la conscience depuis la profondeur du corps vivant » (Andrieux & Burel, 2014, p.52) dans le langage du sujet et dans une sémiologie du point de vue de celui qui vit ses propres symptômes.

L'autre partie de l'analyse a visé l'élaboration d'une théorisation des délibérations sur soi pendant l'IDM. Elle s'est appuyée sur un cadre issu des sciences sociales (Dubar, 1998, 2013 ; Mead, 2006) et mobilisé de façon approfondie dans des travaux sur les constructions identitaires et leurs effets sur l'engagement des sujets dans leurs activités (Barbier, 2006). Pour Jean-Marie Barbier, les identités sont des constructions représentationnelles. Ces représentations identitaires, en transformation constante, sont « attributives de ce qui ferait l'unité ou la continuité d'un sujet à travers ses activités » (Barbier, 2006, p.24). Les constructions identitaires sont des processus d'identification du sujet qui s'opèrent par des représentations de soi pour soi (identité pour soi), mais aussi de représentations de soi pour autrui, c'est-à-dire les représentations d'un sujet de la représentation qu'autrui a de lui (identité pour autrui) (p.28). Des incongruences peuvent apparaître lors de la mise en relation de la représentation d'un soi actuel qui s'éloigne de celle du soi idéal, créant des tensions identitaires « soi/soi » (Bourgeois, 2006, p.71). De même, des tensions « soi/autrui » résultent de l'incongruence de la représentation du soi actuel d'un sujet et de l'image qu'il pense que les autres ont de lui (*ibid.*). Ces tensions identitaires donnent lieu à des délibérations sur soi et poussent le sujet à agir pour les réduire par des régulations identitaires soit par approche du soi idéal, soit par évitement de l'image négative de soi (p.81). L'enjeu communicationnel de soi vers autrui apparaît dans l'« offre identitaire » (Dubar, 1991) qu'il fait de lui. Au cours de tensions identitaires, une image idéalisée de soi peut être privilégiée, dans le sens où « un acteur a tendance à cacher ou à estomper les activités, les faits et les motifs incompatibles avec une présentation idéalisée de lui-même » (Goffman, 1973, p.52).

Ainsi avons-nous exploré la façon dont les tensions identitaires d'un sujet subissant un IDM peuvent influencer son choix de formuler une demande de soins, et le cas échéant, à qui il décide de l'adresser.

3. Les tensions identitaires de soi en crise et leurs effets sur la demande de soins

■ Construction de soi comme corps en crise

Lors de l'IDM, la nécrose myocardique apparaît d'un point de vue biologique en tant que souffrance puis mort cellulaire, en raison de la privation brutale en oxygène du muscle cardiaque. Des symptômes souvent très douloureux et angoissants apparaissent et déclenchent une prise de conscience d'un problème aigu. Une focale attentionnelle est portée sur le problème dans le corps. Par le langage, le sujet souffrant élabore une représentation de ses vécus corporels. Le corps est mis en intrigue dans une élaboration de sens (Lucas, 2011). Dans la temporalité de l'urgence vitale, cette élaboration de sens reste partielle, butant sur des défenses psychiques

contre l'étrangeté du corps créant une « discontinuité traumatique dans le cours d'une histoire plus ou moins silencieuse » (p.180). Être soi comme corps en crise associe alors : 1) un corps perçu, étranger, inquiétant, difficilement représentable en urgence ; 2) un corps vivant connu, représentable ; 3) un corps imaginaire, utopique et acceptable.

- *Un corps étranger inquiétant et partiellement représentable*

Les représentations des perceptions corporelles pendant l'IDM apparaissent limitées dans la temporalité de l'urgence. La traduction par le langage de ces représentations fournit un récit pauvre, principalement composé d'une douleur ou d'un mal imprécis. L'acte de déni est fréquent chez un sujet affrontant un symptôme traumatique, comme dans le contexte de l'IDM (Perkins-Porras et al., 2008). Certaines perceptions de la réalité sont ignorées comme si cette réalité n'existait simplement pas, alors que le sujet, lui, la perçoit. Progressivement, cet aveuglement défensif initial du corps en crise s'estompe et laisse entrevoir des symptômes traumatiques non accessibles immédiatement : par des symbolisations successives du corps, certaines victimes d'IDM parviennent à localiser leurs symptômes, à enrichir la configuration narrative de leur corps en crise et à envisager des causes de celle-ci. Cependant, ces symbolisations progressives s'effectuent dans une temporalité du sujet pouvant durer plusieurs heures, en décalage avec celle de la crise du corps qui nécessite des soins immédiats. Pour A, un homme de 57 ans, une tentative de localisation émerge au niveau de l'estomac au sein du récit de son violent malaise⁵ :

« C : Vous êtes assis à ce moment-là ?

À : je suis assis devant un ordinateur !

C : devant un ordinateur, et alors, qu'est-ce qui se passe, là ?

À : ben, qu'est-ce qui se passe ? Je sens... Comme une espèce de... monstrueuse...

C'est même pas une bouffée de chaleur, c'est... c'est que le sang remonte à la tête !

C : brutalement ?

A : brutalement !

C : oui...

À : que je me mets à suer, mais alors vraiment... à plus... pas à trembler comme ça, mais à ne plus avoir de... voilà, d'être... plus... plus vraiment contrôler mes gestes...

C : là, vous êtes tout seul, à ce moment-là ?

À : et là, je suis tout seul, assis,

C : dans votre bureau, assis... donc, grosse, grosse bouffée...

A : oui, [silence 5]

C : des sueurs...

A : oui...

C : vous êtes comme ça ? [figé sur lui-même]

A : oui ! Un mal... un mal...

C : et qu'est-ce que vous faites ?

À : un mal, toujours ici...

C : au niveau de...

A : toujours niveau de l'estomac. Et qu'est-ce que je fais ? Eh ben, je me demande ce qui m'arrive !

C : oui !

À : [silence 6]

C : vous êtes toujours assis ?

À : je suis toujours assis ! Je me dis : bon, je vais attendre deux trois minutes, ça va passer... c'est peut-être... je ne sais pas quoi ! [silence 2] Et puis ça ne passe pas...

C : quand vous dites : je ne sais pas quoi, qu'est-ce que vous faites à ce moment-là ?

À : [silence 3] quelque part, je redoute un peu la réalité de ce qui m'est arrivé...

C : oui...

⁵ Les extraits des reconstitutions des scènes de crise sont indiqués en italique, précédés de l'initiale du prénom fictif du malade et de celle du chercheur.

A : c'est-à-dire un infarctus... Autrement... Un truc à l'estomac... Puisque j'ai... ça... depuis de longs mois, j'ai une acidité dans l'estomac. Je le disais souvent à ma femme : J'ai une boule ! Et depuis plusieurs semaines, je ne mangeais pratiquement plus. »

Si la localisation cardiaque est brièvement évoquée au moment où le sujet s'efforce de se représenter son corps en crise, elle semble alors mise à l'écart et recouverte par la mémoire de troubles digestifs anciens.

- *Le corps vivant connu : des sensations rassurantes*

Pour faire face au corps vécu qui inquiète, le corps vivant occupe largement la scène de crise et compense la difficulté de représentation du corps en crise ainsi que l'incertitude qui y est liée. Il est composé de focales attentionnelles sur les fonctions vitales : manger et digérer, éliminer, respirer, prendre son pouls, se mouvoir, se doucher, se laver, se préparer, ou encore dormir. Ces vérifications sur le corps vivant connu permettent de se représenter dans la conscience un corps qui fonctionne, au moment où une partie du cœur souffre et dysfonctionne.

« P : c'est vrai que ça me brûlait... ben, j'ai pris un chocolat chaud

C : oui...

P : parce que moi, pour moi, j'étais sûr que j'avais attrapé un truc et je voulais me réchauffer la partie où ça m'a...

C : oui, oui...

P : comme si ça me protégeait, quoi !

C : oui...

P : enfin... en prenant quelque chose de chaud ! Pour me calmer, quoi !

C : oui, donc vous buvez votre chocolat...

P : oui !

C : et qu'est-ce qui se passe à ce moment-là ?

P : et puis en fait, bon, ben, je... en fait, c'est tout en gambergeant ! Parce que j'ai... je me dis : bon ! À tous les coups t'as attrapé une... une... ou une grippe ou... t'es en train de couvrir un truc qui va sortir dans pas longtemps parce que ça te brûle, là, et que ça te... t'es pas... Par contre, y a toujours un truc qui me... en même temps, je me dis : tu peux pas avoir quelque chose de vraiment fort, parce que tu es en pleine forme ! T'as envie de bouger ! Tu... t'as la pêche ! T'as faim ! Tu manges ! »

Ces vérifications du corps vivant participent à la construction du soi en crise, selon un idéal-type (Weber, cité dans Lucas, 2011, p.186) qui peut continuer à vivre pendant la douleur.

- *Un corps imaginaire, utopique et acceptable*

En imaginant un corps souffrant d'un problème acceptable, les malades luttent contre l'inquiétude de la crise cardiaque par des utopies rassurantes (*ibid.*) : les causes non cardiaques à la crise vécue sont plus précocement imaginables que la maladie du cœur qui inquiète. Seuls trois malades sur les vingt-deux interviewés évoquent une origine cardiaque à leur problème de santé tandis que les autres imaginent successivement une ou plusieurs causes : une origine organique (pulmonaire, digestive, neurologique, musculaire, ORL ou dentaire), ou une allergie, ou une cause extérieure (chaud et froid, virus, excès de café, alcool, fatigue, stress, ou cigarette), ou encore « un truc » ou « un problème » imprécis.

Pour affronter la crainte d'un cœur malade, des représentations d'un muscle entraîné et invulnérable sont également élaborées.

« C : Vous avez pensé à plein de choses !

P : À tout ! À tout !

C : Pas le cœur

P : Ah, non, jamais !

C : Qu'est-ce que vous pensez alors à ce moment-là ?

P : Je sais pas !

C : Hum, hum...

P : Vu l'hygiène de vie que j'ai eue et tout ! On m'a toujours dit : t'as un cœur en... en ferraille ! Bon, mais... pour moi, j'étais indestructible, quoi ! On m'a toujours dit : t'as un gros cœur, musclé et tout ! Y a pas de problème ! Bon, je l'ai fait beaucoup travailler ! Ça peut pas arriver... on dit que ça peut pas arriver ! ».

- *Une sémiologie du point de vue du malade en décalage avec la sémiologie médicale*

La sémiologie du point de vue de la victime d'IDM s'élabore tout au long du déroulé de la crise, à partir de la symbolisation progressive du vécu corporel en tant que soi souffrant. Elle diffère de la sémiologie médicale qui agence en un temps court les signes du corps préalablement acquis par la formation, connus dans l'imaginaire professionnel et recueillis lors de l'interrogatoire médical. Ce décalage peut être ressenti par les sujets lors de la demande de soins car le corps en crise constitutif du soi souffrant, capable de dire « je » pour évoquer son vécu corporel, est également un objet de soins en urgence pour les professionnels en charge de maintenir la survie.

Le sujet H est seul dans son appartement quand débute son IDM. Il décide d'appeler les secours et prend son téléphone en précisant : *« Je pense que quand j'ai appelé, je... c'était pas moi ! c'était pas... une personne consciente. J'aurais appelé pour quelqu'un d'autre, ça... ça aurait pas été du tout la même chose. Il y a autre chose »*. Il continue la description de son vécu de l'appel :

C : Vous êtes... à ce moment-là, vous avez le téléphone,

H : oui...

C : c'est pas vous qui appelez...

H : non !

C : qu'est-ce qu'il fait celui qui appelle à ce moment-là ?

H : eh ben, il dit qu'il a mal !

C : il dit qu'il a mal ! Oui...

H : il dit qu'il a mal et il essaye de... d'être le plus clair possible !

C : hum,

H : efficace et... les questions posées ne sont pas forcément aux réponses qu'il avait données,

C : oui... oui... qu'est-ce qu'il aurait aimé donner comme réponse à ce moment-là, très précis ?

H : [silence 2'] pouvoir décrire exactement,

C : oui...

H : Le problème à ce moment où il se passe quelque chose, c'est... entre les messages tout faits que l'on reçoit en disant : si vous ressentez ça, c'est c'est qu'il y a ça, si vous ressentez ça, c'est qu'il y a ça...

C : oui...

H : et ce que vous ressentez... Il y a une différence... énorme !

C : hum...

H : et ce que voulait entendre la personne qui était en face [le médecin urgentiste], c'était quand même des messages un peu codés ! tout préparés !

C : hum...

H : voilà, ça, je l'ai ressenti profondément,

C : hum, hum...

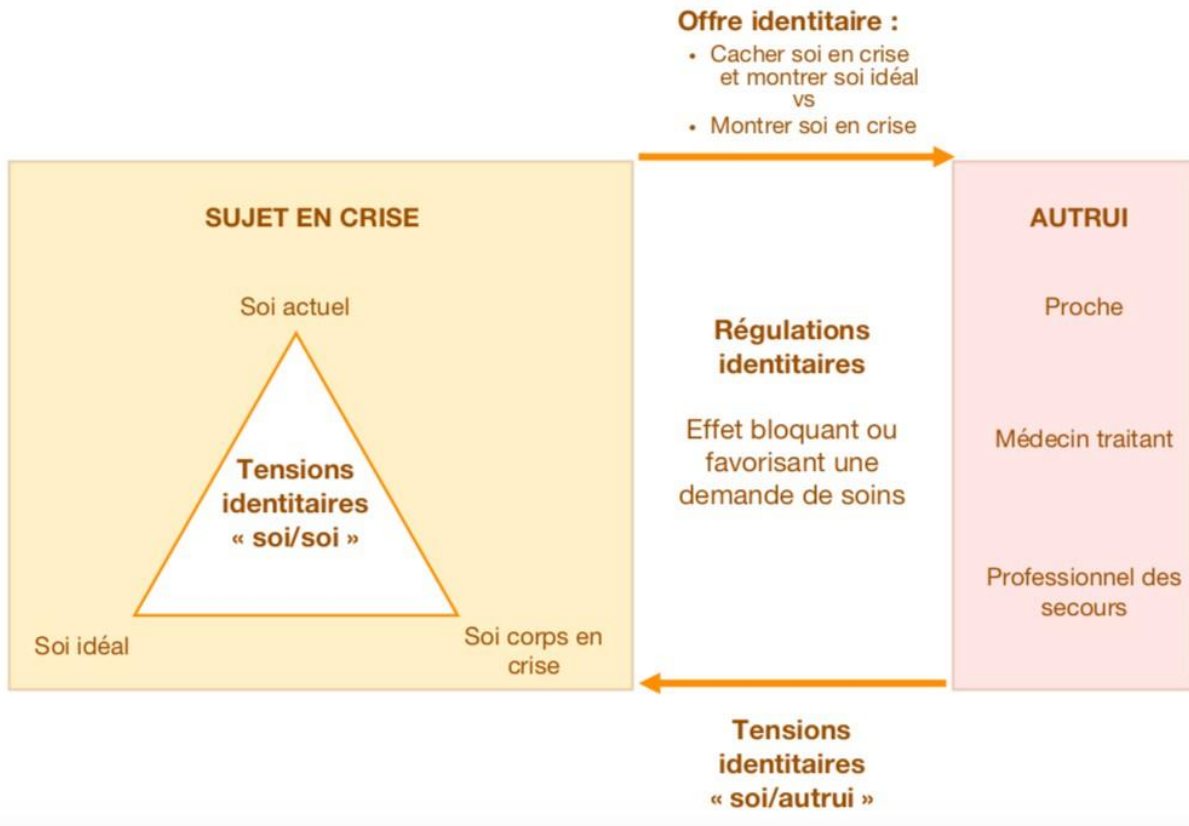
H : et dans ma tête, luttant un peu mentalement contre le fait que non, je n'avais pas ça... il m'était impossible de donner les messages codés, parce que je... un, je ne voulais pas ressentir cela, sûrement, et deux, pour moi, je ne ressentais pas ça. »

Les difficultés de représentation du corps en crise au moment de l'urgence cardiaque et leur compensation partielle par des représentations des fonctions vitales sont autant de limites à dépasser pour permettre l'accès au langage du vécu de la crise au moment de la mise en relation avec des professionnels des secours.

■ **Construction de soi comme sujet en crise**

Les processus de construction identitaire du sujet pendant un IDM sont présentés dans le schéma 1 illustrant les délibérations sur soi pendant la crise.

Schéma 1 - Schématisation des délibérations sur soi pendant un IDM



• *Des tensions identitaires entre le soi actuel en crise et le soi idéal*

Confronté à la menace de son corps en crise, le sujet délibère sur le soi idéal capable de faire face à une menace brutale et intense : « *Je m'assois après dans le fauteuil de mon salon au calme, et je... tranquille, et j'attends [...] Je me dis : ça va passer, ça va passer ! Pareil ! J'attends ! J'attends ! J'attends que ça passe ! C'est passé. J'ai repris mon travail* » (P). Le soi idéal est privilégié mais le corps subissant l'IDM impose un soi comme corps en crise ayant besoin de soins, un aveu douloureux menaçant le soi idéal : « *Mon problème par rapport à la maladie. J'ai toujours été quelqu'un qui n'accepte pas la maladie. Je ne veux pas être en défaut ou défaillant [...] ça commence à m'embêter parce que j'ai une fonction [...] Bon, à mon travail, j'ai des responsabilités. Là, je sens qu'il va se passer quelque chose. Le fait que je sois immobilisé, que je sois en arrêt. Je sais que ça va arriver. Donc, ça m'embête oui* » (B). Malgré les efforts pour se représenter un soi idéal capable de gérer et de contrôler l'IDM, le soi actuel en crise impose sa vulnérabilité, exprimée avec une mise à distance par l'emploi du « on » : « *On le sent ! On sent que c'est... que c'est un truc qui est... qu'est... qu'est... qu'est mauvais, quoi ! En fait, qui... qui est vraiment pas normal ! Qu'est pas bénin [...] On sent que c'est un truc qui est beaucoup plus fort que ça [...] On sent que c'est une douleur tellement intense, qu'on n'a jamais eue... qu'on sait pas où elle va s'arrêter ! Et le bout... si ça se trouve, on se dit, le bout, c'est carrément le bout ! Le bout où tu fermes les yeux puis tu... c'est fini, quoi ! C'est cette douleur-là* » (P).

• *Les « offres identitaires » envers les proches et leurs effets sur l'appel des secours*

Le tableau ci-dessous⁶ précise comment s'articulent les interventions des autrui sur les scènes de crise, et les délais de prise en charge des IDM des sujets de notre recherche. La communication de soi en crise à un autrui proche est fréquente (18/22 sujets). Elle peut se faire selon deux modalités opposées, selon la facette de soi que le sujet en crise décide de partager avec son proche : cacher le soi en crise et privilégier le soi idéal, ou bien montrer le soi en crise (schéma 1). Cette deuxième forme d'offre identitaire facilite la demande de soins à un professionnel. On constate que la délégation de l'appel des secours à un proche permet l'appel le plus précoce, sauf chez un sujet féminin ayant attendu plus de 24h pour appeler son beau-frère. Demander à un proche d'appeler le médecin traitant, ou l'appeler soi-même, retarde le délai de prise en charge. Enfin, éviter l'appel des secours et se rendre soi-même ou avec un proche directement aux urgences, augmente le délai de prise en charge ou entraîne une orientation inadaptée vers un service d'urgences non cardiologiques.

Tableau 1 - Choix de l'autrui à qui est adressée une demande de soins, effets sur le type d'intervention professionnelle et sur le délai de prise en charge de l'IDM

Sujet	Âge	Statut marital	Autrui proche	Autrui médecin du malade	Autrui professionnel des secours	Délai IDM - hospitalisation
Demande à un proche qui appelle des secours						
J	53	M	Épouse	-	Pompiers /SAMU	1h
Ph	44	M	Épouse	-	Pompiers /SAMU	1h
Y	60	M	Amie	-	Pompiers /SAMU	3h
G	76	M	Épouse et fille	-	Ambulance	5h
N	46	M	Épouse et collègue	-	SAMU	4h
Mme B (F)	57	S	Beau-frère	-	Pompiers /SAMU	>24h
Gu	73	M	Épouse	-	Médecin de garde	2h
JP	56	M	Épouse	-	SAMU	6h
Ge	55	S	Voisine	-	Pompiers	<1h
D	55	M	Épouse	-	Pompiers	<1h
Demande à un proche, appel de son médecin puis des secours						
Mme M (F)	75	M	-	Cardiologue	Urgences cardio	>24h
JP	56	M	Épouse	MT	Pompiers /SAMU	>12h
E	47	S	Enfants	MT	SAMU	6h
Demande à un proche, puis ils vont eux-mêmes à l'hôpital						
F	62	M	Épouse et voisin	-	Urgences	9h
A	57	M	Épouse	-	Urgences cardio	24h
I	68	M	Épouse	-	Urgences	>24h
S	59	M	Épouse	-	Urgences	<1h
Demande à un proche, puis appel du MT puis ils vont eux-mêmes à l'hôpital						
P	48	M	Épouse	MT	Urgences cardio	>24h
L	47	S	Enfants	MT	Urgences cardio	>24h
Appel direct des secours par le sujet en crise						
H	64	S	-	-	SOS et SAMU	>24h
R	60	S	-	-	SAMU	<1h
B	43	S	-	-	Urgences aéroport	>24h
C	-	-	-	-	Pompiers	<1h
Appel des secours mais défaut de soins, se rend alors lui-même à l'hôpital						
L	47	S	Enfants	MT	Urgences cardio	>24h

(F) femme ; (M) marié ou vie maritale ; (S) seul ; (MT) médecin traitant

⁶ Le tableau 1 décrit les modalités de la demande de soins des vingt-deux sujets : quatre sujets appellent eux-mêmes les secours et douze autres délèguent l'appel à un proche. Six malades n'appellent pas les secours, et décident de se rendre aux urgences par leurs propres moyens.

- *Les tensions identitaires et l'appel des secours*

L'appel des secours au Samu centre 15 constitue la meilleure forme de demande de soins, garantissant une intervention dans les meilleurs délais par une équipe formée à l'urgence (Penverne et al., 2011). Nos résultats indiquent que la demande directe au centre 15 (ou aux pompiers au 18) est rare (4 / 22) et ne s'effectue dans un délai court que dans un cas sur deux, la moitié des sujets vivant seuls la retardant le plus possible. Les tensions identitaires du sujet en crise peuvent provoquer des comportements d'évitement des secours. L'appel des secours implique de reconnaître son identité de soi en crise, en tant que corps souffrant et de soi vulnérable nécessitant de l'aide, et de la communiquer à un « Autrui Généralisé » (Mead, 2006), en l'occurrence ici le Samu centre 15, qui va focaliser son attention sur le corps en crise. La délégation de l'appel des secours à un proche permet de confier le corps en crise aux médecins urgentistes par l'intermédiaire d'un autrui significatif (le plus souvent l'épouse) par qui le sujet peut voir son identité sociale préservée.

4. Des perspectives pour l'éducation thérapeutique des malades

Comment aider les malades à appeler les secours quand survient un IDM ? Quelles sont les compétences à acquérir pour qu'ils réagissent de façon adaptée au moment où l'impensé de l'urgence cardiaque survient ?

Les contenus actuels de l'éducation thérapeutique sont souvent centrés sur l'acquisition de connaissances de l'IDM et de compétences souhaitées chez les patients, du point de vue des professionnels (Pavy et al., 2013 ; Assez et al., 2009). Nous ne suggérons pas de renoncer à développer des ateliers d'éducation pour permettre aux malades d'acquérir des connaissances sur leur maladie et leurs traitements pouvant leur être utiles pour la gestion de la phase chronique de la maladie. Mais il s'agit, dans le cadre de la crise aiguë, de bien comprendre que ces connaissances ne déterminent pas le choix de la demande de soins, et qu'ainsi conçue, l'éducation thérapeutique est probablement vouée à une efficacité insuffisante en termes d'amélioration des comportements vis-à-vis de l'urgence cardiaque ; dès lors, des interventions éducatives centrées sur les phénomènes mentaux déterminant l'appel des secours méritent d'être construites.

- ***Favoriser le développement de ressources intérieures***

L'urgence du cœur impose de raisonner intensément, et sur un temps très court, sur son corps et sur soi. Être capable d'éprouver les sensations de son corps, de les représenter dans la conscience du vécu corporel, et d'exprimer ses ressentis, peut faciliter l'accès au langage du vécu de la crise dont la victime d'IDM a besoin pour appeler les secours. Aussi, plutôt que d'apprendre des signes d'IDM selon le cadre de référence de la sémiologie médicale, cette recherche suggère l'intérêt pour des sujets à risque cardiovasculaire d'apprendre à focaliser leur conscience sur des perceptions de soi incarnées, à les traduire dans leur propre langage, celui ayant du sens pour eux. Des techniques d'éveil de la conscience du corps peuvent être proposées, telles par exemple des séances inspirées du courant des sciences méditatives (Da Nobrega et al., 2017 ; Andrieu, 2016).

- ***Identifier des tensions identitaires pouvant bloquer l'appel des secours***

Les victimes d'IDM doivent renoncer à l'image idéalisée d'un soi-même connu capable de supporter la crise pour décider d'appeler les secours. Or, celui-ci a souvent été construit de longue date et à tous les âges de la vie en réponse aux exigences sociétales de maintien de la performance. En acceptant sa vulnérabilité, la victime d'IDM peut décider de la donner à voir à autrui et de requérir de l'aide et des soins. En travaillant sur des cas problèmes construits à partir d'histoires fictives inspirées de celles des sujets de notre recherche, les tensions identitaires pouvant bloquer ou faciliter une demande de soins peuvent être identifiées, permettant

d'envisager collectivement avec les participants à l'atelier des modalités de régulations identitaires dans le sens de l'acceptation d'un soi vulnérable, de sa communication éventuelle à un proche, et dans tous les cas, immédiatement au Samu centre 15.

■ **Développer des relations interpersonnelles de qualité**

Les relations interpersonnelles permettent le partage social des émotions et participent au comblement des besoins affectifs des sujets. Il en va de même de la confiance portée à soi et aux autres. Cette confiance facilite l'appel à autrui pour collaborer pendant une crise. L'éducation thérapeutique peut offrir des temps de rencontre et d'échanges permettant de renforcer la qualité des relations interpersonnelles. Elle peut favoriser l'identification par le malade d'un autrui significatif en lequel il pourrait placer sa confiance pour collaborer lors d'une crise. Des ateliers ouverts aux malades ainsi qu'à leurs proches constituent des occasions pour ces derniers d'acquérir eux aussi des compétences sur la maladie et les traitements, en leur offrant l'occasion de mieux comprendre leur proche malade et ainsi de mieux collaborer avec lui.

Conclusion

La compréhension de l'expérience subjective d'une crise de santé constitue une étape majeure pour tenter de relever le défi d'améliorer le comportement de la moitié des victimes d'IDM : aujourd'hui ils n'appellent pas les secours dans un délai assez court pour que des soins adaptés puissent leur être prodigués. Les tensions identitaires pendant la crise influencent les motivations à agir qui peuvent, selon la modalité de régulation s'exerçant chez le sujet en crise (par approche du soi idéal ou par évitement de l'image négative de soi en crise), faciliter ou bloquer la demande de soins. Notre recherche ouvre des perspectives pour penser l'éducation des sujets à risque cardiovasculaire, non pas en aveugle de ce qui se joue chez des personnes subissant une crise de santé, mais ciblant les phénomènes mentaux déterminant les décisions et les comportements des malades. De futurs travaux devront s'attacher à décrire les modalités des interventions éducatives et d'en évaluer l'efficacité. Nous pensons que nos résultats pourraient s'appliquer à d'autres situations de crises de santé que l'IDM, par exemple l'accident vasculaire cérébral. La description de notre dispositif méthodologique fournit un cadre qui pourra intéresser de futures recherches compréhensives dans le champ de l'urgence de santé.

Références

- ANDRIEU Bernard & BUREL Nicolas (2014), « La communication directe du corps vivant. Une émergence en première personne », *Hermès La Revue*, vol.68, n°1, p.46-52.
- ANDRIEU Bernard (2016), « En pleine conscience ? Au-delà de l'inconscient par les neurosciences méditatives et les sciences contemplatives », *L'Évolution psychiatrique*, vol.81, n°4, p.803-816.
- ASSEZ Nathalie, GOLDSTEIN Patrick, MARCHAND Claire & GAGNAYRE Rémi (2009), « Quelles compétences des patients coronariens sont attendues par les urgentistes lors d'une prise en charge par le Smur : opinions et exposé de leurs conditions de mise en œuvre lors d'une enquête par questionnaire auprès de 58 "experts" préhospitaliers », *Journal Européen des Urgences*, vol.22, n°2, p.44-54.
- AUZOULT Laurent (2012), *Conscience de soi et régulations individuelles et sociales*, Paris, Dunod.
- BARBIER Jean-Marie (2006), « Problématique identitaire et engagement des sujets dans les activités », dans Jean-Marie Barbier, Étienne Bourgeois, Guy de Villers & Mokhtar Kaddouri (éds.), *Constructions identitaires et mobilisation des sujets en formation*, Paris, L'Harmattan, p.15-64
- BOURGEOIS Étienne (2006), « Tensions identitaires et engagement en formation », dans Jean-Marie Barbier, Étienne Bourgeois, Guy de Villers & Mokhtar Kaddouri (éds.), *Constructions identitaires et mobilisation des sujets en formation*, Paris, L'Harmattan, p.65-120.
- BURNETT Rachel, BLUMENTHAL James, MARK Daniel, LEIMBERGER Jeffrey & CALIFF Robert (1995), « Distinguishing between early and late responders to symptoms of acute myocardial infarction », *American Journal of Cardiology*, vol.75, n°15, p.1019-1022.

DAMASIO Antonio (2010), *L'Autre moi-même. Les nouvelles cartes du cerveau, de la conscience et des émotions*, Paris, Odile Jacob.

DAMIER Philippe (2014), *Décider en toute connaissance de soi. Neurosciences et décision*, Paris, Odile Jacob.

DA NOBREGA Terezinha Petrucia, SCHIRRER Mary, LEGENDRE Alexandre & ANDRIEU Bernard (2017), « Sentir le vivant de son corps : trois degrés d'éveil de la conscience », *Staps*, n°3, p.39-57.

DAVIS Leslie, MISHEL Merle, MOSER Debra, ESPOSITO Noreen, LYNN Mary & SCHWARTZ Todd (2013), « Thoughts and behaviors of women with symptoms of acute coronary syndrome », *Heart & Lung*, vol.42, n°6, p.428-435.

DE PERETTI Christine, CHIN Francis, TUPPIN Philippe & DANCHIN Nicolas (2012), « Personnes hospitalisées pour infarctus du myocarde en France : tendances 2002-2008 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, vol.41, p.459-470.

DUBAR Claude (1991), *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, Paris, Armand Colin.

DUBAR Claude (1998), « Trajectoires sociales et formes identitaires. Clarifications conceptuelles et méthodologiques », *Sociétés contemporaines*, vol.29, n°1, p.73-85.

DUBAR Claude (2013), *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, Paris, Armand Colin (5^e édition).

GILARD Martine, FAJADET Jean, on behalf of the Stent for Life Scientific Committee : Belle Loïc, Carrie Didier, Cottin Yves, Ducasse Jean-Louis, Dujardin Jean-Jacques, Freysz Marc, Garot Philippe, Goldstein Patrick, Le Breton Hervé, Lefèvre Thierry, Savary Dominique, Hung Trung Ta, Van Belle Eric (2012), « Stent for Life in France », *EuroIntervention*, vol.8, Supplement P, p.77-79.

GOFFMAN Erving (1973), *La mise en scène de la vie quotidienne, Tome 1. La présentation de soi*, Paris, Minuit.

GOLDBERG Robert, STEG Philippe-Gabriel, SADIQ Immad, GRANGER Christopher, JACKSON Elisabeth, BUDAJ Andrzej, BRIEGER David, AVEZUM Alvaro & GOODMAN Shaun (2002), « Extent of, and factors associated with, delay to hospital presentation in patients with acute coronary disease (the GRACE registry) », *American Journal of Cardiology*, vol.89, n°7, p.791-796.

HUSSERL Edmund (2011), *Expérience et jugement*, Paris, Presses universitaires de France (4^e édition).^[1]

JOHANSSON Ingela, SWAHN Eva & STROMBERG Anna (2008), « Spouses' conceptions of the pre-hospital phase when their partners suffered an acute myocardial infarction: a qualitative analysis », *European Journal of Cardiovascular Nursing*, vol.7, n°3, p.182-188.

LAFITTE Marianne, PRADEAU Vincent, LEROUX Lionel, RICHEBOEUF Vincent, TASTET Sandrine, BOULON Carine & COUFFINHAL Thierry (2009), « Efficacy over time of a short overall atherosclerosis management programme on the reduction of cardiovascular risk in patients after an acute coronary syndrome », *Archives of Cardiovascular Diseases*, vol.102, n°1, p.51-58.

LAFITTE Marianne, BARANDON Laurent, PUCHEU Yann, PILLOIS Xavier, GIN Henri, BONNET Jacques & COUFFINHAL Thierry (2010), « After acute coronary syndrome, diabetic patients with peripheral vascular disease remain at high risk of cardiovascular events despite secondary prevention measures », *Archives of Cardiovascular Diseases*, vol.103, n°2, p.97-105.

LAFITTE Marianne (2017), *Subjectivités pendant l'urgence cardiaque*, Thèse de doctorat en sciences de l'éducation, Conservatoire national des arts et métiers, Paris, France.

LAFITTE Marianne (2018), « Reconstituer une scène de crise de santé : conditions du récit de l'expérience vécue lors d'une crise cardiaque », *Le Sujet dans la Cité*, n°9, p.183-196.

LAPANDRY Claude, LAPERCHÉ Thierry, LAMBERT Yves, SAUVAL Patrick, ZUREK Marzena & FOSSE Sandrine (2005), « Pre- hospital management of acute coronary syndromes with ST elevation in the Ile-de-France Region: the E-MUST registry », *Archives des Maladies du Cœur et des Vaisseaux*, vol.98, n°11, p.1137-1142.

- LAPOSTOLLE Frédéric, AMEUR Lydia, GONZALEZ Géraldine, LENOIR Gilles, CATTAN Simon, HENNEQUIN Brigitte, BERUBEN Arielle, CHASSERY Carine & ADNET Frédéric (2006), « Evaluation of patients' knowledge regarding counsels provided in case of chest pain after an acute myocardial infarction », *Archives des maladies du cœur et des vaisseaux*, vol.99, n°12, p.1173-1177.
- LESNESKI Lisa (2010), « Factors influencing treatment delay for patients with acute myocardial infarction », *Applied Nursing Research*, vol.23, n°4, p.185-190.
- LERICHE René (1936), « Introduction générale ; De la santé à la maladie ; La douleur dans les maladies ; Où va la médecine », *Encyclopédie française*, vol.6.
- LUCAS Jean-Pierre (2011), « Prendre Soin. Anamnèse, témoignages, aveux, preuves documentaires », *Études Ricoeuriennes / Ricoeur Studies*, vol.2, n°1, p.179-197.
- MEAD Georges Herbert (2006), *L'esprit, le soi et la société*, Paris, Presses universitaires de France.
- MELIANI Valérie (2013), « Choisir l'analyse par théorisation ancrée : illustration des apports et des limites de la méthode », *Recherches qualitatives*, Hors-série, n°15, p.435-452.
- MILOJEVITCH Esther, LORGIS Luc, FALVO Nicolas, BUFFET Philippe, BOIDRON Laurent, DENTAN Gilles & COTTIN Yves (2012), « Temporal trends in prehospital management of ST-segment elevation myocardial infarction from 2002 to 2010 in Cote d'Or: Data from the RICO registry (obseRvatoire des Infarctus de Côte d'Or) », *Archives of Cardiovascular Diseases*, vol.105, n°12, p.649-655.
- MOUCHET Alain, DEMESLAY Julie & BERTRAND Catherine (2017), « Coopérer en régulation médicale au Samu centre 15 : l'expérience subjective des médecins urgentistes », *Le travail humain*, vol. 80, n°2, p.133-160.
- MOUCHET Alain & BERTRAND Catherine (2018), *Décider en urgence au Samu centre 15*, Toulouse, Octares Éditions.
- PAILLE Pierre (1994), « L'analyse par théorisation ancrée », *Cahiers de recherche sociologique*, n°23, p.147-181.
- PAVY Bruno, BARBET Régis, CARRÉ François, CHAMPION Christine, ILIOU Marie-Christine, JOURDAIN Patrick, JUILLIÈRE Yves, MONPÈRE Catherine & BRION Richard (2013), « Éducation thérapeutique dans la maladie coronarienne : position du Groupe exercice réadaptation et sport (GERS) et de la Commission d'éducation thérapeutique de la Société française de cardiologie », *Archives of Cardiovascular Disease*, vol.106, p.680-689.
- PENVERNE Yann, JENVRIN Joël, DEBIERRE Valérie, MARTINAGE Arnaud, ARNAUDET Idriss, BUNKER Isabelle & BERTHIER Frédéric (2011, juin), « Régulation médicale des situations à risque », dans *Urgences : actes du Congrès de la Société française de médecine d'urgence*, Paris, chapitre 79, p.1015-1033.
- PERKINS-PORRAS Linda, WHITEHEAD Daisy, STRIKE Philip & STEPTOE Andrew (2008), « Causal beliefs, cardiac denial and pre-hospital delays following the onset of acute coronary syndromes », *Journal of behavioral medicine*, vol.31, n°6, p.498-505.
- PERRENOUD Philippe (1999), « Gestion de l'imprévu, analyse de l'action et construction de compétences », *Éducation permanente*, vol.140, n°3, p.123-145.
- PUYMIRAT Étienne, TEIXEIRA Nelson, SIMON Tabassome, STEG Philippe-Gabriel, SCHIELE François, LAMBLIN Nicolas, PROBST Vincent, JUILLIÈRE Yves, FERRIERES Jean & DANCHIN Nicolas (2015), « Patient education after acute myocardial infarction: cardiologists should adapt their message-French registry of acute ST-elevation or non-ST-elevation myocardial infarction 2010 registry », *Journal of Cardiovascular Medicine*, vol.16, n°11, p.761-767.
- STEG Gabriel (2013) « Infarctus du myocarde. Quand le cœur est privé d'oxygène », Information en santé : dossiers d'information de l'Inserm, En ligne <https://www.inserm.fr>
- VERMERSCH Pierre (2011), *L'entretien d'explicitation*, Paris, ESF (7^e édition).
- VERMERSCH Pierre (2012), *Explicitation et phénoménologie*, Paris, Presses universitaires de France.