

**Les maladies cardiovasculaires chez les femmes : une étude qualitative sur les
rapports du coroner du Québec de 2002 à 2017**

Elsa-Karine Harchaoui

Thèse soumise dans le cadre des exigences du programme de
Maîtrise en sciences infirmières

École des sciences infirmières

Faculté des sciences de la santé

Université d'Ottawa

© Elsa-Karine Harchaoui, Ottawa, Canada, 2022

Thèse dirigée par Marie-Claude Thifault, Ph.D

Jury d'évaluation

Sandra Harrisson, Ph.D

Hélène Laperrière, Ph.D

Marie-Claude Thifault, Ph.D

Cette thèse appliquera un procédé d'écriture inclusive et non genré pour éviter toute forme de discrimination et afin d'éviter les accords marqués en genre (grammatical). Nous utiliserons l'emploi des parenthèses dans la section « résumé », « abstract » mais aussi dans les tableaux et figures. Puis, nous utiliserons le « doublet complet » dans l'ensemble du texte (Université de Montréal, 2019; Institut national de la recherche scientifique, s.d).

RÉSUMÉ

Cette étude vise à examiner les facteurs de risque et les circonstances menant aux décès prématurés de femmes québécoises suivant une maladie cardiovasculaire (MCV), à différents stades reproductifs. Quarante-sept rapports provenant du Bureau du Coroner du Québec ont servi de source empirique. Le processus d'analyse de données est inspiré du modèle conceptuel de Fawcett et Ellenbecker. La manière dont les femmes perçoivent leurs risques de MCV et comment les soignant(e)s les ont pris en charge, lors de leur visite à l'urgence, sont également examinés. Les résultats démontrent la présence de biais implicites et de préjugés chez le personnel médical ainsi qu'une forte tendance à la consommation de médicaments psychotropes chez les femmes décédées. Des recommandations sont émises et une grille est proposée comme outil supplémentaire de dépistage des facteurs de risque de MCV chez les femmes. Leur mise en pratique clinique cible autant les étudiant(e)s infirmier(ère)s que les infirmier(ère)s.

Mots clefs : Femmes, maladies cardiovasculaires, genre, sexe, syndrome coronarien aigu, infirmier(ère)s, professionnel(elle)s de la santé, salles d'urgence

ABSTRACT

The purpose of this study is to examine the risk factors and circumstances leading to premature death of Quebec women, of different reproductive stages, due to cardiovascular disease (CVD). Forty-seven reports from the Quebec Coroner's Office served as an empirical source for this research. The data analysis process is inspired from Fawcett and Ellenbecker's conceptual model. Women's perceptions of their CVD risk and how they were managed by their caregivers during their emergency room visit are also examined. The results revealed implicit biases and prejudices among caregivers, as well as a strong tendency for deceased women to use psychotropic medications prior to their death. Recommendations are made and a checklist is proposed as an additional tool to screen for CVD risk factors in women. Their implementation in clinical practice is aimed at nursing students as well as registered nurses.

Keywords : Women, cardiovascular disease, gender, sex, coronary heart disease, nurses, healthcare, health providers, emergency room

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	iii
ABSTRACT.....	iv
LISTE DES TABLEAUX.....	viii
ABRÉVIATIONS ET SIGLES.....	ix
GLOSSAIRE	x
REMERCIEMENTS	xiv
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1. PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE	3
CHAPITRE 2. RECENSION DES ÉCRITS	8
2.1 Perspective historique.....	9
2.2 Impacts des biais et lenteur dans la recherche CV chez les femmes	13
2.3 Perception des femmes en présence de symptômes CV.....	16
2.4 La femme comme patiente cardiaque vue par le personnel médical	18
2.5 Barrières structurelles à l'accès aux soins et démographie.....	19
CHAPITRE 3. CADRE CONCEPTUEL.....	24
3.1 Le cadre conceptuel dans la recherche empirique	24
3.2 Origines du cadre conceptuel MCSISP.....	25
3.3 Description du MCSISP	26
3.4 Pertinence de l'ajout des facteurs reliés au genre et au sexe au MCSISP .	33
CHAPITRE 4. MÉTHODOLOGIE	35

4.1	Le rôle du coroner d’hier à aujourd’hui.....	35
4.2	Le mandat du ou de la coroner	38
4.3	L’enquête et les rapports du coroner comme source empirique	38
4.4	Devis de recherche	39
4.5	Sélection de l’échantillon de travail.....	39
4.6	Description des rapports du coroner.....	43
4.7	Collecte de données à partir de l’échantillon de travail	43
CHAPITRE 5. ANALYSE DES RÉSULTATS.....		45
5.1	Le contexte des maladies cardiovasculaires des femmes au Québec.....	45
5.2	Tendances géographiques et influences sur notre échantillon de femmes.	52
5.3	Effets de la surcharge des urgences sur les femmes souffrant de MCV	57
5.4	Femmes en « situation de vulnérabilité » et développement de MCV	59
5.5	Facteurs de risque CV traditionnels et non traditionnels chez les femmes	78
CHAPITRE 6. DISCUSSION		90
6.1	Prise en charge infirmière des patientes ayant un évènement cardiaque..	91
6.2	Limites de l’étude	103
6.3	Implications pour la pratique infirmière	104
6.4	Pistes futures.....	106
CONCLUSION.....		107
ANNEXE A.....		114

ANNEXE B.....	115
ANNEXE C.....	116
ANNEXE D.....	117
ANNEXE E.....	118
ANNEXE F-1.....	119
ANNEXE F-2.....	120
ANNEXE G.....	122
ANNEXE H.....	145
ANNEXE I.....	146
RÉFÉRENCES.....	147

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Cadre conceptuel MCSISP de Fawcett et Ellenbecker (2015) [traduction libre]	27
Tableau 2. Nombre de décès de femmes en raison de maladies du cœur (par 100 000 habitants).....	47
Tableau 3. Taux de mortalité des hommes et des femmes en raison de MCV graves au Québec (par 100 000 habitants)	49
Tableau 4. Origine géographique au Québec des cas de femmes décédées de l'échantillon recensés dans les rapports du coroner par tranche d'âge entre 2002-2017.....	53
Tableau 5. Facteurs de vulnérabilité des femmes décédées au Québec de MCV recensés dans les rapports du coroner par tranche d'âge entre 2002 et 2017	66
Tableau 6. Facteurs de risques cardiovasculaires des femmes recensés dans les rapports du coroner au Québec par tranche d'âge de 2002 et 2017.....	79

ABRÉVIATIONS ET SIGLES

BCQ	Bureau du coroner du Québec
CCSCF	Centre canadien de santé cardiaque pour les femmes
CLSC	Centre local de services de santé communautaire
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CV	Cardiovasculaire(s)
DSAC	Dissection spontanée de l'artère coronaire
ECG	Électrocardiogramme
ICUO	Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa
MCV	Maladie(s) cardiovasculaire(s)
MC	Maladie(s) coronarienne(s)
MCSISP	Modèle conceptuel des soins infirmiers et de la santé des populations
MINOCA	Myocardial infarction with nonobstructive coronary arteries
SCA	Syndrome coronarien aigu

GLOSSAIRE

Arythmie : l'arythmie est une anomalie qui affecte la fréquence cardiaque normale. En présence d'arythmie, le cœur a tendance à battre trop lentement (bradycardie), trop vite (tachycardie) ou de façon irrégulière. Ces anomalies peuvent exercer une influence sur la quantité de sang que le cœur arrive à pomper. Des formes d'arythmies dangereuses ont des répercussions sur l'apport sanguin et nécessitent de ce fait une prise en charge médicale. Sans traitement, elles peuvent mener à un accident vasculaire cérébral, à une crise cardiaque, à une insuffisance cardiaque ou à une mort subite (Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa) [ICUO], 2021c).

Athérosclérose : athérosclérose ou maladie coronarienne est une maladie qui touche les artères ayant pour fonction de transporter le sang au cœur (artères coronaires). Elle est souvent causée par l'athérosclérose, une accumulation de plaques à l'intérieur de la paroi des artères. Cette accumulation rétrécit peu à peu l'intérieur des artères et ralentit le flot de sang (ICUO, 2022f).

Dyslipidémie : taux anormalement élevés ou diminués de gras (cholestérol, LDL, HDL, triglycérides) dans le sang augmentant le risque de maladies coronariennes (Institut de cardiologie de Montréal [ICM], 2021).

Électrocardiogramme : connu sous le nom de ECG, il permet de mesurer et d'enregistrer l'activité électrique qui traverse le cœur pendant que celui-ci bat. Chaque partie du battement représente une lettre : P, Q, R, S et T sur un graphique. Il permet

d'observer des arythmies bénignes ou malignes pouvant causer la mort (Cœur et AVC, 2022a).

Hypolipidémiant : le cholestérol est une substance que le corps produit et qui ressemble à du gras. Des taux élevés de cholestérol ou de triglycérides (un type de gras ou lipide apparenté) dans le sang sont un important facteur de risque de maladies coronariennes. C'est par une analyse sanguine que l'on mesure le taux de cholestérol. Les personnes qui ont un taux élevé de cholestérol sont souvent traitées par une combinaison de médicaments et de changements à leur mode de vie. En traitant l'hypercholestérolémie avec des hypolipidémiants (statine), il y a une réduction de risques de maladies du cœur et d'accident vasculaire cérébral (ICUO, 2022e).

Infarctus du myocarde ou crise cardiaque : lorsque le muscle cardiaque possède un déficit d'oxygène pendant plus de 20 minutes, ce qui cause la mort (nécrose) de la portion du myocarde irriguée par l'artère bloquée occluse. Cela peut causer des dommages permanents au cœur. Le diagnostic de crise cardiaque est confirmé par des analyses sanguines et un électrocardiogramme, ou ECG (test qui enregistre l'activité électrique du cœur) (ICUO, 2022b).

Médicaments psychotropes : utilisés dans le traitement des maladies mentales et des maladies neurologiques. Ces substances affectent le système nerveux central et agissent sur les fonctions cognitives c'est-à-dire la mémoire et la concentration mais aussi sur les comportements et sur l'humeur (Commission de l'éthique en science et en technologie, s.d.).

NSTEMI : l'infarctus du myocarde sans élévation ST à l'ECG « NSTEMI » qui nécessite la découverte d'une troponine élevée. Il se distingue du STEMI en fonction des caractéristiques de l'ECG. La distinction est importante dans la mesure où la prise en charge précoce diffère. Chez les patientes et les patients atteints de NSTEMI, l'ECG lors de la présentation peut ne pas montrer d'anomalies significatives. Les modifications du segment ST et/ou de l'onde T sont souvent dynamiques et peuvent être transitoires (Simon et Alpert, 2022) [traduction libre].

Scintigraphie avec thallium : test diagnostique qui utilise un agent repérable radioactif (le thallium) afin de voir combien de sang atteint divers endroits du cœur (Cœur et AVC, 2022c). Il permet de déterminer la taille et l'emplacement des lésions qu'a subi le muscle cardiaque à la suite d'une crise cardiaque. Il permet au médecin de connaître l'approvisionnement en sang des cellules du cœur.

STEMI : l'infarctus du myocarde « STEMI » avec élévation de l'onde ST (généralement transitoire) ou une inversion de l'onde T est accompagné d'une troponine élevée. La prise en charge rapide s'impose (Simon et Alpert, 2022) (traduction libre).

Syndrome du QT long : une anomalie du système électrique du cœur (une arythmie) qui contrôle la fréquence (vitesse) et le rythme cardiaque. Un long QT peut causer des battements rapides et chaotiques, ce qui peut causer un évanouissement soudain ou des convulsions. Dans certains cas, le cœur peut s'arrêter, causant une mort subite (Cœur et AVC, 2022b).

Troponine : la nécrose (mort) des cellules du cœur entraîne la libération dans le sang d'une protéine nommée troponine cardiaque. Dans la majorité des cas, un résultat positif au test de dépistage de cette protéine fait au courant d'un bilan sanguin confirme le diagnostic de crise cardiaque (ICUO, 2022b).

Valvulopathie : dans le cœur il y a quatre valvules : la valvule tricuspide, la valvule pulmonaire, la valvule mitrale et la valvule aortique. Chaque cavité est dotée d'une valvule contrôlant le débit unidirectionnel et continu du sang, qui traverse le cœur pour se diriger vers les poumons et le reste du corps.

La valvulopathie survient quand une ou plusieurs valvules n'arrivent plus à s'ouvrir ou à se refermer correctement. La valvulopathie peut être légère, modérée ou grave. Elle peut causer une hypertrophie du cœur ou une insuffisance cardiaque (Cœur et AVC, 2022e).

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, j'aimerais remercier ma superviseuse de thèse Professeure Marie-Claude Thifault pour m'avoir partagé son intérêt pour l'Histoire et les récits de vie de femmes. Ton écoute bienveillante, ta patience et ton appui m'ont grandement aidée. Je remercie également le Bureau du coroner du Québec de m'avoir donné accès aux dossiers du coroner afin de faire mon étude. Je tiens à exprimer ma gratitude envers ma famille et mon entourage pour leur apport respectif en termes d'encouragements, de recommandations et de commentaires et pour m'avoir inspirée et motivée à terminer cette thèse. Je suis reconnaissante envers mes parents Malika et Tarek, ma sœur Aurélie Romy et mes tantes Nadia et Soraya pour leur soutien infaillible tout au long de ce parcours à la maîtrise et lors de la rédaction de cette thèse. Je désire remercier mon merveilleux époux pour m'avoir épaulée, écoutée et pour m'avoir fourni de précieux conseils avisés lors de mes moments de doute. Je remercie ma belle-mère Francine pour son aide inestimable afin de faire avancer cette thèse. Finalement, la présence de mon fils Liam à mes côtés, avec ses sourires et son affection a été une réelle source de motivation pour mener à bien ce projet.

*Pour toutes ces femmes et ces mères qui s'oublient.
Mais particulièrement pour toi maman
qui a toujours cru en moi.
Cette thèse est dédiée à ta mémoire*

INTRODUCTION

Historiquement, la santé cardiovasculaire (CV) des femmes n'était pas une priorité pour les chercheurs et les chercheuses et le personnel médical de l'époque (King et Paul, 1996; Nedelman, 2017). Par exemple, l'idée que les troubles coronariens ne touchent que les hommes ou encore que ce ne sont que les femmes âgées qui décèdent de valvulopathies ne date pas d'hier. Ce mythe, longtemps entretenu par la communauté médicale a causé des lacunes dans les connaissances auprès des professionnels et professionnelles de la santé dans le domaine de la santé cardiaque des femmes (King et Paul, 1996; Schoenberg et al., 2003; Salle et Vidal, 2017). De surcroît, ces manques ont eu des impacts sur l'éducation offerte aux patientes concernant leurs signes et symptômes CV atypiques (Thomas et Braus, 1998; McCormick et Bunting, 2002). Avec le temps, les écrits sur les maladies cardiovasculaires (MCV) chez les femmes ont été plus abondants. Cette littérature a révélé que les jeunes femmes et les femmes d'âge moyen peuvent aussi en être lourdement affectées (Garcia et al., 2016). De ce fait, cela pourrait accentuer leurs risques d'en décéder. Par ailleurs, les statistiques démontrent que les MCV tels que l'insuffisance cardiaque, l'infarctus du myocarde ou encore un accident vasculaire cérébral sont parmi les principales causes de décès chez les femmes au Canada. Nous savons que leur risque de souffrir d'une MCV s'accroît avec l'âge une fois que le stade de la ménopause est atteint (Mosca et al., 2013; Cœur et AVC, 2018; Agence de santé publique du Canada, 2018).

L'étude décrite dans ce manuscrit s'adresse particulièrement aux étudiantes et étudiants infirmiers et les infirmiers et infirmières. Nous débuterons par l'énoncé de notre problématique de recherche. Par la suite, nous aborderons notre recension des écrits. Le

troisième chapitre décrira notre cadre conceptuel qui s’inspire du Modèle conceptuel des sciences infirmières et de la santé des populations [MCSISP] de Fawcett et Ellenbecker (2015). Le chapitre suivant portera sur notre méthodologie de recherche dont la source primaire est constituée de dossiers du coronar qui sont mis à la disposition du public par le Bureau du coronar du Québec. Au chapitre cinq, nous détaillerons l’analyse des résultats recueillis à partir d’un échantillon de 47 rapports du coronar de femmes. Celles-ci étaient âgées de 15 à 65 ans et sont décédées de MCV au Québec entre les années 2002 à 2017. Ce manuscrit de thèse se terminera au chapitre six avec une discussion qui énumèrera nos constats de recherche et nos recommandations en lien avec notre problématique de recherche.

CHAPITRE 1. PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE

La genèse de cette thèse provient en partie d'observations effectuées lors du stage de consolidation en milieu hospitalier, en sciences infirmières. Notre préoccupation clinique a pris racine lorsque nous avons remarqué des cas de femmes ayant subi un évènement CV. À l'époque, elles avaient mentionné avoir banalisé leurs symptômes atypiques, ce qui avait aggravé leur condition cardiaque et diminué leur éligibilité à certaines interventions et traitements. Par atypiques, nous entendons des symptômes qui ne sont pas communément interprétés par la population en générale comme étant synonymes d'évènements cardiaques. Les symptômes dits « standards » associés aux MCV sont la sensation de pression, de coup de couteau ou de douleur au bras gauche. Toutefois, ils ne sont pas les seuls à annoncer un évènement cardiaque aigu (Schoenberg et al., 2003). En effet, les femmes ne se présentent pas toujours aux urgences avec ces symptômes CV typiques. Au contraire, les femmes peuvent se plaindre de symptômes dits « atypiques » ou « prodromiques ». Elles peuvent éprouver des nausées, des vomissements, de la diaphorèse, de la fatigue, de la douleur au dos et de la douleur au bras. Certaines femmes peuvent même se présenter avec des symptômes de grippe (Lichtman et al., 2015; Smith et al., 2018; Centre canadien de santé cardiaque pour les femmes [CCSCF], s.d.-b). Dès lors, nous nous sommes intéressées davantage au sujet des MCV qui touchent les femmes et nous avons constaté grâce à nos lectures que la participation des femmes a longtemps été exclue des essais cliniques dans ce domaine de la médecine (Oliffe et Greaves, 2012; Salle et Vidal, 2017; Lepage, 2018). Dans ce chapitre, nous introduisons donc l'importance de l'incorporation du genre et du sexe dans les études, puis nous aborderons notre problématique de recherche. Elle consiste à tenter

d'examiner pour mieux comprendre les causes sous-jacentes du décès prématuré de « jeunes » femmes atteintes de MCV, et ce, avant même qu'elles atteignent l'âge de la ménopause. Puis, nous énoncerons notre question de recherche en précisant des objectifs qui cadreront notre étude.

En 2019, nos hypothèses de recherche se sont concrétisées après la lecture d'un article dans le journal La Presse. Ce reportage relatait le cas de Julie Thibault qui avait fait l'objet d'une enquête du coroner. Le coroner avait catégorisé comme « évitable » la mort de Julie. Cette femme, âgée de 39 ans, était décédée à la suite d'un infarctus du myocarde. Son autopsie avait révélé qu'elle avait subi un premier infarctus de deux à huit semaines précédant son décès (Lévesque et Gagnon, 2020). L'histoire de cette mère de famille nous avait interpellé car elle avait consulté non seulement son médecin de famille, mais aussi un médecin de la salle d'urgence, pour investiguer ses symptômes aigus qui avaient débuté et évolué plusieurs mois auparavant. Lors de la visite de Julie à la salle d'urgence, l'urgentologue n'avait pas pris connaissance de son électrocardiogramme [ECG], dont le tracé était anormal. De plus, il n'avait pas demandé de bilan sanguin pour évaluer la valeur de la troponine dans le but d'éliminer le risque d'un infarctus du myocarde. Avant sa mort, elle avait mentionné à sa sœur qu'elle pensait être en train d'éprouver une « crise cardiaque »; mais comme beaucoup de femmes, sa sœur a balayé du revers de la main cette hypothèse jugeant Julie trop « jeune » à 39 ans pour souffrir d'un infarctus du myocarde. Nous pensions à l'époque que le cas de Julie Thibault, qui avait mis en lumière la problématique de santé cardiaque chez les femmes, allait susciter un éveil des consciences. Or, un an plus tard, le cas de Joyce Echaquan a fait la manchette des médias de manière retentissante au point d'avoir fait l'objet d'échos à

l'international (Cecco, 2020; British Broadcasting Corporation, 2021; Gaxet, 2021). En septembre 2020, comme une majorité de Québécois et de Québécoises, nous avons visualisé en direct la vidéo de Joyce Echaquan. Nous pouvions observer les conditions dégradantes et les propos insultants qui ont été tenus à la patiente de culture autochtone hospitalisée dans une urgence du Québec. Ce que nous avons appris lors de la lecture du rapport du coroner est que Joyce Echaquan, âgée de 37 ans et mère de famille de 7 enfants, est décédée d'un choc cardiogénique dans un contexte de cœur malade. Nous avons pu lire l'impact qu'a eu le manque de considération par les soignantes et les soignants de l'urgence de son historique médicale et de ses facteurs de risque CV; tous significatifs. De surcroît, les plaintes et les douleurs ressenties par Joyce ont été ignorées par le personnel médical durant son hospitalisation. Le racisme et les préjugés vécus par Joyce ont tous été contributifs à la venue prématurée de son décès, catégorisé par le coroner comme étant accidentel (Bureau du Coroner du Québec [BCQ], 2020b).

Les MCV qui touchent les femmes constituent de bons exemples de problématiques de santé qui justifient l'importance de prendre en compte les déterminants sociaux et les facteurs environnementaux qui touchent les différents types de population de femmes (Kreatsoulas et Anand, 2010; Norris et al., 2019). D'ailleurs, il est devenu essentiel pour les chercheuses et les chercheurs de même que pour les professionnelles et les professionnels de la santé d'y porter attention, puisqu'ils et elles ont une incidence sur la venue précoce de certaines maladies (Agence de santé publique du Canada, 2013). Par conséquent, nous avons décidé d'approfondir nos recherches pour mieux comprendre certains concepts en lien avec les raisons tant médicales que sociales qui expliquent les décès de « jeunes » femmes d'une cause cardiaque. Nous nous

intéresserons particulièrement à la période de leur vie, avant qu'elles atteignent le stade de la ménopause. Ainsi, nous avons ciblé deux éléments qui ont retenu notre attention, en ce qui concerne les MCV qui touchent les femmes québécoises.

Le premier élément qui nous a intrigués a été la raison pour laquelle les femmes semblent reporter à un moment ultérieur la consultation d'un professionnel ou d'une professionnelle de la santé notamment, lorsqu'elles souffrent de symptômes aigus de nature cardiaque (Moore et al., 2010). De ce fait, cela accentue leur situation de vulnérabilité et augmente aussi leur risque d'être gravement affectées par une MCV, puis d'en décéder (Dempsey et al., 1995; Lichtman et al., 2015).

Le second élément qui a retenu notre attention est que même si les femmes décident de finalement aller consulter un professionnel ou une professionnelle de la santé, en raison de leurs symptômes, médecins comme infirmiers ou infirmières semblent banaliser leurs signes et symptômes atypiques. Ces soignants et soignantes ne semblent pas non plus accorder la considération nécessaire à leur état de santé et à leurs plaintes de douleurs (Cleghorn, 2021). Ainsi, ces circonstances génèrent des retards, lorsque dans les faits, la situation médicale de ces femmes est urgente et nécessite une prise en charge médicale rapide, pour éviter des complications de leur condition de santé CV. Cela nous a amené à formuler la question de recherche suivante : Quels sont les facteurs de risque issus du contexte de vie des femmes québécoises, à différents stades reproductifs, qui sont responsables de la mort prématurée causée par une MCV chez ces dernières? Pour y répondre, notre démarche de recherche consiste à étudier l'expérience des femmes lorsqu'elles subissent un événement CV. Nous utiliserons les rapports du coronar à titre de source empirique, pour examiner les circonstances qui ont contribué à leur décès aussi

imprévu que soudain. Précisons que dans le cadre de cette thèse, nous nous concentrerons uniquement sur les infirmiers et les infirmières à titre de professionnels et de professionnelles de la santé. Nous avons donc formulé les objectifs de recherche suivants :

1. Analyser la prise en charge de femmes qui sont aujourd'hui décédées d'une MCV, en portant une attention particulière à la prestation de soins offerts par le personnel infirmier ;
2. Observer si des tendances similaires sont présentes d'un rapport de coroner à l'autre, malgré les différences entre les événements liés aux décès et le contexte de vie de chacune des femmes décédées d'une MCV ;
3. Sensibiliser les étudiants et étudiantes en soins infirmiers et le personnel infirmier aux concepts de genre et de sexe afin qu'ils soient implémentés très tôt dans la pratique clinique.

En résumé, ce chapitre a introduit la pertinence de la prise en compte du genre et du sexe dans les études et sa nécessité pour générer des données probantes fiables et sécuritaires pour les patientes. Nous avons aussi souligné l'impact à long terme des thérapies et traitements, mais surtout de la prise en charge clinique des patientes atteintes de MCV engendrées par un manque d'équité dans la recherche. Donc, notre question de recherche et les objectifs énumérés précédemment constituent le fondement de l'étude qualitative que nous avons menée et dont les résultats sont décrits dans les chapitres qui suivent.

CHAPITRE 2. RECENSION DES ÉCRITS

Avant 1986, les problématiques de santé des femmes, autres que celles reliées à la santé reproductive, recevaient peu d'attention dans la littérature médicale. Les recherches sur les maladies cardiaques à cette époque étaient généralement menées à partir d'un échantillon majoritairement masculin (Miller et Kollauf, 2002). Le cheminement vers la reconnaissance des femmes comme patientes cardiaques par la communauté scientifique fut graduel, tout comme l'avancement de la discipline infirmière et de la recherche dans le domaine des sciences infirmières (King et Paul, 1996). Cette évolution a permis d'influencer lentement les questions concernant les femmes ayant des MCV, donnant lieu à une réflexion plus mûre et plus approfondie sur cet enjeu de taille, auprès des soignants et des soignantes. Des efforts ont été déployés dans la recherche au fil des années pour essayer de mieux cerner la dimension du genre et considérer les déterminants sociaux de la santé qui touchent la charge mentale des femmes (Kreatsoulas et Anand, 2010; O'Neil et al., 2018; Gresy et al., 2020). Les particularités relatives au sexe ont aussi suscité l'intérêt des chercheurs et chercheuses puisque certaines caractéristiques anatomiques et physiologiques contribuent à rendre les femmes plus vulnérables aux troubles CV (O'Neil et al., 2018). Au cours du présent chapitre nous aborderont les thèmes suivants : (1) Perspective historique, (2) Impacts des biais et lenteur dans la recherche CV qui touchent les femmes, (3) Perception des femmes en présence de symptômes CV, (4) La femme comme patiente cardiaque vue par le personnel médical et (5) Barrières structurelles à l'accès aux soins et démographie.

2.1 Perspective historique

Entre les années 1995 et 2008, plusieurs articles ont fait résonner la voix des infirmières en ce qui concerne les MCV chez les femmes (Dempsey et al., 1995; King et Paul, 1996; Miklaucich, 1998; Varvaro, 2000; Miller, 2002; Lockyer et Bury, 2002; Miracle, 2010). Les femmes semblaient enfin être considérées comme des patientes cardiaques à proprement dit, c'est-à-dire considérées comme des personnes à part entière, traitées de façon digne et sérieuse, uniquement à partir du milieu des années 1980 (Thomas et Braus, 1998). Auparavant, les chercheurs et chercheuses attribuaient nettement plus d'intérêt sur les causes à l'origine des MCV chez les hommes que chez les femmes. Ce n'est qu'au début des années 90 que les avant-gardistes ont commencé à légitimer l'importance de la perspective féministe et tout le potentiel qu'elle représentait pour la profession infirmière (King et Paul, 1996). Puis, cette époque charnière a sonné le glas quant à l'omission systématique des femmes atteintes de MCV dans la recherche, particulièrement en ce qui concerne les traitements prodigués aux femmes. En outre, cette évolution qui a débuté il y a plus de trente ans, a changé progressivement l'image que les soignants et les soignantes et les chercheurs et chercheuses se faisaient des femmes à titre de patientes cardiaques. En effet, elles étaient enfin perçues comme un groupe unique et distinct, muni de caractéristiques propres à leurs attributs sexuels, plutôt que d'être considérées tel un sous-groupe issu du large spectre de prédominance masculine (Thomas et Braus, 1998; McCormick et Bunting, 2002).

Au milieu du XXe siècle, des mouvements féministes se sont instaurés dans le domaine de la santé, afin de révolutionner la recherche biomédicale et clinique pour améliorer la santé des femmes (Salle et Vidal, 2017). À l'époque, les chercheurs et chercheuses

n'étaient pas particulièrement enthousiastes à l'idée de recruter des participantes féminines, en raison de leur statut reproductif. Ces derniers et ces dernières estimaient que les hormones des femmes pouvaient fausser les résultats de leurs études. Les chercheurs et les chercheuses ne voulaient pas risquer non plus que les participantes puissent mettre au monde des enfants avec des malformations congénitales, donc préféraient recruter des modèles masculins plutôt que féminins (Merkatz, 1998; McCormick et Bunting, 2002). Un exemple des biais dans la recherche est qu'en 1977 le *U.S. Food & Drug Administration* [FDA] avait publié des recommandations pour l'exclusion des femmes, ayant le potentiel d'enfanter, dans les phases cliniques précoces de la majorité des essais cliniques (U. S. Food and Drug Administration, 2018). Cette interdiction a été mise en œuvre dans un contexte où certains médicaments tératogènes— tel que la thalidomide— avaient causé des malformations congénitales (Merkatz, 1998). Toutefois, en 1993 la FDA a fait abstraction de ces recommandations et a implanté de nouvelles lignes directrices émises précisément dans le but d'exiger l'analyse du genre et du sexe dans les recherches (U. S. Food and Drug Administration, 2018).

La tendance à ignorer les maladies qui touchent plus particulièrement les femmes fut critiquée également en 1995, lors de la quatrième Conférence mondiale des Nations Unies sur les femmes à Beijing. Ainsi, l'Organisation mondiale de la santé s'est dotée d'un département « Femmes, genre et santé » et a intégré la perspective genrée dans l'ensemble de ses activités depuis 2002 (Gresy et al., 2020). Lors de cette conférence, le Canada s'est engagé, au sein de tous ses ministères et de ses organismes, à examiner les répercussions sur les femmes et sur les hommes dans l'élaboration de politiques, de mesures législatives et de programmes (Santé Canada, 2010). De ce fait, il a élaboré un

‘Plan fédéral pour l’égalité des sexes’ afin de reconnaître au sein du système de santé canadien la nécessité d’accorder aux femmes et aux hommes « un traitement » égal. Ultérieurement, en 2000, Santé Canada s’est penchée plus spécifiquement sur cette problématique qui touche les femmes et a développé une ‘Stratégie pour la santé des femmes’ afin de répondre aux recommandations émises à la conférence de Beijing. Cette stratégie s’est appuyée sur le principe que le contexte de vie des femmes; notamment leur santé, leur situation sociale et leur contexte économique sont interdépendants et influent sur leur bien-être (Santé Canada, 2010). L’implantation de la politique de Santé Canada entre 2000 et 2003 en matière d’*analyse comparative entre les sexes* visait entre autres l’élaboration, la mise en œuvre et l’évaluation de la recherche en matière de santé afin de la rendre plus équitable. Toutefois, bien que Santé Canada ait révisé ses critères d’analyse en 1996 afin de favoriser une inclusion sécuritaire des femmes dans les essais cliniques, ce n’est que depuis 2006 que les Instituts de recherche en santé du Canada [IRSC] imposent aux chercheurs et chercheuses et professionnels et professionnelles de la santé la prise en compte du sexe comme variable biologique et le genre comme facteur socioculturel (Santé Canada, 2010; IRSC, 2019). L’ajout de ces critères visaient donc à augmenter le nombre d’études intégrant le sexe¹ et le genre² comme variables explicatives et ainsi à réduire l’écart présent dans les études portant sur les hommes et sur les femmes (OliFFE et Greaves, 2012). Cette mesure fut complémentée et supportée par la politique fédérale mentionnée plus haut qui exige la prise en compte des composantes du

¹ Selon les IRSC, le sexe est déterminé par un ensemble d’attributs biologiques associé à des caractéristiques physiques et physiologiques (IRSC, 2015).

² Selon les IRSC, le genre se détermine par les identités, les comportements, les expressions et les rôles construits socialement (IRSC, 2015).

genre et du sexe dans l'élaboration de politiques à travers les départements du gouvernement du Canada, dont Santé Canada. Oliffe et Greaves (2012) expliquent dans leur article que cette politique a forcé les chercheurs et les chercheuses à considérer des questions plus larges afin de créer des politiques sociales, des politiques de santé et des politiques économiques justes, autant pour les hommes que pour les femmes. D'ailleurs, un audit de cette politique fédérale sur les analyses de genre a été mené en 2015 par le Bureau du vérificateur général du Canada. En somme, il a été démontré que son application n'était que minimale. De plus, il a été établi que même lorsque des analyses comparatives entre les sexes ont été effectuées par les départements gouvernementaux et que des analyses d'impacts ont été étudiées, celles-ci n'ont toutefois pas été prises en compte dans le développement de nouvelles politiques publiques (Oliffe et Greaves, 2012; Bureau du vérificateur général du Canada, 2015). Dans leur article, Tannenbaum et al. (2017) appuient cet état de fait et vont plus loin en dénonçant dans leur étude les incohérences remarquées dans l'intégration des données probantes sur le sexe et le genre par rapport aux guides de pratiques cliniques canadiennes. Elles relatent que seulement 35 % des lignes directrices émises font état de considérations relatives au dépistage, au diagnostic ou à la prise en charge en rapport spécifique au sexe ou au genre, et seulement 25 % utilisent correctement les termes « sexe » et « genre ». Dans leurs articles respectifs, Garcia et al. (2016) et Norris et al. (2020) sont aussi arrivés à des conclusions similaires, particulièrement sur le fait que la reconnaissance des influences du sexe et du genre dans les soins cliniques CV des femmes ait été lente, voire absente au fil des années.

2.2 Impacts des biais et lenteur dans la recherche CV chez les femmes

Au fil des années, l'accumulation du manque d'études spécifiques au sexe et au genre semble avoir affecté les soins et les thérapies présentement offertes aux femmes atteintes de MCV, ce qui les défavorisent continuellement par rapport aux hommes (Miller, 2002; Norris et al., 2019). D'ailleurs, la Dre Cara Tannenbaum, directrice scientifique à l'Institut du genre et de la santé aux Instituts de recherche de santé du Canada, s'est exprimée lors d'une entrevue diffusée au Canadian Broadcasting Corporation [CBC] au sujet des disparités dans la recherche faite chez les femmes en disant :

Male scientists typically included men because they saw the world through their lens and they naturally assume that whatever scientific findings they found in men they'd be able to extrapolate and apply to women. But what men of course don't appreciate is that women are not just small men. (Tannenbaum, 2019)

Avec le temps, les méthodes de recherches discriminatoires ont mené à des interventions diagnostiques et à la prescription de certains médicaments CV offerts aux femmes, mais celles-ci étaient conçues à partir des essais cliniques comportant des modèles d'hommes (McCormick et Bunting, 2002; Maas et Appelman, 2010; Tannenbaum et al., 2017). En outre, Lockyer et Bury (2002) ajoutent que cette construction de la maladie coronarienne (MC) comme une maladie masculine a conduit à une offre de services conçue pour répondre aux besoins des hommes, ce qui peut être considéré comme une atteinte aux femmes. Elles sont donc diagnostiquées alors qu'elles sont plus avancées dans la trajectoire de la MCV. Cela signifie également qu'une fois le diagnostic posé, elles ont moins de chances d'être orientées vers des examens, des traitements, ou encore dans un

programme de réadaptation cardiaque. De leur côté, Mosca et al. (2013) ont établi dans leur recherche qu'entre 1997 et 2012, le taux de sensibilisation aux MCV, en tant que principale cause de décès, a presque doublé (56 % par opposition à 30 %). Cependant, en 2012, la tendance s'est inversée. En effet, bien qu'il y ait eu une réelle prise de conscience des symptômes atypiques des MCV chez les femmes depuis 1997, la sensibilisation faite à ce sujet semble toutefois avoir stagné et elle demeure aujourd'hui bien en deçà des résultats escomptés.

Les symptômes « atypiques » des femmes furent longtemps analysés sous l'angle d'une déviation de la norme ; c'est-à-dire du portrait clinique typique des MCV chez les hommes. Dans une publication de 2018, l'organisme Cœur et AVC confirme cet état de fait. D'ailleurs, il dresse également la corrélation suivante : puisque les femmes étaient perçues tels des sujets non fiables étant donné l'imprévisibilité des résultats qu'elles affichaient, cela a contribué au fait que pendant des générations entières, les médicaments furent uniquement testés chez les hommes. Pourtant, ces médicaments étaient prescrits aussi bien pour les hommes que pour les femmes (Cœur et AVC, 2018a; O'Neil et al., 2018). Encore aujourd'hui, certains chercheurs et chercheuses continuent de penser que les femmes répondront de façon similaire à de la médication conceptualisée pour et par des hommes. Toutefois, pareille médication passe sous silence des variables de première importance pour les patientes femmes telles que leurs hormones, les différences de poids (entre les hommes et les femmes) et les variables reliées au genre comme la réalité unique des femmes et leur rôle social dans la société qui est la nôtre (McCormick et Bunting, 2002). De surcroît, la littérature note couramment que les femmes atteintes de MCV sont moins portées à avoir accès aux mêmes thérapies et interventions diagnostiques que les

hommes (Anand et al., 2005; Bairey Merz et al., 2006; Bönte et al., 2008; Dennison Himmelfarb et Hayman, 2016; Garcia et al., 2016; Pacheco et al., 2022). Toutefois, lorsqu'elles y ont accès, ces thérapies et ces interventions mettent les femmes à risques de réactions indésirables (Maas et al., 2010). Par exemple, une angiographie coronaire visant une revascularisation est recommandée chez les femmes qui se présentent avec un NSTEMI ou une angine instable avec des caractéristiques critiques comme dans le cas d'une valeur de troponine élevée (Simon et Alpert, 2022). Néanmoins, certaines études chez les femmes hospitalisées au Canada avec un NSTEMI et une angine instable rapportent que, comparativement aux hommes, celles qui auraient subi une intervention de revascularisation coronaire développaient un plus haut risque d'événements cardiaques récurrents (tels que des saignements et des complications rénales et vasculaires). Ainsi, l'usage d'endoprothèses avec stent à élution médicamenteuse est plus sécuritaire pour les femmes que celles qui sont en métal. De ce fait, cette endoprothèse avec médication devrait être l'outil de choix, lors d'une revascularisation de larges artères chez les femmes (Norris et al., 2020). L'infarctus du myocarde aigu sans présence de maladies coronariennes [MINOCA] est un autre exemple de disparités homme-femme rapportées par plus d'un groupe de chercheurs et chercheuses (Pacheco et al., 2018; Tamis-Holland et Jneid, 2018). Cette problématique cardiaque, qui touche davantage de femmes que d'hommes, est souvent méconnue et mal diagnostiquée par le corps médical (American Heart Association, 2018). En effet, selon les écrits, bien que cette pathologie cardiaque soit connue depuis au moins 80 ans, le MINOCA n'a que récemment été investigué activement (Pacheco et al., 2018; Tamis-Holland et Jneid, 2018).

2.3 Perception des femmes en présence de symptômes CV

La banalisation des symptômes CV chez les femmes lorsqu'elles présentent des signes et symptômes avant-coureurs d'un évènement cardiaque est un concept qui revient fréquemment dans les écrits, depuis plus de dix ans (Finnegan et al., 2000; McKinley et al., 2000; Schoenberg et al., 2003; Rosenberg et al. 2005; Nguyen et al., 2010; Lichtman et al., 2015; Gyberg et al., 2016; Smith et al., 2018). Plusieurs raisons qui font pencher la balance sont mentionnées par les auteurs et auteures, en particulier lorsqu'il est question de consulter les urgences. Notamment, les femmes ne reconnaissent pas la nature atypique de leurs symptômes CV et la sévérité de leur condition cardiaque nécessitant une assistance médicale rapide (Pacheco et al., 2022). L'expression « *coronary candidate* » est même employée par plusieurs auteurs et auteures, pour faire référence au fait que les femmes ne se perçoivent pas comme de potentielles candidates à subir un syndrome coronarien aigu (SCA) ou une MCV, comparativement à leurs homologues masculins (Schoenberg et al., 2003; Frich et al., 2007; Emslie et Hunt, 2009; Smith et al., 2018). Plusieurs chercheurs et chercheuses rapportent aussi que certaines femmes persistent à croire que les 'crises cardiaques' sont une maladie d'« homme » (Dempsey et al., 1995; Finnegan et al., 2000; Lockyer et Bury, 2002 ; Schoenberg et al., 2003; Nguyen et al., 2010). De ce fait, elles ne reconnaissaient pas la gravité de leurs symptômes car elles ne conçoivent pas qu'ils puissent être attribués à un mal cardiaque annonciateur d'un problème urgent (Dempsey et al., 1995). En d'autres mots, l'éventualité qu'elles puissent être potentiellement à risque d'une MCV, au même titre que les hommes, ne concorde pas avec leur schème de pensée.

Les femmes, peu importe leur âge, cultivaient une perception altérée de la réalité. Elles croient davantage qu'un homme d'âge moyen, sédentaire, fumeur, qui a une alimentation malsaine et peu équilibrée soit plus à risque de MCV ou d'un SCA qu'elles ne le soient (Schoenberg et al., 2003; Smith et al., 2018; Gooding et al., 2020). C'est particulièrement le cas de jeunes femmes de 35-55 ans qui n'associaient pas leur lourd historique familial cardiaque à l'accentuation de leur vulnérabilité de subir un événement cardiaque ou de souffrir de MCV (Lichtman et al., 2015). Pourtant, comme le mentionnent Garcia et al. (2016), beaucoup de facteurs de risque augmentent en prévalence et en gravité, en particulier chez les jeunes femmes. C'est notamment le cas des facteurs de risque non-traditionnels comme les accouchements prématurés, l'hypertension de grossesse, le diabète gestationnel, les maladies auto-immunes, les traitements contre le cancer du sein et la dépression; ceux-ci sont tous des facteurs de risque que pourraient présenter une femme au cours de sa vie reproductive. Ces auteurs et auteures décrivent aussi les facteurs de risque plus classiques tels que l'hypertension, la dyslipidémie, le diabète de type 2, le tabagisme, l'obésité et l'inactivité physique qui sont non négligeables, et ce, même auprès des femmes.

De plus, l'expérience que les femmes ont eue en ce qui a trait à leurs consultations médicales passées avec les prestataires de soins de santé semblent rentrer en ligne de compte quand vient le temps de prendre la décision d'obtenir une aide médicale imminente (Moser et al., 2005; Gyberg et al., 2016). L'anticipation du risque de ne pas être prise au sérieux par les soignants et soignantes réduit davantage les femmes au silence au moment de rapporter leurs symptômes « hors normes » (Schoenberg et al., 2003). Leur désir de ne pas 'déranger' et leurs tentatives infructueuses de soulager

d'elles-mêmes leurs symptômes sont deux éléments supplémentaires qui augmenteraient les délais de consultation médicale et aggraveraient leur condition cardiaque (Dempsey et al., 1995; Nguyen et al., 2010; Gyberg et al., 2016).

2.4 La femme comme patiente cardiaque vue par le personnel médical

La littérature suggère que les professionnels et professionnelles de la santé sont bel et bien informés du fait que des différences de genre subsistent dans la prévention et la gestion des risques CV. Néanmoins, les médecins persistent à alimenter les stéréotypes par rapport au patient 'type' à risque de MC, ce qui influence la prise en charge des patients et patientes. De ce fait, ces biais affectent la probabilité de la pose d'un diagnostic juste menant à une prise en charge et un traitement adéquat pour les femmes (van Ryn et Fu, 2003; Bönke et al., 2008). Alors, à force de concevoir les MCV comme une maladie « d'homme » au fil des années, cela a influencé non seulement comment les soignants et les soignantes perçoivent les MC et les patients et les patientes qui en sont le plus à risques, mais cela a aussi exercé une influence sur la conscience collective contribuant à amener les femmes à se considérer comme étant à faible risque (Lockyer et Bury, 2002). D'ailleurs, l'interprétation psychosomatique des symptômes cardiaques des femmes par plusieurs prestataires de soins de santé est un concept qui revient souvent dans la littérature, contribuant ainsi à délégitimer et à amoindrir lesdits symptômes et renforçant ainsi la perception des femmes de n'être pas prises au sérieux (Schoenberg et al., 2003; Lichtman et al., 2015; Cleghorn, 2021). Certaines études révèlent que les femmes ont plus tendance à rencontrer des délais dans leur prise en charge en comparaison aux hommes (Nguyen et al., 2010; Lichtman et al., 2015). Ce manque d'attention à la perspective féminine du traitement des MCV a été soulevé par les auteurs

et auteures Rosenfeld et al. (2005). Ces derniers et dernières critiquaient le peu de progrès noté dans la réduction du temps décisionnel du personnel soignant lorsque des femmes souffrent de symptômes cardiaques liés à un infarctus du myocarde se présentaient devant eux. Cela avait pour effet dévastateur d'aggraver leur condition.

En revanche, Schoenberg et al. (2003) ont examiné le contexte et les circonstances spécifiques qui sous-tendent la lenteur des traitements chez les femmes. Leur étude a documenté un retard dans les soins médicaux des femmes lorsqu'elles éprouvent des symptômes de cardiopathies coronariennes. Ces auteurs et auteures expliquent que de tels délais sont causés par l'incertitude des femmes face à leurs symptômes et l'interaction patiente-médecin à la fois problématique mais aussi inadéquate. En outre, les exigences sociales concurrentes vécues par les femmes de même que les obstacles structurels aux soins médicaux sont des éléments qui accentueraient les délais de traitements chez celles-ci. Dans son article, Miller (2002) rend cet argument plus concret en faisant état d'innombrables histoires de femmes dont le diagnostic et le traitement ont été retardés parce que leurs symptômes n'ont pas été immédiatement identifiés comme cardiaques. En persistant à rechercher exclusivement les symptômes classiques, à savoir la douleur thoracique médio-sternale, la diaphorèse, les nausées et les vomissements, les chercheurs et chercheuses et les soignants et soignantes contribuent à ce que les femmes continuent d'être négligées et persistent à se méprendre sur leur susceptibilité aux MCV.

2.5 Barrières structurelles à l'accès aux soins et démographie

Les écrits font plusieurs mentions des obligations sociales et des charges familiales et professionnelles attribuées aux femmes qui entrent en conflit lorsque celles-ci ressentent des symptômes aigus CV. Dans bien des cas, les femmes décident d'ignorer

ou de banaliser ces symptômes prodromiques, ce qui encourt des délais dans leur traitement (Schoenberg et al., 2003; Moser et al., 2005; Lichman et al., 2015). Selon ces auteurs et auteures, leurs diverses priorités (familiales, professionnelles, sociales) tout au cours de leur vie interfèrent lors d'une situation d'urgence comme celle d'un malaise cardiaque. En d'autres mots, les femmes se retrouvent à devoir choisir entre « s'écouter » et agir en présence de signes et symptômes CV, ou de remplir leurs tâches et leurs responsabilités au sein du ménage. Par ailleurs, Pelletier et al., (2016) sont d'avis que les traits de personnalité et les rôles sociaux traditionnellement attribués aux femmes sont associés à des résultats CV défavorables chez les jeunes patientes et patients atteints d'un SCA. Ces auteurs et auteures avancent que la raison pour laquelle les caractéristiques traditionnellement attribuées aux femmes augmentent le risque d'un événement cardiaque après un SCA prématuré, indépendamment du sexe biologique, est probablement multifactorielle. L'une des pistes suggérées est que chez les jeunes femmes, certaines caractéristiques comme les traits de personnalité, les liens familiaux et les multiples rôles attribués aux femmes, accentuent les niveaux d'anxiété chez ces dernières. En outre, ces caractéristiques propres au genre féminin influencent la santé CV de manière plus importante que les caractéristiques biologiques/anatomiques du sexe (Pelletier et al., 2016). Autrement dit, le processus décisionnel de ces femmes qui les amène à choisir d'aller chercher de l'aide immédiate ou non est influencé par leur réalité de vie en tant que mère, épouse, aidante naturelle ou encore professionnelle et le lot d'obligations que chacun de ces rôles leur inflige. Ainsi, leurs responsabilités au sein de la famille (prendre soin du conjoint, s'occuper des enfants, veiller sur des parents âgés), important pour le bien-être de la famille, entrent en conflit et les forcent à prioriser « l'autre » à défaut

d'elles-mêmes, puisqu'elles pensent ne pas pouvoir déléguer à un tiers les tâches associées à leurs multiples rôles sociaux (Dempsey et al., 1995; Moser et al., 2005; Gresy et al., 2020).

Dans leur article, les auteurs et auteures Norris et al. (2020) font référence à un autre aspect à considérer à titre de barrières structurelles en ce qui a trait à l'accès aux soins pour les femmes. Ils et Elles soutiennent que les facteurs de risque démographiques tels que le statut socioéconomique, la race et l'ethnicité ont un impact sur le risque de MCV chez les femmes. En ajoutant à cela les difficultés à adopter des comportements de réduction de risques, les femmes en situation de pauvreté sont plus susceptibles de souffrir de MCV que celles dont le statut socioéconomique est plus élevé. Même dans le contexte du système de santé universel canadien, une association entre le statut socioéconomique et l'évolution précoce de MCV a été identifiée dans les écrits. De plus, les barrières structurelles comme certains facteurs logistiques accentuent la vulnérabilité de ces dernières, car ils limitent leurs accès aux soins en retardant leurs traitements et leurs interventions (Schoenberg et al., 2003). À titre d'exemple, l'accessibilité à un mode de transport pour aller à leur rendez-vous médical à la clinique ou à l'hôpital est une considération à ne pas prendre à la légère (Tod et al., 2001; Schoenberg et al., 2003). D'après Dempsey et al. (1995), les chercheurs et chercheuses ont identifié chez une population spécifique de patientes des signes annonciateurs d'un délai pour obtenir des services médicaux, en situation de malaise cardiaque. En effet, les femmes avec un statut socioéconomique plus faible, les femmes de race noire et celles avec une histoire médicale d'hypertension, de diabète et d'angine de poitrine auraient plus tendance à retarder leur consultation auprès d'un professionnel ou une professionnelle de la santé.

Au Canada, les femmes en situation de précarité financière en raison de leur faible statut socioéconomique ont moins accès à une intervention tel un cathétérisme cardiaque, et de ce fait, possèdent un taux de mortalité plus élevé dans les 30 jours suivant un SCA. D'ailleurs, les facteurs de risque et les taux de MCV sont plus élevés dans les groupes ethniques minoritaires, notamment les Nord-Américains d'origine sud-asiatique, les Afro-Caribéens, de même que les Hispaniques et les Chinois nord-américains par rapport à leurs homologues caucasiens (Norris et al., 2020). D'ailleurs, Mosca et al., (2013) en ont conclu dans leur article que les campagnes de sensibilisation aux MCV faites auprès des femmes possèdent un biais ethnique. À titre de justification pour ces biais discriminatoires, elles expliquent que ces campagnes visent largement la femme blanche, éduquée, issue de milieux aisés, et donc passent complètement à côté d'un sous-groupe directement concerné par un risque aggravé de MCV; soit les femmes appartenant à une minorité visible et les femmes en situation de grande vulnérabilité (femmes déscolarisées, femmes en situation de pauvreté, femmes en situation de handicap).

Par conséquent, l'application d'une approche intersectionnelle pour favoriser l'inclusion et lutter contre les inégalités comme l'a prôné l'organisme Condition féminine Canada en 2012 s'avère de rigueur. La considération d'une variété de facteurs identitaires tels que l'âge, la race, le genre, le sexe, l'éducation, le statut migratoire, la situation géographique, l'origine ethnique, le statut socioéconomique et la culture pour promouvoir l'équité, la diversité au sein des activités en santé et en recherche bénéficierait la santé cardiaque des femmes (O'Neil et al., 2018; Gresy et al., 2020; Santé Canada, 2022). Autant les professionnels et professionnelles de la santé que les chercheurs et chercheuses doivent mieux saisir comment les déterminants sociaux de

santé, l'histoire des femmes, les relations de pouvoir, la distribution des ressources et les réalités vécues par chacune contribuent à l'accessibilité aux ressources liées à la santé ainsi que leurs effets sur la santé des femmes.

CHAPITRE 3. CADRE CONCEPTUEL

Les maladies cardiovasculaires sont une des causes les plus importantes de mortalité à l'échelle mondiale et affectent au premier plan les populations canadiennes de femmes à faibles revenus (Cœur et AVC, 2018; Organisation mondial de la santé, 2017). En effet, lorsque les femmes sont en situation de précarité, elles sont plus vulnérables à être affectées prématurément par un événement cardiaque dans leur vie. Dans ce chapitre, nous présenterons le cadre théorique utilisé pour notre projet. Il s'inspire du Modèle conceptuel des sciences infirmières et de la santé des populations des auteures Fawcett et Ellenbecker (2015).

3.1 Le cadre conceptuel dans la recherche empirique

Tout d'abord, précisons que le cadre conceptuel permet de guider les chercheurs et chercheuses afin de considérer toutes les perspectives possibles pour leur étude (Miles et Huberman, 2003; Fortin et Gagnon, 2016). Les concepts clefs constituent la pierre angulaire du modèle conceptuel et sont interreliés. De plus, ils permettent d'établir des relations avec le phénomène d'intérêt (Fortin et Gagnon, 2016). Dans le cadre de notre étude sur les MCV qui touchent les femmes, nous avons constaté que plusieurs éléments autres que les facteurs génétiques et l'hérédité affectent la santé cardiaque des femmes. En effet, l'environnement d'une population de femmes est un important élément à considérer dans la facilité d'obtenir des soins de santé. L'accès à une alimentation saine et abordable, le statut socioéconomique et les rôles et responsabilités à titre de mère, de proche aidant, de conjointe, de même que leurs activités sur le marché du travail, qui accentue la charge mentale des femmes, sont quelques exemples d'éléments à considérer dans l'accessibilité à un professionnel ou à une professionnelle de santé.

De ce fait, pour orienter notre problématique de recherche, nous nous sommes inspirées du MCSISP de Fawcett et Ellenbecker (2015) qui s'intéresse à la santé des populations. Ces auteures ont appliqué leur modèle conceptuel à une étude fictive sur un programme éducatif de gestion des médicaments auprès d'une population d'adultes hispaniques qui ont reçu un diagnostic de maladies cardiaques. Nous avons décidé de nous en inspirer en l'appliquant à une population de femmes et jeunes femmes québécoises atteintes de MCV. De plus, nous avons opté pour l'utilisation de ce cadre théorique en sciences infirmières parce qu'il offre quatre dimensions qui s'imbriquent adéquatement avec nos objectifs de recherche. Nous avons adapté le contenu ainsi que les facteurs d'influence dans l'étude de la santé des populations que nous pouvons retrouver dans ces dimensions, pour mieux orienter l'étude des femmes touchées par les MCV. Nous décrirons plus loin dans ce chapitre les dimensions et leurs facteurs qui incorporent des concepts clefs notamment sur l'environnement socioéconomique, l'environnement physique, les facteurs physiologiques et les facteurs comportementaux.

3.2 Origines du cadre conceptuel MCSISP

À la base de leur modèle conceptuel, Fawcett et Ellenbecker (2015) se sont inspirées de Young (1998) qui s'est intéressé à la santé de la population. Ayant défini la santé des populations par la géographie ou les caractéristiques communes partagées, Young (1998) s'est penché plus particulièrement sur les déterminants de la santé d'un groupe de personnes et sur les conséquences liées à leur mode de vie. L'autre inspiration de Fawcett et Ellenbecker (2015) émane du modèle de la santé des populations de l'Institute for Health Care Improvement (IHI), basé sur le travail d'Evans et Stoddart (1990). Ce modèle met l'accent sur la médecine comme moteur de la santé de la

population. Il est à noter que la dimension humaine dans le corps médical est absente de la contribution conjointe de Young et Evans-Stoddart. C'est là qu'intervient l'apport de Fawcett et Ellenbecker (2015) qui ont introduit la contribution essentielle qu'amènent les infirmiers et infirmières dans leur modèle, sans pour autant négliger l'importance que possède la médecine et les autres prestataires de soins de santé.

3.3 Description du MCSISP

Nous pouvons retrouver quatre dimensions comprenant les concepts clefs qui se rattachent au MCSISP et que nous avons adapté et traduit au Tableau 1 :

- La première dimension est reliée aux éléments en amont, c'est-à-dire les concepts qui ont un impact tôt dans le processus de la santé des populations. Ces concepts sont les déterminants sociaux de la santé qui englobent des facteurs socioéconomiques et des facteurs physiques qui exercent une influence indirecte sur les activités en sciences infirmières et les conséquences sur la santé d'une population.
- La seconde dimension concerne les aspects des éléments reliés à la population, dont des facteurs génétiques, des facteurs comportementaux, des facteurs physiologiques, des facteurs de la résilience et des facteurs reliés à l'état de santé d'une population.
- La troisième dimension concerne le système de santé qui consiste en un continuum de services qui inclut les hôpitaux, les cliniques de santé primaire et ses acteurs. Ses composantes englobent les prestataires de soins, les organisations et les institutions hospitalières, de même que les « payeurs » et les politiques.
- La quatrième dimension concerne les déterminants sociaux qui sont associés à la santé des populations. Ils portent spécifiquement sur l'aspect des activités de sciences infirmières et les concepts qui s'y rattachent.

D'ailleurs, le MCSISP met au premier plan les infirmiers et infirmières qui à titre de professionnelles et professionnels de la santé sont plus que sollicités pour contribuer à rendre l'accessibilité des soins juste et équitable au sein de l'ensemble de la population de femmes et particulièrement auprès de celles issues des minorités culturelles et sociales. Leur participation dans le système de santé actuel est centrale. De surcroît, cette dernière dimension du cadre conceptuel de Fawcett et Ellenbecker englobe « la pratique des sciences infirmières » basée sur la population ainsi que sur la promotion, la restauration et l'entretien du bien-être adapté à la culture. Par exemple, la prévention des maladies adaptée à la culture et les conséquences sur la santé des populations sont aussi des concepts rattachés à ce facteur relatif aux sciences infirmières.

Tableau 1. Cadre conceptuel MCSISP de Fawcett et Ellenbecker (2015) [traduction libre]

Facteurs en amonts	Facteurs de population	Facteurs liés au système de santé	Activités en sciences infirmières
Déterminants sociaux de la santé englobant : (1) l'environnement socioéconomique et (2) l'environnement physique, qui influencent directement les activités infirmières et indirectement les résultats de santé de la population.	Déterminants de la santé englobant : (1) les facteurs génétiques basés sur la population, (2) les facteurs comportementaux, (3) les facteurs physiologiques, (4) la résilience et (5) l'état de santé, qui influencent tous directement les activités infirmières et indirectement les résultats de santé de la population.	Déterminants de la santé englobant : (1) les prestataires de soins, (2) les organisations et établissements, (3) les payeurs et (4) les politiques qui influencent directement les activités infirmières et les résultats de santé de la population et indirectement les résultats de santé de la population.	Actions réalisées par les infirmier(ère)s auprès de la population dans le cadre d'une collaboration et d'une coordination multidisciplinaires qui influencent directement les résultats de santé de la population et qui servent d'intermédiaire aux relations entre les facteurs en amont, les facteurs de population.

1. Environnement socioéconomique La situation d'une population, y compris le revenu, l'éducation, l'emploi, le soutien social et la culture (Kindig et Stoddart, 2003).	1. Facteurs génétiques Caractéristiques héritées d'une population.	1. Prestataires de soins Infirmier(ère)s, médecins, thérapeutes, pharmacien(ne)s, technicien(ne)s et autres qui fournissent des services liés à la santé aux populations. Les infirmier(ère)s peuvent fournir des soins infirmiers directs aux populations, enseigner aux étudiant(e)s et à d'autres infirmier(ère)s et / ou mener et rapporter les résultats d'études sur des phénomènes d'intérêt pour la discipline des soins infirmiers et la santé de la population.	1. Pratique de sciences infirmières basée sur la population Processus de pratique infirmière basée sur la population tels que formalisés dans les méthodologies de pratique de divers modèles conceptuels et théories infirmières (Fawcett et DeSanto-Madeya, 2012). Axé sur des actions qui créent un environnement pour les populations qui favorise, rétablit et maintient le bien-être et prévient les maladies. Les processus de pratique infirmière comprennent toutes les phases du processus infirmier (évaluation, planification, intervention, évaluation) avec un accent particulier sur la collecte, le suivi et l'analyse des données, ainsi que sur la coordination et la collaboration de l'équipe de soins de santé.
2. Environnement physique L'environnement de la population, y compris l'atmosphère de la terre, composition gazeuse de l'air, les polluants solides et gazeux, la fumée, les conditions météorologiques, la stabilité géologique de la croûte terrestre, l'accès à l'eau, la conception urbaine et rurale et les ressources, le logement, les rayonnements ultraviolets, les bactéries, les virus (Kindig et Stoddart, 2003; Orem et al., 2001; Stoto, 2013).	2. Facteurs comportementaux Variables du mode de vie d'une population, telles que le tabagisme, la consommation d'alcool, la toxicomanie, les comportements sexuels, l'activité physique et l'alimentation (Stiefel et Nolan, 2012).	2. Organisations et institutions Département de santé publique, Hôpitaux Clinique interne Clinique externe.	2. Promotion, restauration et entretien du bien-être adapté à la culture Ensemble de processus de pratique infirmière visant à améliorer le niveau optimal de « croissance collective, intégration de l'expérience et lien significatif avec les autres, reflétant les objectifs et les forces [de la population], et aboutissant au bien-être et aux valeurs vivantes » (p. 48) dans le contexte de la culture de la population (McMahon et Fleury, 2012).
	3. Facteurs physiologiques	3. Payeurs	3. Prévention des maladies adaptée à la culture

	Variables biologiques d'une population, telles que les signes vitaux, l'indice de masse corporelle et les taux de cholestérol et taux de glycémie (Stiefel et Nolan, 2012).	Compagnies d'assurance-maladie et autres sources de remboursement de services de santé.	Processus de pratique infirmière visant à prévenir l'apparition de signes et symptômes cliniques avec des objectifs tangibles d'un problème de santé (Venes, 2013).
	4. Résilience La capacité d'une population à rebondir ou à se remettre de l'adversité (Garcia-Dia, DiNapoli, Garcia-Ona, Jakubowski et O'Flaherty, 2013).	4. Les politiques Les politiques comprennent celles qui traitent de l'accès et de l'utilisation des soins de santé par population. Les politiques d'accès traitent de la disponibilité et de la compatibilité des soins de santé pour l'ensemble de la population (Norris et Aiken, 2006). Les politiques sur l'utilisation traitent de l'utilisation réelle des soins de santé par une population entière.	4. Conséquences sur la santé des populations L'état de santé d'une population englobant le bien-être au niveau de la population, la charge de morbidité, l'état fonctionnel, l'espérance de vie, la mortalité et la qualité de vie. Ceux-ci résultent directement des facteurs du système de soins de santé et de la prestation d'activités infirmières. Ils résultent indirectement des facteurs en amont, facteurs de la population et des facteurs du système de soins de santé influencés par les activités infirmières.
	5. État de santé Un état de la population qui se caractérise par la solidité ou l'intégrité des structures humaines développées (Orem et al., 2001).		

Par la suite, nous avons adapté le tableau 1 à notre problématique de recherche sur les MCV chez les femmes et l'avons schématisé à la Figure 1. Comme nous pouvons observer dans ce schéma, les facteurs en amont, les facteurs de population et les facteurs du système de santé sont tous reliés les uns aux autres. Ensemble ou individuellement, ces facteurs influencent les activités en sciences infirmières et possèdent des conséquences liées à la santé des populations.

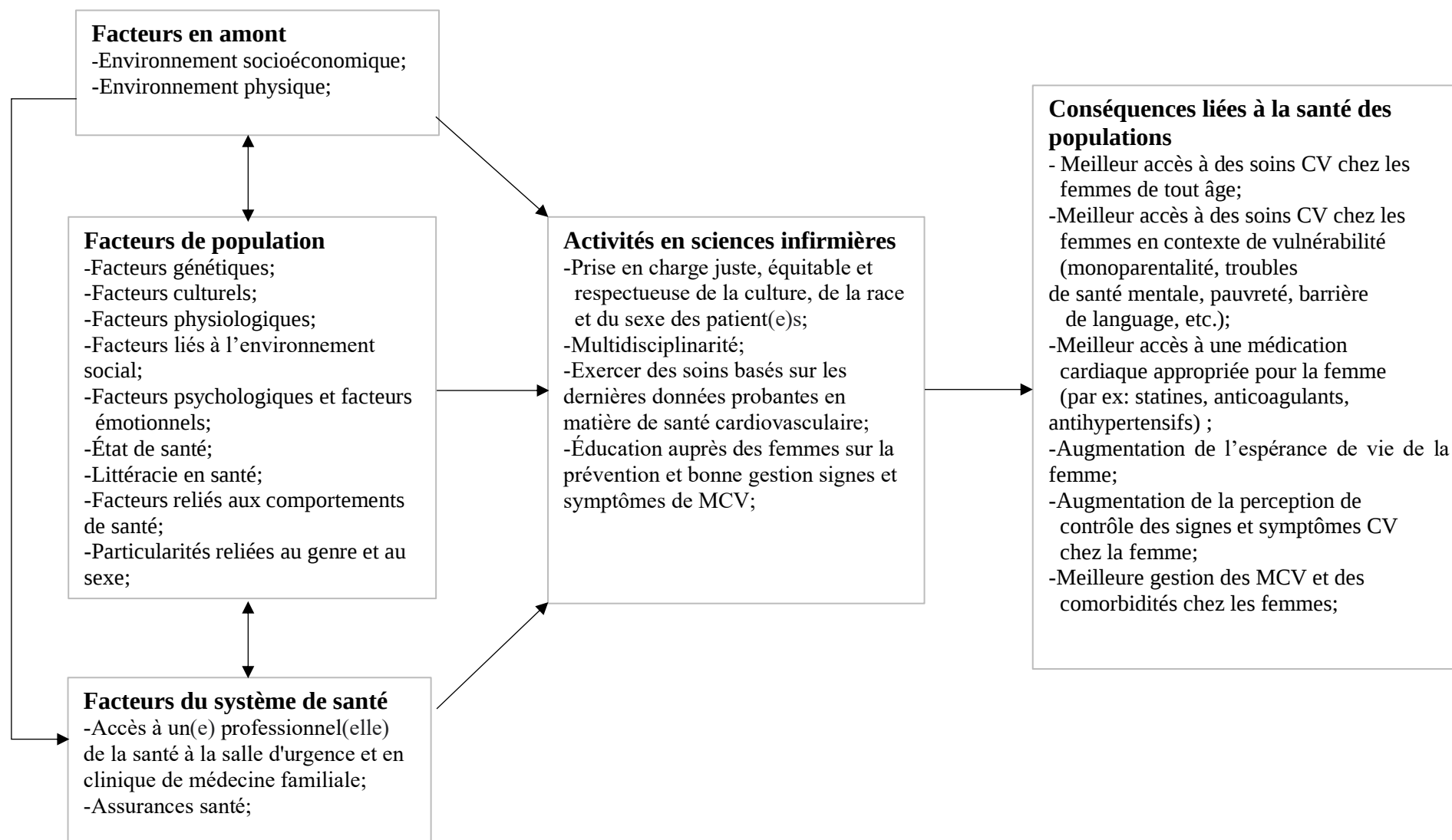


Figure 1. Adaptation du diagramme du MCSISP de Fawcett et Ellenbecker (2015) appliqué aux femmes atteintes de maladies cardiaques

Tel que mentionné ci-dessus, dans le modèle conceptuel de Fawcett et Ellenbecker (2015), les infirmiers et infirmières jouent un rôle central dans le domaine de la santé des populations. Ils ou elles assurent une approche axée sur la prévention plutôt que la guérison, afin de garantir une meilleure qualité de vie possible pour l'ensemble de la population. L'ajout de la composante des soins infirmiers dans ce cadre théorique a permis le fondement de nouvelles perspectives en recherche dans les soins infirmiers et un avancement dans la pratique infirmière³. Plusieurs auteurs et auteures comme Hewner et al. (2016) se sont inspirés du cadre conceptuel de MCSISP de Fawcett et Ellenbecker (2015) pour étudier entre autres l'effet du rôle des maladies chroniques sur certaines populations à faibles revenus. En effet, Hewner et al. (2016) ont interprété ce modèle comme une approche basée sur la population qui permet de gérer l'évolution dans les soins. Leur approche prend en compte les déterminants sociaux de la santé tels que la pauvreté, la complexité de la maladie, l'organisation du système de santé et les activités en soins infirmiers qui affectent le rétablissement après une hospitalisation. Quant à l'auteure Booher (2019), elle souligne dans son article sur les adultes ayant un faible statut socioéconomique et souffrant de douleurs chroniques, qu'historiquement la fonction principale des infirmiers et infirmières a toujours été de soigner des patients et patientes en considérant l'individu plutôt que la patiente ou le patient faisant parti d'un groupe. Cette auteure explique que le moment est venu pour ces infirmiers et infirmières d'adapter leur pratique de soins restreinte, trop focalisée sur l'individu et d'amorcer un

³ Faisant écho à cette nouvelle problématique d'analyse, on assiste à l'heure actuelle à un engouement des programmes de sciences infirmières axé sur la santé des populations. Fawcett et Ellenbecker (2015) fournissent, à titre d'exemple, le cas de l'Université du Massachussets à Boston qui, pour faire face à la demande, a créé un programme de troisième cycle en sciences infirmières avec une concentration sur la santé des populations.

virage dans leur prise en charge afin que ces professionnels et professionnelles de la santé considèrent l'individu au sein de la population.

3.4 Pertinence de l'ajout des facteurs reliés au genre et au sexe au MCSISP

Nous avons incorporé la prise en compte du sexe (l'origine biologique) et du genre (l'origine socioculturelle) à la dimension « des facteurs de populations ».

Dans le cas de la prise en compte du sexe, il se décrit par les caractéristiques physiques ou physiologiques qui concernent principalement les chromosomes, l'expression des gènes, les niveaux d'hormones et leur fonction, ainsi que l'anatomie de l'appareil reproducteur (IRSC, 2021). Pour ce qui est du genre, l'auteur Roland Pfefferkorn (2016) décrit le genre comme étant un « système de stratification social, un processus de construction sociale et une institution qui structure chaque aspect de nos vies parce qu'il est encastré dans la famille, le lieu de travail, l'état, la sexualité, le langage et la culture » (Judith Butler citée dans Pfefferkorn, 2016, p.56). Ainsi, les rôles des hommes et des femmes sont dictés par les construits sociaux qui influencent leurs identités et leurs comportements. Par exemple, chez les femmes, les rôles sociaux basés sur leur genre peuvent être reflétés lorsqu'elles prodiguent des soins ou de l'assistance aux parents vieillissants ainsi que dans les responsabilités qu'elles occupent au sein du ménage familial et au sein du marché du travail.

Considérer le genre et le sexe dans les facteurs qui touchent la population est primordial, car il permet « d'élargir notre compréhension des déterminants de la santé ». En effet, l'état de santé de ses membres est directement influencé par des déterminants comme l'ethnicité, le statut socioéconomique, les variations hormonales, les incapacités physiques, le statut migratoire, l'âge et la géographie. De plus, l'exposition à de multiples

facteurs de risque par les individus faisant partie d'une population influe l'évolution de maladies comme les MCV (IRSC, 2021). Pour terminer, nous ne pouvons pas faire abstraction du fait que le cadre conceptuel que nous avons adapté à partir de celui de Fawcett et Ellenbecker (2015) repose sur des considérations générales, donc elles demeurent quelques peu abstraites. Sa pertinence dépend crucialement de la possibilité de mener à bien son application empirique. C'est ce à quoi nous nous attarderons au chapitre suivant qui abordera la méthodologie de notre recherche.

CHAPITRE 4. MÉTHODOLOGIE

Il existe plusieurs moyens d'étudier la problématique qui touche la santé cardiaque des femmes. La pertinence d'utiliser des dossiers d'investigation du coroner est qu'ils permettent d'étudier les circonstances qui ont mené à la mort, considérée précoce, de femmes au Québec à la suite d'un événement cardiaque. L'idée d'utiliser les rapports du coroner comme source primaire fut inspirée par la lecture d'un article du journal *Le Droit*, par Gagnon et Lévesque en 2019. Cet article présentait à l'époque une hausse anormale de décès suspects en milieu hospitalier rapportée au Bureau du coroner du Québec (BCQ). Il nous a donc inspirées à faire usage des rapports du coroner comme source empirique pour notre étude sur les MCV chez les femmes. Dans les sections qui suivent de ce chapitre, nous expliquerons l'origine du rôle du coroner et en quoi consiste sa fonction actuelle, étant donné qu'il ou elle est au centre de la compilation de ces rapports. Par la suite, nous préciserons notre méthodologie de recherche et nous décrirons de façon détaillée comment nous en sommes arrivées à la sélection de notre échantillon de femmes québécoises décédées de MCV. Nous détaillerons le processus de notre collecte de données qui a regroupé 47 rapports du coroner et comment ils ont été sélectionnés afin d'examiner le décès de ces femmes causé par un événement cardiaque, et ce, entre les années 2002 à 2017 au Québec.

4.1 Le rôle du coroner d'hier à aujourd'hui

Avant de passer à une explication approfondie du choix de notre source primaire de données, nous avons cru bon d'introduire la nature du travail des coroners, autant méconnu que mal compris. La fonction du coroner a beaucoup évolué à travers le temps et chaque pays possède sa manière de traiter les décès. Inspiré du système anglais, le nom

« coroner » provient du nom de « Crowner » (Glasgow, 2004). Les premiers coroners au Québec ont été nommés et obtiennent par la même occasion les fonctions de greffiers de paix le 4 octobre 1764. À l'époque, ils étaient des représentants du roi à titre d'officiers publics et étaient nommés par le Gouverneur. Leur rôle en tant que coroner était d'enquêter sur les circonstances entourant la mort violente ou soudaine d'une personne à la suite de motifs inconnus ou suspects (Lessard et Téssio, 2008). Le coroner était considéré comme un des officiers de justice « porte d'entrée du système judiciaire canadien » (Donald Fyson cité par Lessard et Téssio, 2008, p.3). Ainsi, inspirée par la tradition britannique, la loi sur le coroner de 1878 stipulait que l'enregistrement des décès se faisait par l'un ou l'autre de deux groupes de professionnels. Le coroner devait être soit un homme de loi (avocat ou notaire) ou un médecin qui possédait respectivement, compte tenu de son statut, plusieurs années d'expérience dans l'exercice de sa profession (Glasgow, 2004).

Aujourd'hui, et ce, depuis 1986, la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès* régit au Québec la fonction de coroner en lui prodiguant la compétence et le pouvoir d'agir en temps opportun (BCQ, 2019; Publications Québec, 2022). Les coroners sont des officiers publics indépendants et impartiaux. C'est au Conseil des ministres que revient la tâche de nommer les coroners par décret et sur recommandation du ou de la ministre de la Sécurité publique (BCQ, s.d.-f). Pour être considéré à cette fonction, il ou elle doit être membre du Collège des médecins du Québec, du Barreau du Québec ou de la Chambre des notaires du Québec (BCQ, 2019). Chacun d'eux et chacune d'elle dessert un territoire de manière à couvrir l'ensemble du Québec et cela en tout temps. Toujours selon la *Loi sur la recherche des causes et des*

circonstances des décès de 1986 (RLRQ, chapitre R-0.2), le ou la coroner a compétence sur tout décès qui survient au Québec. Il ou elle intervient lors de l'entrée au Québec du corps d'une personne décédée sous juridiction québécoise. Il en est de même, pour toute personne non-résidente, décédée au Québec, mais reconduite hors du Québec. Cette investigatrice ou cet investigateur légal est aussi notifié de tout décès qui se produit à des endroits particuliers tels que dans les garderies, les centres jeunesse, les familles d'accueil, les postes de police, les établissements de détention, les pénitenciers et les centres de réadaptation (BCQ, 2019). Les coroners doivent enquêter lorsqu'une mort a lieu dans des situations violentes, obscures ou que le décès est probablement lié à de la négligence, ou que l'identité de la personne décédée est inconnue. Selon le rapport annuel des activités du BCQ en 2019, les coroners sont intervenus dans environ 8,6 % de tous les décès dans la province (BCQ, 2020a).

L'investigation du ou de la coroner le ou la mène à collecter de l'information nécessaire pour remplir ses fonctions. Il ou elle devient temporairement responsable du corps de la personne décédée, il ou elle détermine son identité et il ou elle peut ordonner une autopsie, des analyses toxicologiques ou toutes autres expertises scientifiques jugées nécessaires. Il ou elle remet ensuite le corps à la famille. Il ou elle recueille des renseignements en prenant possession de documents, d'objets, ou encore, demande à la police d'interroger des personnes afin d'explorer les causes de la mort suspecte (BCQ, s.d.-f). Il est aussi possible que le ou la coroner fasse appel à des spécialistes pour qu'ils ou elles émettent une expertise, et ce, pour l'aider à élucider le décès observé.

4.2 Le mandat du ou de la coroner

Selon le Bureau du coroner du Québec (s.d.-a), le mandat du ou de la coroner est de répondre à cinq questions : Qui est décédé? Où cette personne est-elle décédée? Quand cette personne est-elle décédée? Quelles sont les causes probables du décès? Quelles sont les circonstances du décès? Afin d'y répondre, le ou la coroner réalise des investigations ou des enquêtes publiques. Il ou elle rédige un rapport public qui relatent ses conclusions. De plus, s'il y a lieu, le ou la coroner fait aussi des recommandations pour éviter que des décès semblables surviennent. Ces recommandations ont pour but de contribuer à la protection de la vie humaine, à acquérir une meilleure connaissance des phénomènes de mortalité et à faciliter la reconnaissance et l'exercice des droits (BCQ, s.d.-g). En outre, elles amènent des changements concrets et suscitent une réflexion sociale par l'entremise de débats publics (BCQ, 2019). Néanmoins, il ou elle ne peut en aucun cas se prononcer sur la responsabilité civile ou criminelle d'une personne (BCQ, s.d.-f).

4.3 L'enquête et les rapports du coroner comme source empirique

Compte tenu de la complexité du cas de la personne décédée, une période d'environ 11 mois est nécessaire pour produire un rapport. Puis, il devient public et est remis à toute personne qui en fait la demande (BCQ, s.d.-b). En ce qui nous concerne, les rapports du coroner constituent notre seule et unique source empirique dans cette étude de MCV chez les femmes. Ces dossiers se sont avérés être une riche mine d'informations pour l'analyse de l'historique médical et du contexte social de femmes d'âge, de démographies et de situations socioéconomiques variées. Ces documents, sous-utilisés en recherche, sont basés sur des entretiens semi-dirigés avec l'entourage de la défunte. Leur

contenu privilégié permet de retracer son parcours de vie afin d'investiguer les circonstances de sa mort et en comprendre la cause. De notre recension d'études ayant fait usage de rapports du coroner comme source primaire, nous avons retenu les constats des auteurs et auteures Corriveau et al. (2016) qui affirment dans leur article que ce type de recherches s'observe davantage dans les thèses académiques⁴.

4.4 Devis de recherche

Nous avons opté pour un devis qualitatif dans notre étude portant sur la problématique de MCV chez les femmes car ce type de recherche se distingue de l'approche quantitative par son objectif de la compréhension de phénomènes. En effet, la recherche qualitative permet de mieux expliquer la nature complexe des êtres humains et la manière dont ils perçoivent leurs propres expériences à l'intérieur d'un contexte social particulier (Fortin et Gagnon, 2016). La plupart des recherches qualitatives possèdent une conceptualisation flexible et dynamique, fort utile à notre démarche car elles mettent en relation le sujet de l'essai étudié et d'autres études reliées à la question de recherche (Holloway et Wheeler, 2010).

4.5 Sélection de l'échantillon de travail

La première étape pour construire notre échantillon de travail a été d'effectuer une recherche sur le site Internet du BCQ en utilisant le portail « Rapports et recommandations ». Nous avons fait usage de l'onglet « Recherche de recommandations » (Annexe A). Le moteur de recherche qui s'y trouve permet de sélectionner les thématiques (causes naturelles, causes indéterminées, accidents de transport, suicides, homicides et autres accidents), la date (soit de l'évènement ou de la

⁴ La thèse de maîtrise de Michel (2017) et celle de Goldsworthy, (2016) en sont des exemples.

recommandation) et la période que nous aimerions étudier (date de début et de la fin) (Annexe B). Nous avons d'abord ciblé une sélection de cas de décès dont les résumés de recommandations étaient basés sur la « thématique » relative à des « causes indéterminées » et des « causes naturelles ». L'intervalle de temps choisi pour obtenir nos résultats basés sur ces deux paramètres s'échelonnait du 1^{er} janvier 1999 au 31 décembre 2017. Cela correspond à la période d'années où la numérisation des rapports était offerte lorsque nous avons consulté le site Internet du Bureau du Coroner. En ce qui concerne les « causes indéterminées », nous avons obtenu 45 résumés de recommandations (Annexe B), alors que pour les « causes naturelles », nous en avons obtenus 620. Cependant, l'ensemble de ces résultats n'étaient pas exclusifs aux décès de femmes, ni aux décès reliés à un événement CV (Annexe C).

Dans une seconde étape et sur la base de chacun de ces inventaires de résumés de recommandations, nous avons effectué une sélection ciblée qui regroupait les cas de femmes âgées de 15 à 70 ans, décédées d'une cause cardiaque, puisque cela constituait le sujet au cœur de notre thèse. Ces résumés de recommandations consistaient en une brève description de la cause, les circonstances de la mort et les recommandations de la ou du coroner attaché au dossier. Nous pouvions y retrouver aussi la date de l'événement, la date de la recommandation faite par le ou la coroner, les organismes visés par ces recommandations et le numéro de dossier (Annexe D). Parmi les résumés de recommandations tenant compte des trois critères de sélection établis (Femmes + Décès d'une cause cardiovasculaire + âgées de 15 à 70 ans), nous avons retenu 76 résumés de recommandations pertinentes pour notre étude.

Au cours de la troisième étape, à l'aide des numéros attribués par le BCQ sur chacun des rapports du coroner, nous avons pu faire une requête électronique pour obtenir les dossiers d'intérêt en utilisant la fonction « demander un rapport du coroner » sur le site Internet du BCQ (s.d.-f). Pour compléter cette demande, nous devions inscrire l'identité de la personne décédée (prénom, nom, sexe, date de naissance et le numéro de dossiers du cas) ainsi que nos informations personnelles à titre de demandeurs du rapport du coroner (Annexe E). Notre demande d'obtention des 76 rapports du coroner a reçu une réponse favorable, dans un délai raisonnable (Annexe F-1, Annexe F-2). Toutefois, le contexte de la pandémie de la COVID-19 a eu pour effet de complexifier et de limiter le temps et les ressources nécessaires pour effectuer notre recherche. Ainsi, la quatrième étape a consisté à réduire notre échantillon de travail afin de respecter les contraintes du cadre de cette étude. Par ailleurs, réduire notre échantillon permettait d'étudier plus minutieusement et en profondeur les rapports du coroner que nous avons acquis. Ainsi, nous avons trié nos dossiers du coroner selon les paramètres qui suivent. Tout d'abord, les femmes décédées devaient être âgées entre 15-65 ans afin que notre échantillon soit représentatif du contexte de vie des femmes et de leurs différents stades de fertilité (grossesse, préménopause, ménopause).

Ensuite, nous avons filtré de nouveau nos dossiers pour qu'ils soient échelonnés cette fois sur un intervalle de 15 ans, ce qui a résulté en une période d'étude s'échelonnant entre les années 2002 à 2017. Ces nouveaux paramètres ont été inspirés par les observations et les conclusions issues d'articles de recherches, datant de cette même période, que nous voulions confirmer ou infirmer à partir de notre analyse. En effet, l'intérêt pour l'étude des disparités entre hommes et femmes et l'identification des

différences spécifiques au sexe et au genre dans les symptômes, la pathophysiologie et les manifestations uniques des MCV chez les femmes s'intensifiaient dans les ouvrages et les journaux scientifiques durant ces années (Anand et al., 2005; Maas et Appelman, 2010). D'ailleurs, même les médias se sont intéressés à cette problématique de santé touchant les femmes et aux disparités présentes dans la prise en charge de ces dernières en comparaison à celle des hommes (La Presse Canadienne, 2013; Lapierre, 2018; Marin, 2019; Pyle, 2019). Lors de la sélection finale des rapports du coroner que nous avons en notre possession, notre assise empirique compilait 47 dossiers de femmes décédées au Québec entre les années 2002 à 2017 et qui étaient âgées de 15 à 65 ans.

La cinquième étape de notre processus de recherche consistait à obtenir les « annexes » des rapports du coroner, moyennant certains frais. Ces « annexes » sont des documents supplémentaires confidentiels qui ne sont pas intégrés aux rapports du coroner (disponibles au public). Leur accès est plus réglementé car ils contiennent notamment les rapports détaillés d'autopsie et les rapports de toxicologie (BCQ, s.d.-a). Notre objectif était de vérifier si des informations avaient été omises dans les rapports mis à la disposition du « public », mais disponibles dans les annexes. L'accès aux annexes est limité et exige des motifs valables pour justifier leurs consultations. Il faut être en mesure d'expliquer en quoi ces documents sont pertinents pour notre recherche, étant donné la nature confidentielle et privée des informations contenues dans ces documents (BCQ, s.d.-a). Nous avons contacté le BCQ par courriel et fait un suivi par téléphone. La justification que nous avons présentée auprès de l'employé responsable était motivée par la nécessité de mener à bien notre recherche académique, mais n'a généré aucun résultat. Leur accès nous a été refusé en raison du manque d'effectifs du personnel et de la

fermeture de leur bureau pour les chercheurs et chercheuses durant la pandémie de COVID-19.

4.6 Description des rapports du coroner

Les rapports que nous avons consultés comprennent entre 2 à 7 pages et possèdent plusieurs sections standardisées. La première partie du rapport intitulée « Identité » englobe des informations sur le moment où le ou la coroner a été avisé du décès, le numéro de dossier, le prénom et le nom du défunt ou de la défunte, son sexe, la municipalité de résidence, puis le prénom et le nom de la mère et du père de la personne décédée. La seconde section, « Décès », regroupe des données sur le lieu de décès (s'il peut être déterminé ou non), le nom du lieu de décès, la municipalité où a eu lieu le décès, la date de décès (si elle peut être déterminée ou non) et l'heure du décès (si elle est déterminée ou non). À la fin du rapport du coroner, nous trouvons généralement, la cause probable du décès, l'exposé des causes du décès qui comprend l'identification, l'examen externe, l'examen interne ainsi que la présence d'autres rapports, comme le rapport d'expertise toxicologique par exemple. Le rapport du coroner se termine avec les informations telles que les circonstances du décès, les conclusions et des recommandations s'il y a lieu.

4.7 Collecte de données à partir de l'échantillon de travail

Pour terminer, lors de la collecte de données, nous avons minutieusement décortiqué les 47 rapports du coroner sélectionnés et les avons dépouillés pour obtenir des informations pertinentes à notre étude. Nous avons porté une attention particulière aux données sociodémographiques des femmes au moment de leur décès (par ex. âge, origine ethnique, contexte de vie). Ensuite, nous avons noté les antécédents médicaux, la

séquence des événements lors de consultations médicales ou lors d'hospitalisations, ainsi que les conclusions de l'autopsie. À titre d'exemple, nous cherchions à observer si des facteurs de risque CV et si les signes et symptômes verbalisés par les femmes et relatés par les coroners étaient non seulement présents, mais aussi s'ils étaient récurrents. Par la suite, à l'aide du logiciel Excel®, nous avons organisé les informations recueillies sur les femmes décédées sur une grille composée de 17 catégories (Annexe G).

Les premières catégories regroupent : la région géographique, la ville où a eu lieu le décès, le numéro de dossier, l'âge des femmes au moment du décès et l'année du décès. De plus, nous avons amalgamé les informations relatives à l'aspect professionnel, à l'aspect social, aux antécédents médicaux et à la santé mentale. Les quatre dernières catégories de la grille incluent le prénom et le nom du ou de la coroner, la cause de décès de la défunte, les détails anecdotiques pertinents sur les circonstances du décès et le lieu de décès (domicile ou hôpital). De plus, la grille facilite la disposition des données par catégorie en les classant par ordre croissant ou par ordre décroissant notamment selon l'année de décès, la ville, la région géographique et l'âge au moment du décès.

CHAPITRE 5. ANALYSE DES RÉSULTATS

Ce chapitre présente l'information colligée de notre échantillon de 47 cas d'investigations de coroner au Québec de femmes décédées d'une maladie cardiovasculaire. Nous avons examiné le contexte sociohistorique de ces cas de femmes au courant de la période de 2002 à 2017. La masse imposante d'informations contenue dans les dossiers du coroner permet d'étudier plus largement le phénomène social entourant le décès de ces femmes âgées de 15 à 65 ans. L'étude de ces documents riches en contenu permet notamment d'en apprendre davantage sur les derniers moments de la vie de femmes décédées, pour la plupart, prématurément. L'analyse des résultats révèle de grandes tendances que nous présentons dans cinq sections. Premièrement, nous décrivons le contexte des MCV des femmes au Québec et les tendances géographiques. Deuxièmement, nous présenterons les conséquences de la surcharge des urgences de même que l'impact sur les femmes souffrant de MCV. Troisièmement, nous soulignerons l'impact chez les femmes d'être en « situation de vulnérabilité » et, quatrièmement nous expliquerons l'impact que cela peut avoir lorsqu'elles souffrent de MCV. Nous compléterons ce chapitre par une analyse des facteurs de risque CV traditionnels et non traditionnels chez les femmes. Afin de bien présenter les constats issus de notre étude et dresser un portrait juste des enjeux vécus par les femmes touchées par les MCV nous avons ajouté onze extraits et résumés de rapports de coroner.

5.1 Le contexte des maladies cardiovasculaires des femmes au Québec

Le sujet des MCV suscite de plus en plus d'intérêts par les chercheuses et chercheurs nationaux et internationaux (Prince et al., 2017). D'importantes campagnes de sensibilisation ont fait suite à une littérature scientifique prédominante sur les MCV qui

touchent les femmes. Cela a eu pour effet, de stimuler l'engagement des professionnels et professionnelles et des chercheurs et chercheuses en santé dans ce domaine (Collins et Wenger, 2005; Mosca et al., 2013; Prince et al., 2017). La question des MCV chez les femmes s'impose de plus en plus en médecine. Au Canada, par exemple, les MCV sont une des principales causes de décès chez les femmes. De plus, les femmes ayant subi une crise cardiaque sont, en moyenne, 30 % plus susceptibles de mourir que les hommes (Agence de santé du Canada, 2017). Une des raisons énoncées pour justifier ces disparités est que les signes d'une crise cardiaque passent souvent inaperçus chez les femmes (Agence de santé publique du Canada, 2009). Les constats énoncés par la littérature sur la problématique des femmes et des MCV nous ont poussé à vouloir en apprendre davantage à ce sujet afin d'évaluer l'importance du problème émergent. Comme notre sujet porte sur le Québec, nous avons jugé intéressant de savoir comment se situe cette province par rapport à la moyenne canadienne sur le plan des MCV qui touchent les femmes. Le Tableau 2 regroupe les statistiques compilées sur le nombre de femmes décédées (par 100 000 habitants et habitantes) au Québec et au Canada de 2002 à 2017, ce qui correspond à la période couverte par notre base de données.

Tableau 2. Nombre de décès de femmes en raison de maladies du cœur (par 100 000 habitant(e)s).

Année	Québec	Canada
2002	148,7	158,8
2003	140,9	149,3
2004	133,9	144,2
2005	125,2	139,2
2006	114,7	128,7
2007	118,0	125,7
2008	112,2	121,6
2009	107,0	114,3
2010	107,6	109,2
2011	97,4	103,3
2012	97,1	103,2
2013	94,0	102,0
2014	91,8	101
2015	92,9	99,5
2016	86,6	95,4
2017	91,1	96,7

Note. Adapté de « Tableau 13-10-0801-01 Principales causes de décès, population totale (normalisation selon l'âge utilisant la population de 2011) », Statistiques Canada (2022), Repéré à <https://doi.org/10.25318/1310080101-fra>

Deux constats émergent de ce tableau. Premièrement, nous pouvons noter que le nombre de décès a chuté au cours de la période étudiée tant au Canada qu'au Québec, à un rythme similaire de 39 %. Cette diminution est encourageante tant pour le Québec que pour le Canada. On remarque que le Québec affiche un nombre de décès par 100 000 habitants et habitantes constamment inférieur à celui du Canada au cours de cette période. L'écart s'est effrité de près de la moitié à travers la période étudiée, soit de 10,1 % en 2002 à 5,6 % en 2017. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cet encourageant déclin du taux de

MCV, notamment les progrès scientifiques considérables dans le domaine de la médecine, incluant la santé CV. Les avancées technologiques récentes permettent, en effet, de mieux détecter les maladies d'étiologie CV ischémiques et non ischémiques. Leur plus grande précision, la qualité du détail et la justesse fournies par les images des structures anatomiques de ces nouveaux outils diagnostiques utilisés font en sorte que les nouvelles techniques d'imagerie (tomographie par images avec positron, imagerie résonance cardiomagnétique) sont plus sécuritaires et non invasives pour les patientes (John et al., 2005). En outre, les améliorations pharmacothérapeutiques telles que l'augmentation et l'amélioration des médicaments (les anticoagulants, les antihypertenseurs, l'aspirine et les hypolipidémiants) ont aussi eu un impact sur la diminution des décès (Baigent et al., 2010; Mancini et al., 2014; Karmali et al., 2016; Agence de santé publique du Canada, 2018; O'Neil et al., 2018).

En ce qui concerne les données que nous avons compilées dans le Tableau 3, elles étaient destinées à observer si le retard accusé par la recherche CV chez les femmes par rapport aux hommes avait eu un impact significatif sur les décès des femmes au Québec. Nous voulions observer si les biais dans la recherche notamment sur le genre et le sexe dénoncés maintes fois dans la littérature scientifique comportaient encore des impacts sur les décès de femmes à la suite de MCV (King et Paul, 1996; Merkatz, 1998; McCormick et Bunting, 2002; Schoenberg et al., 2003; Gresy et al., 2020). Nous avons donc comparé la proportion de décès des femmes et des hommes dans la province du Québec.

Tableau 3. Taux de mortalité des hommes et des femmes en raison de MCV graves au Québec (par 100 000 habitant(e)s)

Années	Hommes	Femmes
2002	317,2	188,6
2003	298,9	178,9
2004	280,7	169,3
2005	262,4	161,9
2006	244,1	150,7
2007	238,6	149,9
2008	230,2	142,0
2009	221,6	135,7
2010	210,2	134,3
2011	194,4	122,5
2012	195,9	120,1
2013	183,6	120,1
2014	184,1	118,0
2015	184,0	119,6
2016	173,5	112,8
2017	176,4	112,4

Note. Adapté de « Taux de mortalité standardisés selon la cause et le sexe, Québec, 2000-2020 », Institut de la statistique du Québec Canada (2021), Repéré à https://statistique.quebec.ca/fr/document/deces-le-quebec/tableau/causes-de-deces-liste-detaillee-selon-le-sexe-quebec#tri_es=10778&tri_sexe=10

De prime abord, afin de contextualiser les données, il faut mentionner que les MCV atteignent de manière différentes les hommes et les femmes. Les hommes sont touchés entre 7 à 10 ans plus tôt dans leur vie par les MCV que les femmes (Maas et Appelman, 2010). En général les femmes du même âge sont mieux immunisées par les MCV durant leurs « années reproductives » en raison du rôle protecteur que joue l'hormone de l'œstrogène sur le système CV de ces dernières. Toutefois, cet avantage s'estompe après la ménopause et le risque CV de la femme augmente considérablement (Wenger et al., 1993 ; Miller, 2002; Norris et al., 2020; Mulvagh et al., 2021). Un élément encourageant pour les femmes est tout de même présent lorsque nous observons la tendance des données du Tableau 2. Somme toute, le nombre de décès chez ces dernières est en baisse ce qui démontre que les campagnes de prévention de santé publique sur les MCV qui les visaient ont permis de contribuer à réduire les décès (Mosca et al., 2013 ; O'Neil et al., 2018). En dépit des progrès observés par les données regroupées au Tableau 2, celles répertoriées au Tableau 3 révèlent que la baisse de la mortalité dues aux MCV chez les femmes demeure relativement moins importante par rapport à la baisse observée chez les hommes. Par exemple, au cours de la période 2002-2017, la chute était 44.4 % chez les hommes, comparativement à seulement 40.4 % pour les femmes. Ainsi, lorsque nous analysons nos résultats échelonnés sur la période de 2002 à 2017, l'impact des biais de genre et de sexe dans la recherche CV qui a favorisé pendant plusieurs années les hommes a bel et bien persisté à porter préjudices aux femmes.

L'observation des tendances précédentes et les constats que nous en avons tirés ont orienté l'analyse des résultats issus de notre échantillon de 47 femmes décédées ayant

fait l'objet de rapports du coroner (voir le Tableau 4). Pour mieux analyser les données, nous avons séparé notre échantillon en trois tranches d'âge. Les femmes âgées de 15-40 ans, représentent 29.8 % de notre échantillon (14 cas). Cette tranche d'âge comprend les femmes au Québec généralement en âge de procréer. Ces femmes ont comme caractéristique d'être soit aux études ou sur le marché du travail. Notre deuxième tranche d'âge, les femmes âgées de 41-55 ans, comporte des femmes en phase de pré-ménopause ou de ménopause, au sommet de leur carrière et représente 34 % de l'échantillon. Ce qui en fait sa particularité est qu'il inclut les femmes âgées de 35 à 54 ans sur lesquelles des études ont démontré une augmentation de la prévalence de l'infarctus du myocarde au cours des deux dernières décennies (Maas et Appelman, 2010 ; Mosca et al., 2013). Enfin, la dernière tranche d'âge est celle des femmes âgées entre 56 et 65 ans, reconnues pour avoir déjà amorcé la retraite ou étaient encore en voie de le faire. Outre que ce groupe d'âge est le plus important quantitativement, avec une représentation de 36.2 % de l'échantillon, nous notons que la distribution de ces femmes par groupe d'âges offre une variation régionale plus marquée, ce que nous expliquerons dans la section suivante sur les disparités géographiques.

Nous devons préciser que les trois tranches d'âge de 15-40 ans, 41-55 ans et 56-65 ans présentent un nombre d'années non proportionnelles entre elles puisque nous voulions mettre l'accent dans cette étude sur plusieurs stades dans la vie des femmes. D'ailleurs, des auteurs et auteures allèguent que l'étape des « années reproductives » chez les femmes apporte son lot de facteurs de risque distincts particuliers à cette période du cycle de leur vie (Ray et al., 2005 ; Graves et al., 2019, Agarwala et al., 2020). Par exemple, nous savons maintenant que l'apparition de ménarche tôt dans la vie de la jeune

filles ou encore l'apparition d'une ménopause prématurée chez la femme sont toutes les deux associées avec un risque augmenté de MCV (Isiadinso et Shaw, 2016; Smith et al., 2018; Agarwala et al., 2020). Les facteurs de risque CV peuvent donc varier tout au long de la vie de la femme, en fonction du stade biologique où elle se situe, soit la puberté, la grossesse et la ménopause (Mulvagh et al., 2021).

5.2 Tendances géographiques et influences sur notre échantillon de femmes

Un élément d'information pertinent que nous voulions analyser est celui de la distribution géographique du lieu de décès des femmes des suites d'une MCV observés au Québec. Pour ce faire, nous avons divisé les 12 régions administratives de la province du Québec en quatre sections, soit l'Ouest, le Centre, le Nord et l'Est, selon les données sociodémographiques fournies par l'Institut de la statistique du Québec [ISQ]⁵, en 2017 (voir le Tableau 4). Le secteur de « l'Ouest » comprend : l'Outaouais, l'Abitibi-Témiscamingue, les Laurentides et Lanaudière et celui du « Centre » comprend : Montréal, Laval, Capitale-Nationale, Mauricie, Estrie, Montérégie, Chaudière-Appalaches et Centre-du-Québec. Quant au secteur de l'Est du Québec, il réunit : Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Bas-Saint-Laurent alors que le secteur du « Nord » inclus le Saguenay-Lac-Saint-Jean, Côte-Nord et Nord-du-Québec.

⁵ Selon le bulletin sociodémographique édition 2017 de l'Institut de la statistique du Québec, les 8,3 millions de Québécoises et Québécois recensés pour l'année 2017 étaient distribués comme suit : environ 6 millions pour le Centre, 1,6 millions pour l'Ouest, et seulement 0,4 million pour l'Est et 0,3 million pour le Nord (Institut de la statistique du Québec, 2017).

Tableau 4. Origine géographique au Québec des cas de femmes décédées de l'échantillon recensés dans les rapports du coroner par tranche d'âge entre 2002-2017

Régions	15-40 ans n=14	41-55 ans n=16	56-65 ans n=17
Ouest	7 (50 %)	4 (25 %)	3(17,6 %)
Centre	7 (50 %)	10 (62,5 %)	12 (70,6 %)
Nord	0 (0)	1 (6,3 %)	2 (11,8 %)
Est	0 (0)	1(6,3 %)	0 (0)

Note. Les nombres entre parenthèses représentent des pourcentages du nombre de cas étudiés (n) par tranches d'âge

Dans l'ensemble, les régions de « l'Ouest » et celles du « Centre » dominent, en ce qui a trait au lieu de décès des femmes étudiées dans les rapports du coroner (Tableau 4). La région du « Centre » qui comprend notamment la grande région métropolitaine de Montréal se retrouve au premier plan. Selon l'ISQ, elle recense environ 6 des 8,3 millions d'habitantes et habitants québécois, faisant d'elle la région la plus densément peuplée. La répartition des décès au « Centre » du Québec à travers les trois groupes d'âge reflète, sans surprise, que le taux de décès augmente avec le vieillissement. En particulier, la tranche d'âge de femmes âgées de 56-65 ans, tel que souligné ci-haut, comprend les femmes avec un plus grand risque de développer des problèmes de santé CV puisqu'elles sont à l'âge de la ménopause (Norris et al., 2020; Pacheco et al., 2022).

Prenons la région de Montréal pour expliquer le nombre de décès de femmes en raison de MCV dans ce secteur. En 2016, cette région avait une situation d'accès à un médecin de famille qui était particulièrement problématique (Cameron, 2013). Il y avait quatre quartiers sous la barre des 50 % de patients et patientes ayant un médecin de famille: Saint-Michel (44 %), Parc-Extension (48 %), Métro et Côte-des-Neiges (49 %) (Daoust-Boisvert, 2016). Ces quartiers en question ont été identifiés comme étant moins

nantis dans un guide représentant une carte de la défavorisation des familles avec enfants de moins de 18 ans de l'île de Montréal (Comité de la gestion de la taxe scolaire, 2018). Cette carte de la défavorisation des quartiers montre clairement la concentration importante de familles défavorisées de ces quartiers par rapport au reste de la région de Montréal. Par conséquent, nous proposons que l'accessibilité à la première ligne par un médecin de famille, les délais de consultations d'un médecin à l'urgence et la tendance à la pauvreté des ménages peuvent expliquer la quantité de décès observés au sein de nos résultats.

Comparons maintenant les données que nous avons recueillies du « Centre » au sein des rapports du coroner avec celles recueillies dans le secteur de l'« Ouest ». Il importe de souligner que la tendance des décès est inversée. C'est-à-dire, les jeunes femmes âgées de 15-40 ans représentaient dans la région de l'Ouest, le groupe avec le plus grand nombre de décès, relativement aux deux autres tranches d'âge, alors que le groupe d'âge 56-65 affichait la plus faible proportion de décès. Une enquête plus approfondie s'avère nécessaire afin d'obtenir des données supplémentaires pouvant expliquer les variables sous-jacentes contribuant à cette tendance inattendue des résultats. Néanmoins, en guise d'explication, nous proposons l'hypothèse suivante en se basant sur la population de l'Outaouais, plus particulièrement la ville de Gatineau. Cette tendance inversée de décès chez les jeunes femmes pourrait provenir du fait que Gatineau possède une population plus jeune. C'est ce que révèle Louis Favreau, chercheur de la chaire de recherche du Canada en développement des collectivités (2002). Selon lui, la pauvreté dans cette ville touche davantage les femmes que les hommes mais aussi les jeunes. Cet état de précarité affecte aussi considérablement les travailleuses et travailleurs âgés (45

ans et plus), les jeunes familles et les familles monoparentales dont la responsabilité est prise en charge en majorité par des femmes.

Schepper et Hébert (2021) de l'Institut de recherche et d'informations socioéconomiques dressent eux aussi un portrait qui révèle des inégalités socioéconomiques importantes en Outaouais. Ces disparités se répercutent notamment sur l'espérance de vie significativement plus basse que la moyenne québécoise dans les Municipalités régionales de comté (MRC) les moins nanties de la région. D'ailleurs, ils ajoutent que ces MRC sont celles qui concentrent une plus grande proportion de personnes autochtones ou immigrantes. La région de l'Outaouais est reconnue pour ses problèmes en ce qui concerne l'accessibilité aux services de santé, depuis de nombreuses années. Schepper et Hébert (2021) mentionnent dans leur article une surcharge des urgences dans l'agglomération de Gatineau qui s'explique entre autres par un manque de services de première ligne dans cette agglomération. Ils avancent que la situation est accentuée par le sous-financement du système de santé dans la région ce qui mène à une surcharge des services en deuxième ligne des hôpitaux de Gatineau et de Hull.

Il faut mentionner que l'attribution d'un médecin de famille au Québec est donnée en suivant une cote de priorité attribuée à la clientèle jugée vulnérable par le ministère de la Santé et des Services sociaux (Abastado, 2015; Daoust-Boisvert, 2016; Régime d'assurance maladie du Québec, 2017). Les jeunes adultes sont donc moins prioritaires à cet effet, puisqu'ils sont considérés en « bonne santé » jusqu'à preuve du contraire. Par conséquent, ayant moins de chance d'avoir un médecin de famille, ils sont probablement moins enclins à avoir accès à un suivi médical de routine et une consultation médicale lorsque nécessaire. Ainsi, ils retardent leur visite chez un médecin en raison des délais

d'attente ou encore ils se tournent vers l'urgence pour pallier ce manque de services. Le taux de départs des patients et patientes de l'urgence à Gatineau sans prise en charge est près du double de la moyenne québécoise. C'est le cas d'un patient ou d'une patiente sur cinq qui visite l'urgence de l'Hôpital de Hull qui a décidé de quitter les lieux avant d'avoir pu y voir un médecin (Mercier, 2017). Qui plus est, les multiples erreurs médicales rapportées et les temps d'attente excessifs dans les salles d'urgence contribuent à ce que la situation des hôpitaux de cette région fasse périodiquement la une de différents médias (Gagnon et Lévesque, 2019). Le coroner Pierre Bourassa s'est même prononcé en décrivant la situation de l'urgence de Gatineau comme étant « une des pires urgences du monde occidental » (Radio-Canada, 2016). La situation est si grave que les citoyens et citoyennes de l'Outaouais consultent les urgences de l'autre côté de la frontière, en Ontario, pour recevoir des soins de santé (Archambault, 2016). D'ailleurs, nous avons analysé le cas de l'une des femmes dans notre échantillon qui a été confrontée au choix de recevoir des soins à Ottawa, en raison des longs délais d'accès pour voir un médecin en Outaouais.

En ce qui concerne les populations québécoises situées au « Nord » et à « l'Est », elles ne sont que peu représentées dans notre échantillon de 47 femmes. Le peu de représentation des décès par MCV de femmes dans ces secteurs pourrait être attribué à une meilleure accessibilité à la première ligne. En effet, la moyenne d'habitants et habitantes ayant un médecin de famille à Montréal était de 56 %. Cela contraste de façon importante avec la moyenne de la région de Saguenay, située dans le secteur du « Nord » de la province, et celle de la région de la Gaspésie, située dans l'« Est ». Ces deux régions comptent un taux de 90 % de leur population ayant un médecin de famille (Daoust-

Boisvert, 2016; Porter, 2020). En comparant les différentes régions géographiques, il apert que la pauvreté des ménages combinée aux problèmes d'accessibilité en santé font en sorte d'accentuer les inégalités sociales et ont un impact sur la santé de sa population.

5.3 Effets de la surcharge des urgences sur les femmes souffrant de MCV

Comme nous l'avons souligné plus haut, au fil de notre analyse des rapports du coroner, nous avons constaté que plusieurs des femmes décédées de MCV avaient quitté l'urgence sans être évaluées par un médecin. Cela s'explique par un temps d'attente dans les urgences du Québec dépassant le délai maximal d'attente établi par l'Échelle canadienne de triage (Association des médecins d'urgence du Québec, 1998). Dans le rapport du coroner a-176094, le coroner André G. Trahan note que :

Vu la venue de la procédure du plan Toyota [⁶], il ressort que les petites urgences des CSS sont appelées à travailler rapidement tant au niveau du triage que des évaluations, et *il y a très peu d'évaluation dans ces milieux en ce qui concerne les phénomènes cardiaques* [accent ajouté].

Le triage a été accéléré, les infirmières chevronnées ont été remerciées et les jeunes font leur apprentissage. Il y a très peu de civières pour l'observation et les patients sont retournés chez eux avec des demandes d'exams en externe ou des consultations en spécialité où il y a beaucoup de délai.

C'est un changement radical dans la pratique médicale des urgences.

(Trahan, 2013, p.3)

⁶ La philosophie Lean qui est aussi connue sous le nom de la méthode Toyota est une méthode de gestion alternative au système de production de masse dans lequel on retrouve habituellement beaucoup de gaspillage de temps, d'espace, de matériel et de potentiel humain (Jones et al., 1999). L'objectif dans l'application de la méthode Lean dans les hôpitaux est de réduire les temps d'attente, la réduction du nombre d'erreurs médicales, une meilleure distribution des ressources humaines, matérielles et financières, une diminution du nombre d'étapes dans le processus ainsi qu'un meilleur flux d'information (Tsasis et Bruce-Barrett, 2008; Gauthier, 2011)

Dans d'autres cas, des femmes avaient consulté plusieurs membres du personnel médical, parfois la même journée, sans que leurs symptômes ne soient pris au sérieux.

Mentionnons que le système de santé du Québec est connu pour être surchargé notamment avec une situation dans les urgences qui fait piètre figure à l'échelle nationale tant elles sont débordées (Gaudreau, 2016). Il est reconnu qu'une urgence engorgée n'est pas en mesure de prendre soins des patients et patientes de manière optimale. Cet état de fait explique possiblement pourquoi plusieurs femmes, comme Monique (que nous présenterons ci-dessous), sont décédées d'une cause CV à leur domicile après leur visite aux urgences.

Les longs délais d'attente à la salle d'urgence dans certaines villes du Québec décrites dans les rapports du coroner ont probablement aggravé la condition médicale des femmes décédées. En outre, ce que nous avons observé est que les femmes qui sont décédées à leur domicile après avoir visité les urgences peu de temps auparavant étaient probablement trop souffrantes pour y rester et attendre plus longtemps. Par conséquent, elles ont décidé de quitter l'urgence sans diagnostic, ni traitements adéquats et sont décédées quelques heures ou quelques jours plus tard à leur domicile. Leur autopsie révélait qu'elles étaient décédées d'une MCV. D'ailleurs, l'article de Shaikh et al. (2012) valident nos hypothèses suggérées plus haut, concernant les circonstances précédant la mort des femmes que nous avons étudiées. Ils et elles expliquent que dans leur étude, les patientes et patients dont les conditions étaient jugées plus graves par l'infirmier ou l'infirmière de triage étaient plus disposés à attendre au-delà de deux heures. Selon eux et elles, cela s'explique par le fait que lorsque l'infirmier ou l'infirmière effectue le triage du patient ou de la patiente, ce professionnel ou cette professionnelle de la santé lui

donne la perception (intentionnelle ou non) du niveau de gravité de sa condition et de ses symptômes lorsqu'il ou elle se présente à la salle d'urgence. Ainsi, cet état de fait aurait pu influencer la décision du patient ou de la patiente. Celles et ceux classés comme étant en état d'inconfort sévère et/ou ayant un niveau élevé d'inquiétude pour leurs symptômes ne semblaient pas avoir la même volonté d'attendre. Lorsque ces femmes et ces hommes ont été questionnés sur les motifs de leur départ de la salle d'urgence sans avoir vu un médecin, elles et ils mentionnent s'être sentis trop malades pour attendre plus longtemps dans leur état (Baker et al., 1991).

5.4 Femmes en « situation de vulnérabilité » et développement de MCV

Selon l'auteure Marie Liendle, la vulnérabilité est « une situation de faiblesse à partir de laquelle l'intégrité d'un être est ou risque d'être affectée, diminuée, altérée » (p.304). Elle ajoute que :

...la vulnérabilité correspond au risque de développer ou d'aggraver des incapacités, le risque étant lié à son âge, à son état physique ou mental. La notion de vulnérabilité rend compte d'un état instable qui risque de se dégrader, la dégradation elle-même dépendant de l'état de la personne et des facteurs de fragilité. ... La vulnérabilité peut être liée à l'âge et à l'état de l'individu; elle peut aussi être induite par un changement dans sa situation de santé; par exemple, lors d'une hospitalisation, ou de l'annonce d'un diagnostic, au manque de connaissances et de repères se surajoute un sentiment de ne plus savoir faire face. La vulnérabilité est d'autant plus forte que l'individu ne parvient pas à identifier ses besoins propres face aux nouvelles prescriptions qui lui sont données. (Liendle, 2012, pp. 304-305)

Parmi nos 47 dossiers du coroner, plusieurs des femmes étaient issues notamment de la pauvreté, de l'immigration ou encore étaient détenues dans un milieu carcéral. D'autres étaient enceintes, souffraient d'obésité, vivaient avec des troubles de santé mentale, avaient une barrière de langue ou étaient en situation d'isolement social. Leur histoire respective nous a sensibilisées sur leur réalité et sur leur contexte de vie. Les 11 histoires de cas et extraits des rapports du coroner que nous présenterons établissent la toile de fond pour bien comprendre les circonstances entourant le décès des femmes que nous avons étudiées. Débutons avec l'extrait du rapport du coroner Me Pierre Bélisle.

5.4.1 Cas de Laura-Ann, 41 ans (2017-0060701)

Notre investigation nous amènera à faire certains constats qui nous forcent à s'interroger sur la façon de procéder du personnel infirmier, du moins à l'égard du cas de Mme Cordeau.

D'abord, jamais Mme Cordeau n'a passé un électrocardiogramme, même si l'appareil était disponible, fonctionnel et que des membres du personnel étaient habilités à faire usage de cet appareil [accents ajoutés]. Un électrocardiogramme s'il ne peut prédire un infarctus, peut révéler les signes d'un infarctus en développement. Si l'on s'en réfère à l'autopsie, il est clair que Mme Cordeau a subi un infarctus durant la période où elle se plaignait.

De plus, à aucun moment, entre le 25 janvier 2017 et le 31 janvier 2017, les infirmiers et infirmières qui ont côtoyé Mme Cordeau à l'infirmierie à l'occasion des neuf visites de cette dernière n'ont pris conseil auprès des médecins rattachés à l'institution ni n'ont inscrit Mme Cordeau sur la liste des détenues présentées au médecin qui venait en consultation à l'Établissement.

Bien que les notes du psychologue rencontré les 4 et 27 janvier par Mme Cordeau confirment qu'elle ne présente aucun signe d'anxiété, le personnel infirmier persiste à croire que la problématique de Mme Cordeau est reliée à l'anxiété vécue à la précédente institution pénitentiaire et pour laquelle elle avait reçu la médication qu'elle ne voulait plus prendre [accents ajoutés]. Il apparaît que les informations semblent ne pas circuler entre les différents secteurs rattachés à la santé et que pareils échanges auraient pu amener un jugement différent sur les maux dont se plaignait Mme Cordeau. (Bélisle, 2017, p.5)

Laura-Ann était une détenue en prison qui autrefois était connue sous le nom de François. Selon le rapport du coroner, elle souffrait de dysmorphie de genre. Ce qui nous a interpellé dans l'histoire de Laura-Ann est qu'elle se plaignait d'essoufflement et de douleurs épigastriques. Elle avait demandé à plusieurs reprises de l'assistance médicale sans être prise au sérieux. De ce fait, le comportement des infirmiers et infirmières de la prison laissait suggérer qu'ils ou elles ont fait preuve de discrimination dans sa prise en charge médicale. Selon le rapport du coroner, leurs attitudes envers elle auraient pu être influencées par des préjugés par rapport à son identité de genre ou par rapport à son statut de détenue, l'empêchant de recevoir des soins adéquats comme un ECG pour investiguer ses plaintes (Gresy et al., 2020). Le coroner termine en recommandant que :

Les événements entourant le décès de Mme Cordeau rendent nécessaires que les autorités pénitentiaires et les ordres professionnels concernés se penchent particulièrement sur la qualité des services médicaux dispensés à Mme Cordeau...et, plus généralement, révisent l'approche du personnel infirmier auprès des détenus. (Bélisle, 2017, p.5)

Les facteurs de risque démographiques, tels que le statut socioéconomique, la race et l'origine ethnique ont un impact disproportionné sur le risque de MCV chez les femmes. Celles issues de milieux socioéconomiques précaires sont plus susceptibles aux MCV que les femmes qui ont un statut socioéconomique plus aisé (Kandasamy et Anand, 2018; Norris et al., 2020).

5.4.2 Cas de Lee, 65 ans (A-152771)

Lee ne parlait que mandarin et éprouvait des troubles de santé mentale. D'ailleurs, nous pouvons retrouver dans le rapport du coroner Robert Larocque la mention suivante :

Mme Lee Ying Wha [*sic*] était connue comme schizophrène et était suivie à la clinique externe de psychiatrie au Centre Hospitalier Laurentien. ...

Mme Lee Ying Hwa n'avait aucun dossier médical et n'était suivie par aucun médecin pour ce qui est de sa condition physique. Elle n'avait non plus aucune médication pour une condition médicale. Mme Lee était une dame solitaire qui ne parlait pas le français mais le mandarin. (Larocque, 2005, p.2)

Lee avait une barrière de langue et des problèmes de santé mentale. Son autopsie a révélé qu'elle avait une maladie cardiaque athérosclérotique tritonculaire ce qui est la cause probable de décès selon le coroner Larocque. Il est important de souligner que c'est le troisième rapport du coroner qui fait mention de l'omission d'évaluation de l'état physique chez des femmes avec des antécédents psychiatriques et qui sont médicamenteuses avec des sédatifs ou des antipsychotiques. Notre analyse des cas décrits dans les rapports du coroner révèle que les problèmes d'accès à un médecin de famille, une situation qui persiste au Québec, semblent aussi affecter les femmes souffrant de MCV mais particulièrement celles qui sont dans un « contexte de vulnérabilité ». Ces

femmes sont sujettes aux préjugés sociaux qui empêchent une offre de soins respectueuse, adéquate et optimale. Dans *Le Plan d'action en santé et bien-être des femmes 2020-2024*, il est mentionné ce qui suit:

Les normes sociales font également en sorte qu'elles [les femmes] portent toujours une large part des responsabilités parentales et familiales, avec de potentielles conséquences non seulement sur leur situation économique, mais également sur leur santé mentale et physique.

Enfin, la physiologie des femmes requiert, en général, la mise en place de plusieurs services en matière de santé, considérés comme spécifiques de leur état ou adaptés à celui-ci.

Ces problématiques communes à la majorité des femmes peuvent être plus marquées dans certains sous-groupes sujets à se retrouver dans plusieurs situations de vulnérabilité. (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2020, p.1)

L'imbrication du facteur du genre et du facteur de l'âge chez les femmes influence les facteurs de risque CV. Ces facteurs ont un impact sur les représentations sociales et culturelles mais aussi sur les rapports de pouvoir des femmes (Beaumier, 2017; Mulvagh et al., 2021). Le cas de Edeline investigué par le coroner Jacques Ramsey est un exemple flagrant de l'importance de prendre en considération les déterminants sociaux de la santé dans la prestation de soins CV, notamment les ressources financières et le statut démographique des individus.

5.4.3 Cas de Edeline, 47 ans (A-304818)

En fin d'après-midi, le 1^{er} février, madame [Edeline] se plaint de douleurs thoraciques à son mari. Elle demande à celui-ci s'il peut l'accompagner demain chez le médecin. Dans la soirée, les douleurs persistent avec irradiation aux deux bras. *Elle endure tant bien que mal durant la nuit les douleurs qui la gardent éveillée plusieurs heures* [accent ajouté] et se rend au CLSC [Centres Locaux de Services Communautaires] Rivière- des-Prairies en matinée en compagnie de son mari. ...madame est évaluée rapidement dans les minutes suivantes, car *madame a des douleurs thoraciques et aux bras d'intensité « 9,99/10 » auxquelles l'infirmière donne l'épithète de musculaires* [accent ajouté]. Selon l'infirmière, les chiffres de la tension artérielle sont très hauts avec une systolique qui frôle les 200 mmHg (195/100 mmHg). La raison en est fort simple. Madame [Edeline] explique qu'elle a dû cesser sa médication—amlodipine 10 mg par jour—il y a environ deux mois faute de moyens lorsqu'elle s'est retrouvée au Québec sans accès au régime d'assurance maladie et assurance médicaments. Madame était jusqu'à récemment en Ontario.

L'infirmière n'est pas particulièrement préoccupée par les douleurs thoraciques, mais elle accroche sur la haute tension systolique [accent ajouté]. Comme aucun médecin de première ligne ne travaille le samedi, la note de l'infirmière précise que madame est redirigée vers l'urgence de l'Hôpital Santa Cabrini. Selon l'infirmière, Madame se propose de s'y faire accompagner par son conjoint qui attend dans la salle d'attente. À la vérité [*sic*], madame ne veut pas aller à l'hôpital. Le conjoint me [le coroner] dit que madame [Edeline] n'y a

jamais fait allusion dans la salle d'attente et qu'elle l'a plutôt dirigé [*sic*] vers un cabinet privé, en l'occurrence la clinique d'urgence Léger, ... à un peu moins de 5 kilomètres du CLSC. Encore là, la raison la plus probable tient à ce que madame [Edeline] n'a pas de carte d'assurance maladie du Québec. (Ramsey, 2008, p.1)

Edeline avait récemment déménagé de la province de l'Ontario à celle du Québec et il est probable qu'elle n'ait pas entrepris les démarches nécessaires pour obtenir sa carte d'assurance maladie du Québec. De ce fait, elle n'avait pas les moyens de payer ses médicaments contre l'hypertension dont elle avait grandement besoin. Ainsi, le facteur de risque de l'hypertension communément appelé « tueur silencieux » n'est pas à prendre à la légère comme démontre l'extrait précédant. Autant l'infirmière et la patiente ont banalisé les symptômes, ce qui a précipité son décès. De plus, le cas d'Edeline rappelle qu'il ne faut pas négliger de prendre en compte l'aspect social et le contexte de vie des femmes ayant des facteurs de risque CV. D'ailleurs, en 2013, de nouvelles recommandations par rapport à la gestion de l'hypertension ont été émises notamment pour les adultes hypertensifs de 30 à 59 ans ou avec présence de diabète de type 2 (Garcia et al., 2016). Pour ce faire, il faut donner le soutien nécessaire afin que les femmes en « situation de vulnérabilité » soient en mesure de traiter et comprendre cet important facteur de risque CV, mais aussi, soient prises au sérieux et entendues.

Lors de l'étude des 47 rapports du coroner nous avons observé que sept facteurs revenaient à plusieurs reprises lors de nos lectures soit : l'hérédité cardiovasculaire, les décès à domicile, la banalisation des symptômes par l'équipe médicale, la banalisation des symptômes par la patiente, l'isolement, les antécédents d'infarctus du myocarde et les

départs de l'urgence sans examen médical. Dans le Tableau 5, nous avons compilé le nombre de rapports du coroner qui faisaient état de ces facteurs par tranches d'âge.

Tableau 5. Facteurs de vulnérabilité des femmes décédées au Québec de MCV recensés dans les rapports du coroner par tranche d'âge entre 2002 et 2017

Facteurs ⁷	15-40 ans (n=14)	41-55 ans (n=16)	56-65 ans (n=17)
1- Héritéité cardiovasculaire	3 (21,4 %)	1 (6,3 %)	0 (0 %)
2- Décès à domicile	4 (23,5 %)	5 (31,3 %)	8 (47 %)
3- Banalisation des symptômes par l'équipe médicale	4 (23,5%)	4 (25,0 %)	4 (23,5 %)
4- Banalisation des symptômes par la patiente	3 (21,4 %)	2 (12,5 %)	2 (11,8 %)
5- Isolement	0 (0 %)	0 (0 %)	2 (11,8 %)
6- Antécédent d'infarctus du myocarde	2 (14,3 %)	1 (6,3 %)	4 (23,5 %)
7- Départ de la salle d'urgence sans examen médical	1 (7,1 %)	3 (18,8 %)	0 (0 %)

Note. Données tirées de notre échantillon de 47 rapports du coroner provenant du site Internet du BCQ.

En étudiant les données de ce tableau, nous en sommes venues aux constats suivants.

Tout d'abord, les tendances au sein des facteurs compilés dans le Tableau 5 diffèrent par tranches d'âge selon le facteur en question. Par exemple, les données obtenues sur l'« isolement » regroupent les rapports de coroner de défuntés qui n'avaient aucun soutien familial ni social. Ce facteur n'était aucunement dénombré au sein des tranches d'âge de femmes de 15-40 ans et de 41-55 ans, alors qu'il s'avérait un facteur contribuant chez 11,8 % des femmes âgées de 56-65 ans. À l'inverse, le facteur de l'« héritéité

⁷ Une femme peut avoir plus d'un facteur de risque simultanément (par ex. héritéité cardiovasculaire et décès à domicile).

cardiovasculaire » est dénombré plus fréquemment auprès des femmes de 15-40 ans, en comparaison aux deux autres tranches d'âge étudiées.

En ce qui a trait au concept de la banalisation des symptômes, nous avons regroupé les informations en deux catégories. La première catégorie constitue le facteur de la « banalisation des symptômes CV par l'équipe médicale ». Nous avons répertorié dans celle-ci tout ce qui laissait croire, selon la lecture des dossiers du coroner, que les médecins, les cardiologues ou les infirmiers et infirmières n'avaient pas accordé l'attention nécessaire à la condition médicale de la femme qui les avait consultés avant son décès. La deuxième catégorie constitue le facteur de la « banalisation des symptômes par la patiente ». Il englobe les éléments provenant des rapports du coroner qui démontrent que la femme décédée avait volontairement ignoré ses symptômes CV prodromiques. Il importe de noter que la proportion de banalisation des symptômes CV par l'équipe médicale est approximativement égale dans les trois tranches d'âge alors que la banalisation des symptômes CV par la patiente est beaucoup plus importante dans le groupe d'âge 15-40 ans par rapport aux deux autres.

La compilation de nos résultats quant aux antécédents familiaux de MCV relatés par les coroners révèle la prédominance du facteur de l'« hérédité cardiovasculaire », au sein de la tranche d'âge des femmes de 15-40 ans; un constat qui n'est pas étonnant. La raison est que lorsqu'un membre de la famille (père, mère, frère ou sœur) développe une maladie cardiaque, avant l'âge de 55 ans (ou avant la ménopause dans le cas des femmes), cela implique un risque augmenté de développer une MCV pour la femme (Smith et al., 2018; ICUO, 2022a). Ainsi, lors de l'analyse de nos résultats, nous avons attribué aux femmes de notre étude ce facteur, quand il était question d'antécédents familiaux de

MCV relatés par les coroners. En outre, notre interprétation des commentaires du coroner nous laisse croire que certains membres du personnel soignant avaient des préjugés ou des biais inconscients sur la condition et les symptômes des femmes qui les ont consultés. Ces comportements les ont menés à étiqueter plusieurs patientes. Cela a contribué à générer de la part de ces professionnels et professionnelles de santé des conclusions hâtives et à ne pas les évaluer adéquatement. Il s'agit d'un phénomène largement documenté dans les études sur les femmes et les MCV (Schoenberg et al., 2003; Bönte et al., 2008). D'ailleurs, une présence notable de décès à domicile après leur visite médicale a été remarquée, et ce, quelle que soit la tranche d'âge. Nous pouvons ainsi citer le cas de Julie à titre d'exemple.

5.4.4 Cas de Julie, 39 ans (A-167439).

Le cas Julie Thibault décédée en 2008 dont nous avons présenté en introduction a été analysé. Rappelons qu'elle était une mère, ayant souffert pendant trois mois de symptômes cardiaques. Elle s'était présentée à l'urgence et son ECG n'avait pas été montré au médecin (Lévesque et Gagnon, 2020). Nous avons pris connaissance de nouveaux faits, lors de notre lecture du rapport du coroner. En effet, elle prenait de l'oxycodone qui est un analgésique opioïde et des antidépresseurs qui sont des psychotropes (Association des pharmaciens du Canada, 2020b; Commission de l'éthique en science et en technologie, s.d.). De ce fait, cela nous porte à croire que la prise de ce type de médicaments par Julie aurait pu biaiser l'opinion des professionnels et professionnelles de la santé qui l'ont examinée à l'urgence et ainsi, les amener à ne pas prendre au sérieux ses symptômes CV.

Ce qui ressort de l'analyse des données du groupe d'âge 15-40 ans est que 21,4 % de ces femmes avaient tendance à banaliser leurs propres symptômes. C'est le cas de Carole. Pour l'expliquer, nous avons consulté les dernières recherches dont les auteurs et auteures concluent que les jeunes femmes ne semblaient pas avoir été conscientisées à leur risques de souffrir d'une maladie CV. Ce sont notamment les conclusions qu'ont tiré Mosca et al. (2013) à l'effet que les jeunes femmes étaient nombreuses à verbaliser que leur médecin ne les avait pas sensibilisées aux facteurs de risques qui sont propres à leur groupe d'âge et par conséquent, les ont mises en danger de souffrir de MCV.

5.4.5 Cas de Carole, 40 ans (A-144255)

Carole a ressenti une pression dans les deux bras qui irradiait aussi à la poitrine, et ce, pendant plusieurs jours. Après avoir consulté l'infirmière à l'usine, son lieu de travail, elle s'est dirigée à sa clinique médicale, étonnement sachant la sévérité de ses symptômes au lieu d'aller directement aux urgences. Cependant, son médecin de famille n'étant pas disponible pour la voir, elle a alors décliné de consulter l'autre médecin de sa clinique, lorsqu'offert par la réceptionniste. Elle est repartie chez elle et plus tard, malgré la persistance de ses douleurs thoraciques, elle est de nouveau retournée à la clinique au lieu d'aller aux urgences. À la suite des délais de traitements, elle a eu un arrêt cardiorespiratoire et est décédée, selon le rapport du coroner Robert Turgeon, d'une ischémie myocardique aigüe probablement secondaire à l'obstruction complète de l'artère circonflexe.

En ce qui concerne les femmes âgées de 41-55 ans, nous sommes arrivées aux mêmes conclusions qu'avec la tranche d'âge précédente, les 15-40 ans. En effet, les proportions de défrites de cette tranche d'âge ayant subi une « banalisation de leurs

symptômes par l'équipe médicale » étaient similaires aux résultats obtenus pour les jeunes femmes de notre échantillon. Prenons l'exemple du cas de Maria.

5.4.6 Cas de Maria 50 ans (A-156251)

Maria présentait des symptômes d'un malaise cardiaque sous forme de douleurs persistantes à la poitrine. Quelques mois auparavant, l'examen du cardiologue s'était avéré normal. Il anticipait plutôt un problème d'un autre ordre. Elle s'est fait prescrire du *Pantoloc*® utilisé pour les soulagements gastro-intestinaux, au lieu de mesures plus appropriées à traiter ses symptômes cardiaques (Association des pharmaciens du Canada, 2020c). Notons que c'est la seconde défunte à se faire prescrire du *Pantoloc*® par son cardiologue pour soulager des douleurs annonciatrices d'un mal cardiaque. Lorsqu'elle s'est présentée à l'urgence, on note les mêmes symptômes rapportés par Maria et que la douleur était suffisamment importante pour la réveiller durant la nuit. À partir des informations qu'il reçoit de la patiente, l'urgentologue adopte la même conduite que le cardiologue. Bien qu'un ECG soit un examen peu dispendieux, il n'a pas été fait. Une investigation plus poussée n'a pas eu lieu, comme le rapporte le coroner Michel Ferland. Pourtant, il aurait pu, le cas échéant, mieux informer le médecin sur la condition de la patiente. Maria est décédée seule chez elle d'une arythmie probable associée à une maladie vasculaire artériosclérotique sténosante tritronculaire. Nous associons ce phénomène au fait qu'il existe une perception erronée chez les professionnels et professionnelles de la santé, la population en général et particulièrement chez les femmes, que celles-ci sont immunisées aux MCV (Miracle, 2010; Agarwala et al., 2020). De surcroît, tout comme chez les femmes de la tranche d'âge plus jeune, nous avons

remarqué qu'une forte proportion des femmes de 41-55 ans (soit, 31,3 %) étaient décédées à leur domicile après leur visite à l'urgence comme dans le cas de Chantal.

5.4.7 Cas de Chantal, 50 ans (A-156212)

Chantal souffrait de douleurs thoraciques. Le coronar, le Dr Paul G. Dionne rapporte que cette femme présentait selon ses proches une fatigue physique. Le coronar a d'ailleurs souligné : « Toutefois, il semble bien à la revue des dernières heures qu'a vécu M^{me} Bouchard, que *celle-ci n'était pas « plaignarde » et minimisait possiblement certains de ses symptômes* [accents ajoutés] » (2005, p.2). Or, elle présentait pourtant, depuis plusieurs années avant son décès de multiples facteurs de risque CV tels que le tabagisme et l'hypertension artérielle. De plus, elle avait une histoire familiale de cardiopathie positive et était en surpoids avec un indice de masse corporel (IMC) de 26 (Santé Canada, 2019). La revue de son dossier médical a révélé des valeurs anormales de lipides sanguins révélateurs d'une dyslipidémie. Néanmoins, ses symptômes et ses facteurs de risques auraient dû influencer la prescription de traitements de prophylaxie chez la patiente. Le coronar Dionne dénonce ce constat dans son rapport en affirmant qu'« On [le personnel médical] ne lui avait jamais suggéré de médication pour la dyslipidémie ou encore d'anti-plaquettaires » (p.4). Un des médecins experts consultés pour l'investigation du coronar Dionne ajoute « On aurait toutefois pu prescrire de l'aspirine et de la nitroglycérine à M^{me} Bouchard. Une statine aurait possiblement pu être ajoutée » (cardiologue consulté cité dans Dionne, 2005, p.4).

Souvent, ni les femmes, leurs proches ou même leur médecin ne reconnaissent pas les signes et les symptômes reliés aux MCV qui s'y rattachent (Schoenberg et al., 2003; Smith et al., 2018). Ce n'est pas nouveau que les chercheurs et chercheuses s'inquiètent

du fait que les femmes tardent à solliciter des soins médicaux et subissent des dommages plus graves, faute d'agir rapidement (Schoenberg et al., 2003; Nguyen et al., 2010; Smith et al., 2018). Au cours de leur étude, Mosca et al. (2013) sont arrivées aux conclusions que les femmes étudiées n'étaient pas en mesure d'identifier les symptômes majeurs de MCV et qu'elles avaient de la difficulté à reconnaître quels étaient leurs facteurs de risque CV. Les femmes ont tendance à attribuer leurs symptômes à un autre problème de santé, aux effets secondaires d'un médicament ou encore elles pensent qu'ils se dissiperont tout seuls. De ce fait, les femmes n'obtiennent pas, le moment venu, les soins dont elles ont besoin pour prévenir les complications découlant d'une crise cardiaque, ce qui cause leur mort (Agence de santé du Canada, 2009). Plusieurs cas répertoriés de femmes qui avaient des symptômes aigus associés au MCV se sont faites mal évaluées par le personnel infirmier et dans d'autres cas elles ont reçu le mauvais diagnostic par le médecin car ces professionnels et professionnelles de la santé ont fait fi de leurs symptômes prodromiques CV. En plus de la banalisation par ces soignants et soignantes, nous avons constaté, au sein de notre échantillon, cette tendance mentionnée dans la littérature scientifique que les femmes banalisent leurs symptômes ne les croyant pas reliés à une MCV (Schoenberg et al., 2003; Smith et al., 2018).

En ce qui concerne la tranche d'âge des femmes de 56-65 ans, elles avaient davantage d'antécédents d'infarctus du myocarde et étaient plus propices à avoir des comorbidités telles que le diabète, l'hypertension et l'insuffisance cardiaque. Quant aux facteurs de l'« isolement » et de « la banalisation des symptômes par la patiente », ils étaient bel et bien présents. Les données recueillies pour le facteur de « décès à domicile » en raison d'une MCV étaient nettement plus nombreuses au sein de cette

tranche d'âge. Ces résultats peuvent être expliqués puisque l'isolement social peut être précipité par un bon nombre de facteurs qui se recoupent et se chevauchent fréquemment. Une forte probabilité de vivre seule à un âge avancé, la perte de rôles sociaux reliés à la retraite, le décès d'un conjoint ou d'une conjointe, les problèmes de mobilité, les difficultés financières ou encore une mauvaise santé en sont quelques exemples (Keefe et al., 2006).

Il s'est avéré que le facteur de l'isolement des femmes était peu commun (soit 11,8 % chez les 56-65 ans) et voire absent dans les deux tranches d'âge plus jeunes de notre échantillon de rapports du coroner. Toutefois, les quelques cas qui en faisaient référence nous ont sensibilisées à l'importance d'en prendre en compte dans notre analyse. D'ailleurs, dans un des rapports que nous avons parcourus, un des coroners, Dr Raynald Gauthier, a soumis des recommandations. L'une d'entre elles visait les résidents habitant dans un office municipal d'habitation afin qu'ils adhèrent au « Programme Pair », le service d'appels automatisés gratuit et personnalisé destiné aux aînés. Ce programme a pour but précisément d'offrir à la communauté une sécurité accrue par un service d'appels quotidiens automatisés et selon lui il permet une plus grande quiétude aux abonnés et à leurs proches. Le coroner a ajouté dans sa recommandation que ces services sont disponibles pour toute personne à risque au niveau de son environnement, de son état de santé ou de son isolement. De plus, les appels sont émis en fonction des horaires de vie de chaque participant et participante. Dans le cas où un appel ne reçoit pas de réponse, ils vont réessayer deux ou trois fois avant d'alerter le 911.

Les recherches révèlent que lorsque la femme est isolée socialement, il y a une augmentation des risques de morbidités et de mortalité causée par les MCV comme c'est

le cas avec des facteurs de risque tels que l'hypertension, le tabagisme et l'obésité (Xia et Li, 2018). Ainsi, la recommandation proposée par le coroner Gauthier permettrait d'adresser les problèmes associés à l'isolement social. De surcroît, chez les femmes de la tranche d'âge de 56-65 ans, nous avons remarqué que près de la moitié étaient décédées à leur domicile après une visite aux urgences. Ce fut le cas de Réjeanne, de Diane et de Monique.

5.4.8 Cas de Réjeanne, 60 ans (A-168454)

Le coroner Bernard Lefrançois rapporte dans son rapport :

Dans l'après-midi du 8 mai 2008 vers 12h40, la victime [Réjeanne] se présente à l'urgence du CSSS de Sept-Îles disant éprouver des couleurs [*sic*] au cou. Au dossier, il fut inscrit également : douleur au bras gauche, vomissements, étourdissements. Il est également inscrit : « points [*sic*] poitrine ».

Par contre, il fut noté au dossier que la victime [Réjeanne] n'avait pas de douleur thoracique.

Après examen par le médecin de l'urgence, son congé fut donné vers 15h45.

Plus tard, chez elle, la victime a éprouvé des malaises et est devenue inconsciente. Un appel a été fait aux ambulanciers, à 19h07 et ceux-ci arrivèrent sur les lieux à 19h23. La victime était en asystolie.

Les ambulanciers débutèrent des manœuvres et transportèrent la victime [Réjeanne] au CSSS de Sept-Îles où d'autres manœuvres de réanimation furent tentées. Finalement, le décès fut constaté par le Dr. Benoît Monfette à 19h58. (Lefrançois, 2009, p.1)

Plusieurs éléments ont attiré notre attention dans le cas de Réjeanne. Tout d'abord, lorsqu'elle s'est présentée à l'urgence, elle souffrait de douleurs au cou, ce qui pouvaient être une manifestation atypique qui présageait la venue d'un événement cardiaque. Ensuite, d'après le rapport du coronar Lefrançois, elle avait des antécédents de MCV, d'hypertension artérielle et de dyslipidémie; trois facteurs de risque CV traditionnels importants qui ne semblent pas avoir été pris en compte lors de sa visite à l'urgence. De plus, le rapport toxicologique de cette dernière a révélé entre autres la présence sanguine de : codéine, acétaminophène, butalbital, mirtazapine, bromazépam, citalopram et desméthylcitalopram. Ces substances et métabolites suggèrent qu'elle consommait des médicaments « psychotropes » mais aussi qu'elle consommait des narcotiques, des analgésiques, des barbituriques et des benzodiazépines (Centre de toxicomanies et de santé mentale, 2012a, 2012b; Association des pharmaciens du Canada, 2018, 2022; National Center for Biotechnology Information, 2022a, 2022b). Ce qui demeure surprenant c'est que Réjeanne a reçu son congé de l'urgence en dépit de ses symptômes aigus inquiétants et malgré la présence de facteurs de risque CV importants. Elle est décédée sept heures plus tard. Ce constat nous amène à nous questionner, une fois encore sur la prise en charge biaisée et l'application de stéréotypes non fondés des professionnels et professionnelles de la santé de la salle d'urgence envers Réjeanne. Il semble qu'en prenant connaissance du type de médicaments que consommait Réjeanne (psychotropes, narcotiques, barbituriques, opioïdes), le personnel médical de l'urgence a banalisé ses symptômes ne les attribuant pas à une MCV. Il est très surprenant de constater une telle prise en charge médicale face à des symptômes aussi préoccupants. Particulièrement, étant donné que les symptômes ressentis par Réjeanne se manifestaient par des douleurs

au cou, des douleurs au bras gauche, des vomissements, des étourdissements et « des points à la poitrine » (ICUO, 2022b). Selon le coroner Lefrançois, la cause probable de son décès est une cardiopathie ischémique et un trouble du rythme paroxystique. Son autopsie a révélé entre autres la présence d'anciens infarctus du myocarde et d'une valvulopathie mitro-aortique ce qui concorde avec les constats énoncés dans la littérature. En effet, les MCV chez les femmes les rendent plus vulnérables après l'âge de 52 ans à des problèmes de valvulopathies, et ce, particulièrement chez celles avec des comorbidités (DesJardin et al., 2022; Pacheco et al., 2022).

5.4.9 Cas de Diane, 61 ans (A-327481)

Diane a visité deux salles d'urgence en l'espace de quelques heures pour obtenir de l'assistance médicale reliée à ses symptômes CV. Contrairement aux autres défunt(e)s, elle s'était obstinée à se faire entendre par les professionnels et professionnelles de la santé concernant des douleurs thoraciques, de la lourdeur ressentie dans les deux bras et des vomissements. Elle a reçu son congé sans que des examens complémentaires aient été effectués et est décédée à son domicile d'un infarctus du myocarde.

Pour terminer cette partie du chapitre, nous allons présenter un extrait du rapport du coroner André G. Trahan qui décrit les circonstances du décès « évitable » de Monique.

5.4.10 Cas de Monique, 64 ans (A-176094)

Antécédents pertinents : Du 4 décembre 2011 au 19 janvier 2012, elle [Monique] a consulté à plusieurs reprises pour des douleurs rétro sternales [*sic*] et aussi un diabète sucré instable plus ou moins investigué. Elle a bien eu quelques examens à l'urgence, mais *elle n'a jamais été investiguée sur moniteur pour préciser*

l'importance de sa maladie coronarienne [accents ajoutés]. Elle [Monique] a eu une consultation en cardiologie et elle fut retournée chez elle par la suite, en attente d'une investigation de scintigraphie myocardique. ... Le 19 janvier 2012, à 13h 33, Mme Monique Honneur se présente à l'urgence du CSSS de Trois-Rivières, en compagnie de son mari, qui l'a transporté [sic] à l'hôpital en raison du fait de son diabète sucré qui est non contrôlé et instable.

Son mari avoue qu'elle est peu ordonnée tant par la prise de sa médication que le suivi de sa diète. ... Son mari aimerait qu'elle soit hospitalisée, mais le médecin considère qu'elle doit suivre sa diète, prendre sa médication, revoir son médecin et aussi se rendre à ses rendez-vous à la clinique du diabète pour l'ajustement de sa diète. La patiente est libérée et retournée chez elle. ... *La patiente n'a pas eu de recherche d'acétone dans les urines ni de bilan acide base pour mettre en évidence un début d'acidose diabétique. Elle a eu aussi un malaise thoracique, mais on lui a suggéré d'avoir un Thallium pour préciser la nature de ses lésions. Elle fut libérée et retournée à domicile* [accents ajoutés].

Son mari l'a retrouvée le matin vers 07h00, inanimée, sur le plancher de la salle de bain, à sa résidence. ... Dans ce cas [sic] les complications tant au point de vue cardiaque qu'au point de vue de son diabète auraient pu être évités [sic] si la patiente avait été transférée dans un centre hospitalier où la présence de cardiologues, des endocrinologues pouvant assurer une expertise globale de ses conditions ainsi que des traitements adéquats. (Trahan, 2013, p.3)

Monique est décédée d'une complication reliée à un infarctus du myocarde qui s'est traduit par une tamponnade cardiaque en plus d'une acidose métabolique causée par un diabète sucré mal traité.

5.5 Facteurs de risque CV traditionnels et non traditionnels chez les femmes

Nous avons analysé plus haut, la présence d'éléments qui aggravent la vulnérabilité des femmes dont les *Facteurs de vulnérabilité des femmes décédées* regroupé au Tableau 5. Dans la section qui suit, nous allons discuter des facteurs de risque énumérés dans les rapports du coroner qui sont associés aux MCV chez les femmes. Ceux-ci ont été catégorisés comme traditionnels et non traditionnels par Garcia et al. (2016) et Norris et al. (2020). Nos recherches sur le sujet des MCV chez les femmes nous ont amenées à étudier plus en profondeur ces facteurs de risque. Ils nous permettront de voir s'il y avait un lien de cause à effet entre ces facteurs de risque rapportés dans les rapports du coroner et le décès prématuré des femmes examinés dans notre étude. Ceux qui sont « traditionnels » sont le diabète, le tabagisme, l'hypertension, la dyslipidémie et l'obésité. Quelques-uns des facteurs de risque spécifiques au sexe catégorisés comme « non-traditionnels » comprennent la prise de contraceptifs oraux, la grossesse mais aussi la dépression (Agarwala et al., 2020; Norris et al., 2020). Nous avons énuméré les facteurs de risque CV par tranche d'âge et comptabilisé le nombre de femmes qui possédaient ce ou ces facteurs de risque, d'après les informations recueillies, lors de notre analyse des dossiers des coroners au Tableau 6.

Tableau 6. Facteurs de risque cardiovasculaires des femmes recensés dans les rapports du coroner au Québec par tranche d'âge de 2002 et 2017

Catégorie	Facteurs de risque cardiovasculaires ⁸	15-40 ans n=14	41-55 ans n=16	56-65 ans n=17
Traditionnels	Surpoids et Obésité	5 (35,7 %)	1 (6,3 %)	4 (23,5 %)
	Tabagisme	3 (21,4 %)	1 (6,3 %)	1 (5,9 %)
	Dyslipidémie	3 (21,4 %)	2 (12,5 %)	2 (11,8 %)
	Hypertension	3 (21,4 %)	3 (18,8 %)	6 (35,3 %)
	Diabète	0 (0 %)	3 (18,8 %)	7 (41,2 %)
Non traditionnels	Prise de contraceptifs oraux	3 (21,4 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
	Grossesse	3 (21,4 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
	Consommation médicaments psychotropes	5 (35,7 %)	4 (25,0 %)	11 (64,7 %)

Note. Les nombres entre parenthèses représentent des pourcentages de cas étudiés selon les tranches d'âge (n).

De prime abord, le facteur de risque CV de la dépression était particulièrement difficile à analyser puisque les coroners n'en avaient pas fait allusion dans leur rapport d'investigations. Ainsi, nous n'avions aucun moyen de savoir si les femmes décédées avaient reçu un diagnostic de dépression pour nous permettre de connaître la portée de ce facteur de risque particulier au sexe féminin (Garcia et al., 2016; Norris et al., 2020). Cependant, nous avons constaté que les coroners avaient rapporté dans plusieurs de leurs rapports la consommation de médicaments psychotropes des femmes qui sont décédées d'une cause CV. Puisque nous avons trouvé cette information inusitée et pertinente à notre étude, nous avons regroupé tous les dossiers qui faisaient mention que les femmes décédées consommaient des anxiolytiques, des antidépresseurs, des antipsychotiques et

⁸ Une femme peut avoir plus d'un facteur de risque simultanément (par ex. le tabagisme, le diabète et la prise de contraceptifs oraux).

des médicaments contre l'insomnie en une seule et même catégorie. Par la suite, nous avons nommé cette catégorie « consommation de médicaments psychotropes ».

Examinons d'abord le portrait du groupe d'âge des femmes de 15-40 ans. Les données compilées au Tableau 6 révèlent qu'un nombre important de celles-ci (35,7 %) étaient en surpoids ou souffraient d'obésité. Les résultats recueillis relatifs à ce facteur de risque peuvent être expliqués en raison du taux de mortalité chez les jeunes femmes en hausse en raison du mode de vie sédentaire qui rend l'obésité et les comorbidités qui y sont associées plus communes (Eckel et Krauss, 1998; Wenger, 2012; Mosca et al., 2013; Smith et al., 2018). Les autres facteurs de risque traditionnels : le tabagisme, la dyslipidémie et l'hypertension étaient présents à proportions comparables (21,4 %) alors qu'aucune femme de ce groupe avait un diagnostic de diabète.

Quant aux facteurs non traditionnels, nous observons que la consommation de médicaments psychotropes touche un peu plus d'un tiers des femmes de cette tranche d'âge. Bien que nous ne puissions pas expliquer avec certitude ces résultats troublants, nous soumettons l'hypothèse que le stress vécu au sein des ménages ou dans les relations interpersonnelles, seul ou en combinaison avec le stress lié au travail peut être mis en cause. De ce fait, le stress affecterait négativement les femmes en bonne santé et les femmes ayant une MCV (Low et al., 2010; Power et al., 2020; Norris et al., 2020). De surcroît, il n'est pas étonnant de noter les deux facteurs de risque associés à ce groupe d'âge soit la prise de contraceptifs oraux et le fait que certaines femmes étaient enceintes. Trois, ou 21,4 % de « jeunes » femmes décédées de MCV de ce groupe prenaient des contraceptifs oraux et trois autres (21,4 %) étaient enceintes. D'ailleurs, les contraceptifs oraux sont reconnus pour augmenter le risque de thromboses artérielles et ils prédisposent

les femmes à subir un infarctus du myocarde et/ou à un accident vasculaire cérébral.

C'est le cas, en particulier, chez les femmes âgées de plus de 35 ans qui présentent de nombreux facteurs de risque CV comme le tabagisme. De plus, les MCV sont une cause majeure de morbidité maternelle et de mortalité pendant la grossesse et le post-partum tel que démontré dans le cas de Karine (Mulvagh et al., 2021).

5.5.1 Cas de Karine, 28 ans (A-302621)

Cette femme âgée de 28 ans, décédée d'une arythmie maligne, s'est présentée à l'urgence enceinte de 36 semaines pour maux de tête malgré la prise d'un médicament contre l'hypertension artérielle. C'était sa seconde visite en quatre jours. Le lendemain, elle est admise au département d'obstétrique où elle se plaint de brûlures d'estomac et reçoit du *Gaviscon*® pour la soulager. La coroner Joanne Lachapelle écrit dans son rapport :

À partir du cinquième mois de la grossesse, le conjoint de madame Thomas a déclaré qu'elle avait commencé à présenter des signes de difficultés respiratoires importants; elle était de plus en plus essoufflée, problème qui s'était accentué jusqu'à l'accouchement. L'essoufflement était de plus en plus prononcé et elle associait ses douleurs thoraciques à cet essoufflement. Plus la grossesse avançait, plus elle avait de la difficulté, à un point tel que la nuit, elle dormait assise dans un fauteuil. À la fin de la grossesse, elle ne pouvait plus monter plus de 3 marches sans s'arrêter pour se reposer.

À la fin de la grossesse, elle ne supportait même plus le poids d'une couverture sur elle, elle râlait, elle avait un teint très, très pâle et voyait des « points noirs ». Elle ne dormait plus la nuit, tellement elle avait de la difficulté à

respirer, elle ne pouvait plus passer la nuit allongé [*sic*] dans le lit et devait se lever à plusieurs reprises tellement elle décompensait. ...Le conjoint de Madame Thomas a également déclaré qu'aux cours prénataux, les infirmières lui avait demandé si elle avait discuté avec son médecin traitant de ses difficultés respiratoires. Madame Karine Thomas a déclaré aux infirmières qu'après discussion avec lui [le médecin traitant de Madame Thomas], il [le médecin traitant de Madame Thomas], *lui avait déclaré que c'était normal pour une femme enceinte d'être essoufflée* [accents ajoutés]. (Lachapelle, 2007, p.3)

De tels symptômes, en combinaison avec des antécédents familiaux d'hypertension pulmonaire, auraient dû tirer la sonnette d'alarme. Néanmoins, aucune de ces informations n'était rapportée dans le dossier médical. Ainsi, comme le démontre l'histoire de cas de Karine, sous prétexte qu'il est normal d'être incommodée par les inconforts liés à la grossesse, il est faux de supposer que les symptômes de dyspnée, de palpitations, de maux de tête, de nausées et de vomissements ne devraient pas être investigués. Ils pourraient être reliés à un problème CV, et ce, même à l'âge de 28 ans. C'est généralement lors de la grossesse que les femmes voient leurs risques CV augmenter pour la première fois (Cœur et AVC, 2021-a). Les désordres hypertensifs reliés à la grossesse sont associés à des MCV athérosclérotiques prématurées, des arythmies et de l'insuffisance cardiaque (Norris et al., 2020; ICUO, 2022d). En outre, nous pouvons expliquer ces problèmes d'hypertension de grossesse, puisque ce stade dans la vie de la femme crée un stress naturel sur son système CV. La grossesse est en quelque sorte une « épreuve d'effort » cardiaque puisque le travail effectué par le cœur augmente car il y a une hausse du volume sanguin de près de 50 % (ICUO, 2021d). Ainsi,

il implique notamment des changements structurels et hémodynamiques pour s'adapter à l'augmentation du volume sanguin et du débit cardiaque. Ces changements physiologiques normaux révèlent ou exacerbent souvent les troubles cardiaques et les troubles cérébraux antérieurs à la grossesse comme une maladie cardiaque congénitale et une cardiopathie valvulaire. Ils peuvent aussi conduire au développement de nouvelles affections cardiaques (arythmie, infarctus associé à la grossesse, cardiomyopathie péripartum, dissection aortique et anévrisme) (Garcia et al., 2016; Graves et al., 2019; Norris et al., 2020). Il est donc essentiel de prendre en compte la santé sexuelle et la santé gynécologique des femmes ayant des facteurs de risque CV et effectuer les examens cliniques appropriés afin de prévenir les problèmes liés aux MCV chez ces dernières (Agarwala et al., 2020).

En ce qui a trait au groupe de femmes âgées de 41-55 ans, un facteur de risque non traditionnel prime sur les autres facteurs. En effet, 25 % avait une tendance à consommer des médicaments psychotropes. L'étude de Whang et al. (2009) nous a apporté des éléments de réponses pour expliquer ce constat. Ces chercheurs et chercheuses ont conclu que dans la cohorte de femmes sans antécédent de MCV qu'ils et elles ont étudiée, leurs symptômes de dépression étaient associés à des risques plus élevés d'événements cardiaques. De plus, lors de l'utilisation de médicaments antidépresseurs, Whang et al. (2009) ont observé une association plus forte avec une mort cardiaque soudaine, suggérant un possible mécanisme pro-arythmique.

5.5.2 *Cas de Jacynthe, 43 ans (A-171543)*

Jacynthe Côté consommait de la méthadone (un opioïde) et du citalopram (un antidépresseur), deux médicaments qui peuvent allonger l'intervalle QT et causer ce qui est communément appelé le syndrome de QT long et des arythmies graves (Milhomme, 2011; Centre de toxicomanies et de santé mentale, 2012a; Association des pharmaciens du Canada, 2020a; Bérul, 2021; Cœur et AVC, 2022b). Aussi, la coroner Dre Hélène Lord a cru bon de mentionner que les femmes présentent un risque plus élevé de QT allongé. Néanmoins, dans le cadre de son investigation, la coroner n'a trouvé aucun ECG dans les dossiers médicaux de Jacynthe, afin d'évaluer s'il y avait bel et bien la présence d'un allongement du QT dans son ECG. Dre Lord écrit dans son rapport « La mort subite associée aux médicaments peut être un phénomène idiosyncrasique, il y a néanmoins un certain nombre de facteurs de risque identifiables : ...[le] facteur de risque le plus fréquent est le sexe féminin ». (Lord, 2010, p.3)

Parmi les 47 rapports du coroner étudiés, nous avons observé que certains cas soulignent la particularité des symptômes ressentis chez les femmes et que d'autres rapports précisent que certains médicaments affectent les femmes différemment que leurs homologues masculins. De plus, au fil de notre lecture des rapports du coroner, nous avons noté que les femmes présentaient des symptômes atypiques lorsqu'elles se sont présentées dans une salle d'urgence. D'ailleurs, la coroner Dre Renée Roussel précise dans le dossier du cas de Lucette (présenté ci-bas) que ce type de symptômes peuvent prêter à interprétation, mais qu'ils sont néanmoins matières à investigations cliniques.

5.5.3 *Cas de Lucette, 45 ans (2017-04010)*

Selon son dossier médical, elle [Lucette] souffrait d'hypertension artérielle depuis 14 ans et de diabète de type 2 depuis 2013. À l'époque de son décès, elle souffrait aussi d'épuisement et d'anxiété en raison de la présence de plusieurs agents stressants. Jusqu'à ce moment, elle n'avait jamais présenté de douleur, rétrosternale évoquant la présence d'une maladie coronarienne.

Malheureusement, la maladie coronarienne peut être présente de façon significative avant de se manifester ouvertement et clairement. Typiquement, il est plus probable qu'une femme présente des symptômes d'ischémie myocardique pendant son sommeil que chez l'homme qui lui va ressentir davantage la douleur ischémique à l'effort. De plus, chez les diabétiques et les femmes en particulier, les signes et les symptômes peuvent se présenter de façon tout à fait atypique de sorte qu'il faut souvent se méfier des problèmes allégués chez ces patients. ...

Selon les notes de l'infirmière au triage, M^{me} Landry présentait une douleur au coude gauche irradiant au bras, qu'elle [*sic*] était constante depuis moins de trois heures et qu'elle [*sic*] était non soulagée par les médicaments usuels (acétaminophène et ibuprofène). Je ne sais pas si tous les cliniciens auraient trouvé ce symptôme et ses caractéristiques très suspects, mais je suis certaine que malgré son âge relativement jeune, plusieurs d'entre eux auraient mis la coronaropathie dans leur liste de diagnostic [*sic*] différentiel [*sic*] à cause de ses facteurs de risque, soit la présence du diabète et de l'hypertension artérielle.

(Roussel, 2017, pp. 3-4)

Lucette souffrait de symptômes cardiaques atypiques manifestés par de la fatigue et de l'anxiété. Elle avait plus d'un « agents stresseurs » dans sa vie. De plus, elle avait aussi des facteurs de risque traditionnels non négligeables tels que l'hypertension artérielle et le diabète. Plusieurs éléments nous ont interpellés dans son cas. Le premier est que les symptômes de Lucette n'ont pas amené à une prise en charge rapide de la part de l'infirmière et du médecin de l'urgence. Pourtant, Lucette souffrait de douleur au membre supérieur gauche avec une irradiation dans le bras, non soulagée par des analgésiques; ce qui est d'autant plus inquiétant. En outre, ce qui nous a surpris dans le cas de Lucette est que ce type de douleur est reconnu dans la culture populaire et par les professionnels et professionnelles de la santé pour être un symptôme associé à un infarctus du myocarde ou une « crise cardiaque » (Cœur et AVC, 2022d; ICUO, 2022b).

Nous avons aussi appris à la suite de la lecture du rapport de la coroner Roussel qu'il y aurait eu imbroglio dans la conversation entre l'infirmière et le médecin. « ... la décision a été prise de ne pas voir cette dame tout de suite, et de lui expliquer qu'elle serait vue par le médecin qu'au matin » (Roussel, 2017, p.4). Ainsi, le médecin ne semblait pas inquiet d'examiner la patiente « maintenant » pour une douleur au « coude ». Selon ce qui est rapporté par le conjoint à la coroner Roussel, il aurait même été proposé à Lucette de retourner à la maison. La dame a quitté la salle d'urgence sans voir le médecin probablement en raison de la longue attente pour être examinée par l'urgentologue et le fait qu'elle était souffrante. Dans les faits, cette attente imposée à Lucette s'explique par la cote de priorité « P4 » que l'infirmière de triage lui a attribué à son arrivée à l'hôpital. Selon Santé Montréal (2022), un niveau de priorité à l'urgence de « P4 » est classifié comme une prise en charge non urgente qui ne nécessite pas que la

patiente ou le patient soit vu immédiatement par le médecin. Lucette est décédée à la suite d'un SCA à son domicile. D'ailleurs, elle fait partie de la tranche d'âge des femmes de 41-55 ans dans laquelle nous avons observé des facteurs de risque traditionnels d'hypertension à 18,8 % et de diabète à 18,8 % qui dépassent ceux de dyslipidémie à 12,5 %, du tabagisme à 6,3 % et de surpoids et d'obésité à 6,3 % (Tableau 6).

La tendance à la consommation de psychotropes des femmes âgées de 56-65 ans représentent 64,7 %. Nous avons aussi noté, pour le même groupe d'âge, la présence des facteurs de risque traditionnels du diabète (41,2 %), de l'hypertension (35,3 %) et du surpoids et obésité (23,5 %) (Tableau 6). Étonnamment, le facteur de risque de la dyslipidémie est relativement faible (11,8 %) au sein de cette tranche d'âge, une observation que nous n'attendions pas. Outre la dyslipidémie, nos résultats concordent avec ce que révèlent la littérature scientifique au sujet des risques de MCV chez les femmes. En effet, lorsqu'une diminution du rapport HDL/cholestérol total et une augmentation de la pression artérielle systolique sont présents, l'âge, le diabète et l'hypertension contribuent à l'augmentation du risque de coronaropathie. De plus, nos constats de recherche correspondent aux conclusions tirées de la littérature scientifique sur les MCV chez les femmes, au sujet de l'augmentation de l'indice de masse corporel (généralement associé à de l'obésité) et de la prévalence du diabète. Ceux-ci sont associées à la mortalité coronarienne au fur et à mesure que la femme avance en âge (Garcia et al., 2016).

Bien que nos résultats n'aient pas révélé autant de cas de dyslipidémie que nous pensions obtenir au départ au sein des rapports de femmes décédées, il ne faut pas négliger son influence dans les MCV. Dans l'ensemble de notre échantillon de 47

défunt, sept femmes, toutes tranches d'âge confondues, avaient des antécédents médicaux de haut cholestérol documentés dans les rapports du coroner. La littérature démontre que le facteur de risque de la dyslipidémie est parmi un des facteurs de risque les plus importants chez les femmes de moins de 65 ans. Il se développe à la ménopause et touche davantage les femmes de la tranche d'âge de 56-65 ans (Welty, 2001; Garcia et al., 2016; Norris et al., 2020). Nous avons observé que malgré que plusieurs femmes souffraient de dyslipidémie ou de haut cholestérol, en plus d'avoir d'importants facteurs de risque CV, aucun coroner n'avait fait mention d'une quelconque prise d'un agent hypolipémiant (statine) dans leur rapport d'investigation (ICUO, 2022e). Précisons qu'une statine est utilisée comme traitement en prophylaxie des MC (athérosclérose), et ce, en abaissant la quantité de cholestérol. D'ailleurs, ce traitement pharmacologique diminue l'occurrence que d'autres problèmes cardiaques surviennent et il diminue le risque de mort cardiaque. Ce médicament est utilisé pour réduire le risque de progression de cholestérol dans le cas d'artères obstruées et permet d'augmenter l'espérance de vie par le maintien d'une bonne santé cardiaque (ICUO, 2014).

Les femmes semblent moins sujettes à se faire dépister pour la présence d'anomalies du taux de lipides sanguins. Elles semblent aussi moins susceptibles de recevoir une prescription de statines par leur médecin (Garcia et al., 2016; Safford et Gamboa, 2015; Norris et al., 2020). Pourtant, les lignes directrices pour l'initiation de statines ont été modifiées récemment pour mieux considérer les différences entre les sexes car ce traitement s'est avéré aussi efficace chez les femmes que chez les hommes (Garcia et al., 2016). D'ailleurs, chez les femmes, l'hyperlipidémie, le tabagisme et le diabète de type 2 sont toutes des conditions qui ont été associées aux MC, aux morts

subites et aux infarctus du myocarde (Burke et al., 1998; Welty, 2001; Yusuf et al., 2004).

Par conséquent, la prise d'un hypolipédiant comme une statine est largement suggérée auprès des clientèles de femmes ayant des facteurs de risque jugés modérés (Agarwala et al., 2020). Le fait que certains cas de femmes que nous avons examinés au sein de notre échantillon aient eu des facteurs de risque CV, de hauts taux de cholestérol ou encore un diagnostic de dyslipidémie mais qu'aucun indice nous laissait croire qu'elles prenaient un agent hypolipédiant, s'avère inquiétant. Ce constat exigerait une étude plus approfondie à ce sujet, pour mieux comprendre s'il y avait bel et bien une ordonnance de statines dans le cas des femmes qui sont décédées. En effet, de telles recherches sortent du cadre de cette thèse de maîtrise en sciences infirmières. Au chapitre suivant, nous présenterons nos constats de recherche observés à la suite de l'analyse des 47 rapports du coronar et nous suggérons des recommandations afin de les adresser.

CHAPITRE 6. DISCUSSION

Dans *Unwell women* (2021), Elinor Cleghorn rapporte que la douleur des femmes est plus susceptible d'être considérée comme ayant une cause émotionnelle et psychologique plutôt qu'une cause physique ou biologique. Avant que la douleur des femmes ne soit prise au sérieux comme le symptôme d'une éventuelle maladie, elle doit d'abord être validée et crue par un professionnel ou une professionnelle de la santé. En effet, la méfiance à l'égard du récit de la douleur et des symptômes cardiovasculaires des femmes a teinté l'attitude médicale au fil des siècles. L'impact des écrits historiques qui dépeignaient « les émotions excessives » des femmes comme ayant une influence profonde sur leur corps, imprègne, encore aujourd'hui, la perception que nous avons de la patiente femme. Ainsi, les stéréotypes sociaux qui dominent la façon dont les femmes éprouvent, expriment et tolèrent la douleur, notamment celles reliées aux MCV, sont ancrés dans l'histoire de la médecine (Salle et Vidal, 2017; Cleghorn, 2021). Les propos d'Elinor Cleghorn nous ont interpellé et valident les constats que nous avons établis lors de l'analyse des résultats rédigés au chapitre précédent. De plus, notre analyse des 47 dossiers du coroner, qui relate les circonstances de décès de femmes des suites d'une MCV au Québec de 2002 à 2017, est appuyée par le récent rapport du coroner sur la mort de Joyce Echaquan.

Dans ce chapitre de discussion, nous prendrons le temps de revoir les circonstances du décès de cette mère de famille et femme autochtone dont la mort a ébranlé la société québécoise en 2020. Puis, nous présenterons quatre recommandations sur la base des constats établis par notre analyse qualitative. Nous terminerons en

soulignant les limitations rencontrées lors de notre étude et suggérerons des pistes de recherches futures.

6.1 Prise en charge infirmière des patientes ayant un évènement cardiaque

En septembre 2020, Joyce Echaquan, une femme autochtone de 37 ans et mère de sept enfants est hospitalisé à l'urgence du CSSS de Lanaudière. Elle décède d'un œdème pulmonaire provoqué par un choc cardiogénique dans un contexte de cœur malade (cardiomyopathie préexistante vraisemblablement rhumatismale). L'enquête publique reliée à ce décès et dirigée par la coroner Me Géhane Kamel, a généré des constats bouleversants. Lorsque nous avons pris connaissance du rapport rédigé par Me Kamel, nous avons constaté plusieurs points pertinents à notre étude. En outre, nous avons noté de nombreuses similarités entre les cas de femmes répertoriés dans les dossiers du coroner de notre échantillon de travail et les circonstances de la mort de Joyce, et ce, bien que le contexte socioculturel de ces femmes ait été différent. D'abord, le rapport du coroner sur le décès de Joyce Echaquan et notre étude ont soulevé que certaines femmes se sont présentées à la salle d'urgence avec des symptômes CV et des facteurs de risque sans être prises au sérieux. De plus, ces femmes n'ont pas eu droit à une évaluation cardiaque plus approfondie. C'est particulièrement le cas, lorsqu'elles consommaient des médicaments psychotropes et/ou des analgésiques opioïdes. D'ailleurs, Joyce Echaquan avait été perçue à tort par l'équipe soignante comme ayant des symptômes de sevrage à la consommation de drogues.

Un autre thème récurrent tant dans notre étude que dans le rapport d'enquête sur le décès de Joyce est la mention de la surcharge de travail des infirmiers et infirmières à l'urgence. D'abord, cette remarque avait été mentionnée dans le rapport du coroner que

nous avons étudié sur la mort de Monique Honneur et rédigé par Dr André G. Trahan en 2013 (publication no A-176094). Puis, cette réalité du travail infirmier a été réitérée dans le rapport du coroner sur Joyce Echaquan rédigé par Me Kamel en 2021 (publication no 2020-00275).

Notre analyse des rapports du coroner a également permis de constater l'existence de biais implicites et de préjugés sexistes présents chez les infirmiers et infirmières qui ont influencé les soins prodigués auprès des patientes avec des symptômes CV. L'impact négatif des stéréotypes sexuels a orienté comment ces soignants et soignantes ont effectué leur prise en charge des patientes, le traitement qu'ils et elles leur ont offert, ainsi que le diagnostic qu'ils et elles ont émis à toutes les personnes s'identifiant comme des femmes (Gresy et al., 2020). De tels stéréotypes de genre demeurent à ce jour aussi prévalents comme dans le cas de Joyce, une femme autochtone issue de la nation Attikamek et de Laura-Ann, une détenue de prison qui souffrait de dysmorphie de genre. Ces stéréotypes ont eu une incidence directe sur la perception des professionnels et professionnelles de la santé pour ce qui était de l'authenticité et de l'intensité de la douleur de ces femmes.

Lorsque nous avons lu le compte-rendu des circonstances ayant mené au décès de Joyce Echaquan, nous avons été interpellées par la présence de préjugés implicites auprès du personnel médical. En effet, Me Kamel a présenté un portrait peu édifiant, voire inquiétant, en ce qui a trait à la prise en charge médicale de Joyce et de l'attitude des infirmiers et infirmières à son égard. De plus, les études de cas dépouillées au chapitre précédent nous ont amenés à prendre conscience du manque de connaissances de ces soignants et soignantes pour ce qui est des symptômes et des signes atypiques de MCV à surveiller chez les femmes. Pourtant, de récentes recherches ont démontré que les

femmes sont plus touchées par des MC, des valvulopathies et des arythmies (battements cardiaques irréguliers) par rapport aux hommes. D'ailleurs, grâce aux études sur les MCV chez les femmes, nous savons aujourd'hui qu'elles ont davantage tendance à souffrir d'une dissection spontanée de l'artère coronaire (DSAC), d'un spasme coronarien, d'un dysfonctionnement microvasculaire (maladie des petits vaisseaux), d'une cardiomyopathie de « tako-tsubo » (maladie du muscle cardiaque provoquée par le stress) ou encore d'une cardiomyopathie du péripartum (affaiblissement du cœur pendant ou après la grossesse) (Pacheco et al., 2018; Pacheco et al., 2022). Malgré la volonté de ne plus ignorer les variables de sexe et de genre, des obstacles persistent en ce qui concerne l'offre de soins inclusive, respectueuse et sensible qui tient compte des divers contextes de vie des femmes. C'est particulièrement, primordial chez celles qui cherchent à obtenir de l'assistance médicale pour leurs signes et symptômes CV.

Dans les sections qui suivent, nous présenterons donc des recommandations en deux volets. Le premier volet s'adresse aux étudiants et étudiantes en sciences infirmières et comprendra des cours avec deux contenus bien définis. Nous débuterons par une première recommandation qui porte sur l'introduction dans les cours de notions sur la prise en compte du genre et du sexe dans les soins des patients et patientes. Puis, la deuxième recommandation abordera les différences entre hommes et femmes dans l'étude des MCV, en portant une attention particulière sur les facteurs de risque, les symptômes et l'anatomie cardiaque des femmes. Le second volet de nos recommandations visera le personnel infirmier déjà en fonction et comprendra également deux recommandations. Elles sont respectivement une formation continue auprès des

infirmiers et infirmières des unités de soins en cardiologie et la mise en application à la salle d'urgence d'une grille de dépistage des facteurs de risque CV chez les femmes.

6.1.1 Premier volet : Formation des étudiants et étudiantes en sciences infirmières

Recommandation no 1. La réalité du genre prend une place de plus en plus omniprésente dans notre société. Compte tenu des fonctions qu'ils ou elles occuperont comme membre du personnel soignant, les étudiantes et étudiants en soins infirmiers devraient être formés sur la prise en compte du « genre » en santé et comment le distinguer par rapport au concept du « sexe », pour l'appliquer dans les soins prodigués aux patients et patientes. Nous suggérons l'ajout de ces notions, spécifiquement dans les cours en sciences infirmières. Cela permettrait d'une part de mieux soigner les femmes qui se présentent avec des symptômes CV, en incorporant l'apprentissage fait sur l'impact du genre en santé, et d'autre part à rencontrer le principe d'équité, sachant que chaque personne vit et exprime le concept de genre de manière variée. Le cours aborderait comment les individus manifestent une prise en compte du genre par les rôles qu'ils adoptent, les attentes qu'ils ont envers eux-mêmes et les relations qu'ils entretiennent avec les autres (Johnson et al., 2009; IRSC, 2021). En outre, en l'appliquant au domaine de la santé, les attributs sociaux associés au genre féminin et au genre masculin ont une influence sur la façon dont les personnes expriment leurs symptômes et ont recours à des soins de santé.

C'est ce que révèle le rapport du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes [HCE]. Ce rapport explique que les préjugés liés au genre sont susceptibles d'influencer les professionnels et professionnelles de santé (dans ce cas-ci ces futurs

infirmiers et infirmières), lors de l'interprétation des signes cliniques et lors de la prise en charge des maladies des patients et patientes. Ainsi, il devient impératif que ces aspirants infirmiers et infirmières considèrent les conditions de vie, le contexte social et le contexte économique lorsqu'ils ou elles seront vis-à-vis des patients et patientes. La raison étant que ces facteurs exposent différemment les femmes et les hommes à des altérations de leur état de santé. L'ensemble de tous ces facteurs conduit à des situations d'inégalités de santé et de discrimination entre les sexes (et les genres). D'ailleurs, cela se reflète dans l'accès aux soins de santé et dans la prise en charge médicale, ce qui pourrait causer un préjudice auprès des patients et patientes (Gresy et al., 2020; Haut-Commissariat des droits humain, 2022). Par conséquent, les étudiantes et étudiants en sciences infirmières seront mieux outillés pour mettre de côté leurs préjugés et leurs stéréotypes implicites, lors de l'évaluation des patients et patientes ayant des signes et des symptômes CV.

Recommandation no 2. Tel qu'observé dans notre chapitre d'analyse des résultats, notre échantillon comprenait des femmes à plusieurs stades de leur vie. Certaines d'entre elles étaient des étudiantes, des femmes enceintes, des mères ou encore des femmes à la retraite. Force est de constater qu'il y a une présence de MCV chez les jeunes femmes. Cependant, trop souvent le diagnostic différentiel de MCV est omis chez celles-ci lors de leur examen médical, ce qui les rend davantage à risque de décès prématurés reliés à une pathologie cardiaque. Les conclusions issues de notre étude viennent appuyer ce qu'affirment de nombreux chercheurs et chercheuses qui revendiquent depuis plusieurs années que les problèmes CV ne touchent pas seulement les femmes « âgées », mais touchent aussi les jeunes femmes (King et Paul, 1996; Gooding et al., 2020; Norris et al., 2020; Mulvagh et al., 2021; Pacheco et al., 2022).

Par ailleurs, nous avons fait état au sein de notre étude que plusieurs femmes présentaient des symptômes cliniques avec des similitudes entre elles—dyspnée, vomissements, palpitations et douleurs thoraciques—mais un contexte de vie différent. Par exemple, certaines vivaient de manière isolée et d'autres semblaient avoir des liens rapprochés avec leur famille. L'une d'entre elles vivait dans un logement subventionné par la municipalité en raison de sa condition financière précaire alors que d'autres étaient des femmes exerçant une profession et qu'elles étaient actives au sein de leur milieu social. De ce fait, il importe donc de perfectionner les cours qui abordent des notions de cardiologie données en sciences infirmières, et ce, par l'ajout de certaines connaissances sur les MCV observées chez les femmes issues de milieux sociodémographiques différents.

Aussi, nous suggérons l'inclusion de notions sur les différences CV entre hommes et femmes de même que l'apprentissage des particularités observées chez les femmes qui peuvent avoir une présentation clinique de symptômes et de signes CV atypiques. Les femmes ne sont pas « des hommes de petites tailles » et possèdent des particularités hormonales, anatomiques et physiologiques différentes de celles chez l'homme (Cœur et AVC, 2019; Tannenbaum, 2019; CCSCF, s.d.-c). La taille du cœur de la femme ainsi que les artères coronaires sont plus petites en comparaison aux hommes. Les hormones mâles élargissent les artères, contrairement aux hormones femelles qui les rétrécissent. Par conséquent, ce rétrécissement favorise la formation de caillots sanguins et ainsi rend les artères plus difficiles à réparer (CCSCF, s.d.-c). D'ailleurs, les données probantes suggèrent qu'une évaluation de risques additionnelle s'avère nécessaire pour prendre en compte les marqueurs inflammatoires dans le sang, l'impact de la plaque sur les artères et

les signes d'une ischémie cardiaque lors de la pose d'un diagnostic de MCV (Bailey Merz et al., 2006).

De plus, il importe d'incorporer dans les cours de sciences infirmières, les notions portant sur les multiples facteurs de risque CV chez les femmes à divers stades de leur vie, allant de leur grossesse jusqu'à leur ménopause. Cela permettrait de démystifier leurs risques CV en vue de faire de la prévention, mais surtout dans le but de faire de l'enseignement auprès des femmes à risque. À titre d'exemple, questionner les femmes quant à l'âge de leurs premières menstruations, la prise de contraception, la prise d'hormonothérapie et pour connaître l'âge de l'apparition des premiers signes de ménopause permettrait au personnel infirmier d'obtenir une revue plus complète des antécédents médicaux. D'autres éléments tout aussi importants à être adressés seraient d'interroger la femme au sujet d'un possible diagnostic de syndrome ovarien polykystique ou d'un diagnostic d'insuffisance ovarienne. Dans le cas où la femme est enceinte ou aurait déjà enfanté, il serait pertinent de lui demander si elle a des antécédents d'hypertension, de grossesse, de prééclampsie ou de diabète gestationnel (Agarwala et al., 2020). D'autre part, des questions quant à la prise d'hormonothérapie chez les femmes transgenres serait de mise.

Finalement, nous proposons de partager avec les étudiants et étudiantes en soins infirmiers un feuillet sommaire incluant des ressources que nous avons regroupées à l'Annexe H. Cette référence comprend des sites Internet pertinents à consulter pour les futurs infirmiers et infirmières et leurs patientes de même que des vidéos et des articles d'études publiés concernant la problématique des MCV chez les femmes. Avec cette ressource, les femmes pourront se sentir plus outillées, afin de prévenir un événement

CV, lorsqu'elles éprouvent des symptômes CV, au moment de recevoir un nouveau diagnostic de MCV, ou encore lorsqu'elles se retrouvent en présence de facteurs de risque CV.

6.1.2 Deuxième volet : formation continue du personnel infirmier

Recommandation no 3. Nous proposons un rehaussement des connaissances des infirmiers et infirmières de chevet en deux axes bien définis et justifiés par les constats découlant de notre analyse des résultats au chapitre précédent. Nous avons conclu que plusieurs facteurs de risque chez les femmes décédées de MCV n'avaient pas été pris en compte par les soignants et soignantes. C'est notamment ce que nous avons observé en ce qui concerne la prise de psychotropes et sur l'absence de traitements associés à la dyslipidémie constatée chez les femmes décédées de notre échantillon. Bien que certaines des femmes étudiées dans notre travail présentaient un haut taux de cholestérol, aucune d'elle n'avait été traitée avec un hypocholestérolémiant, ce qui va à l'encontre des règles de bonne pratique en matière de traitement de la dyslipidémie (Pagidipati et Douglas, 2020; Pignone, 2021; Rosenson et al., 2022). Une telle anomalie dans le traitement ne se limite pas aux femmes de notre échantillon, mais s'avère structurellement ancrée dans le domaine de la santé, comme le révèle un bon nombre d'études recensées au fil de ce travail. En effet, de nombreuses recherches ont démontré que les femmes sont moins susceptibles de se voir prescrire des traitements hypocholestérolémiants (Pagidipati et Douglas, 2020).

D'autres chercheurs et chercheuses mettent en évidence, chez les femmes, l'absence de suivi des recommandations médicales en ce qui a trait au taux de cholestérol thérapeutique. C'est un contraste marquant par rapport aux hommes, renforçant du coup

la perception de biais de genre et de sexe dans le traitement des MCV. De plus, les femmes sont moins sujettes à se faire traiter avec une médication adéquate, c'est-à-dire avec des statines (Bailey Merz et al., 2006; Nanna et al., 2019; Mulvagh et al., 2021). La sous-utilisation des hypocholestérolémiants bien documentée pour le traitement de la dyslipidémie et les lacunes à atteindre les objectifs de traitements recommandés constituent des hypothèses qui pourraient contribuer à justifier la mort des femmes qui vivaient avec des facteurs de risque CV au sein de notre échantillon de travail.

Axe 1 : Nous recommandons d'offrir un développement professionnel continu aux infirmiers et infirmières de chevet provenant des unités de soins en cardiologie et provenant de la salle d'urgence. Ainsi, nous proposons que dans un premier temps, un test de base (pré-test) mesurant les connaissances visées soit administré aux infirmiers et infirmières avant qu'ils ou elles ne participent à une séance éducative. Cette formation pourrait être offerte pendant l'heure du dîner, ou dans le contexte d'une réunion administrative ou autre. Une fois achevée, un post-test de contrôle pourrait mettre en évidence les nouvelles connaissances acquises par le personnel soignant quant aux MCV chez les femmes. Prenons par exemple, la DSAC et le MINOCA; elles sont deux conditions qui touchent davantage les femmes, mais qui sont encore méconnues par ces dernières ainsi que par les professionnels et professionnelles de la santé (Pacheco et al., 2018; Pacheco et al., 2022). Cette formation se doit également de souligner la distinction entre les définitions de genre et de sexe (souvent confondues) et l'importance d'en tenir compte dans la prise en charge médicale des patients et patientes. Finalement, cette séance de perfectionnement professionnel permettra d'initier les infirmiers et infirmières au fait que les femmes sont davantage portées à présenter des facteurs de risque de nature

psychologique, obstétrique, gynécologique, rhumatologique et hormonale, de même que des symptômes atypiques (Ray et al., 2005; Garcia et al., 2016; Agarwala et al., 2020). Par exemple, une prééclampsie est associée à un mauvais pronostic et la gravité de celle-ci est corrélée avec l'acuité des MCV plus tard dans la vie (Ray et al., 2005).

Axe 2 : Par la suite, afin de bien maîtriser les connaissances acquises, une séance pratique serait de mise et compléterait la formation continue. À part la mise en situation par simulation, nous pouvons également nous inspirer des tests de concordance de script (TCS) pour évaluer les connaissances des infirmiers et infirmières. Cet outil standardisé permettrait d'évaluer le raisonnement clinique des soignants et soignantes. De plus, il pourrait permettre de mesurer l'aptitude du personnel infirmier à évaluer et à prendre des décisions éthiques, dépourvues de biais raciaux, de biais sexistes et de biais culturels. Les TCS sont basés sur les dernières données probantes. Ils permettent notamment aux professionnels et professionnelles de la santé d'évaluer l'application des connaissances lors d'une situation complexe et ambiguë et ainsi qu'en présence d'incertitude dans le milieu clinique. C'est particulièrement, le cas dans l'évaluation de patients et patientes qui exigent une réflexion approfondie afin de progresser vers une solution (Charlin et al., 2005). Ce qui est intéressant de ce type d'apprentissage c'est sa distinction des autres méthodes d'évaluation qui se basent sur le contrôle des connaissances. Les TSC utilisent de courtes vignettes élaborées à partir de situations cliniques problématiques. Cet outil permet d'évaluer le raisonnement des participants et participantes, lorsqu'elles ou ils sont confrontés à une situation clinique avec des patients et patientes hors de leur zone de confort. À titre d'exemple, l'infirmière ou l'infirmier pourrait être demandé d'expliquer le type de questions propre au sexe et au genre qu'il ou elle poserait à la patiente dans le

cadre de son évaluation clinique, selon la tranche d'âge de cette dernière. Un autre exemple serait qu'elle ou il pourrait lui être demandé d'expliquer la prise en charge d'une patiente congolaise, mère monoparentale qui se présente à l'urgence avec des facteurs de risque CV et des manifestations symptomatiques atypiques.

En résumé, en suivant cette formation, les infirmières et infirmiers des unités de soins en cardiologie et à la salle d'urgence seront mieux habilités à prendre en charge leurs patientes avec des MCV qui possèdent des contextes de vie variés. Le personnel soignant aura été sensibilisé aux enjeux socioéconomiques en théorie et en pratique par l'évaluation de vignettes en utilisant des TCS ou lors de simulations cliniques. Ces professionnelles et professionnels de la santé seront davantage amenés à porter une attention particulière aux femmes qui vivent en situation de vulnérabilité et dont l'accès aux médicaments et aux thérapies pourrait être un défi quotidien pour ces dernières. De plus, les séances de consultations éducatives données au chevet (souvent peu reconnues, mais qui s'avèrent très efficaces) pourraient être bonifiées pour inclure les particularités des signes et symptômes, les facteurs de risque et les médicaments qui sont propres aux femmes (Fontaine et al., 2018).

Recommandation no 4. Notre quatrième et dernière recommandation a été formulée afin de remédier à l'absence de traitements prophylactiques chez les femmes qui souffrent d'hyperlipidémie, mais aussi qui vivent avec d'autres facteurs de risque CV. Nous proposons l'application d'un outil que nous avons développé : la grille Harchaoui (2022) qui se retrouve à l'Annexe I. Nous anticipons qu'elle sera utile aux infirmiers et infirmières qui travaillent dans les unités de soins cardiaques et à la salle d'urgence. Cette grille résume les facteurs de risque observés chez les femmes et elle se veut aussi un aide-

mémoire pour les soignants et soignantes. Cette ressource comprend un questionnaire sur les facteurs de risque CV personnels et familiaux (par ex. stress, dépression, hypertension de grossesse) qui met l'accent sur le sexe féminin. C'est ce qui en fait sa particularité. De plus, cet outil comprend des questions sur les médicaments consommés (par ex. contraceptifs oraux, hormonothérapie) et permettra de noter l'absence de médicaments prophylactiques prescrits qui sont à considérer lors de la prise en charge d'une patiente avec des symptômes CV.

Nous suggérons que la grille Harchaoui (2022) soit utilisée lorsque les patientes se présentent à l'urgence pour consulter un médecin en raison de leurs symptômes CV. Ainsi, les patientes qui souffrent de symptômes atypiques de nature CV, mais aussi de facteurs de risque CV personnels et familiaux pourront être dépistées plus rapidement d'une MCV. L'objectif est que l'infirmier ou l'infirmière de triage se réfère à cet outil, dès son premier contact avec la patiente. Lorsque les réponses à cette grille donnent un résultat positif, une note au dossier de la patiente est inscrite en précisant qu'il s'agit d'une femme à risque d'un événement CV. Son dossier médical inclut les facteurs de risque CV dépistés par l'infirmier ou l'infirmière de triage ainsi que la prise de médicaments, ou l'absence de prise de médicaments CV, pour traiter ses facteurs de risque. Si la patiente est admise à l'hôpital (à l'unité de soins de cardiologie par exemple), les infirmières et infirmiers de chevet en seront avisés par la note au dossier indiquant ses facteurs de risque CV. De ce fait, les soignantes et soignants sont mieux informés pour assurer un suivi avec l'équipe médicale si les facteurs de risque ne sont pas déjà pris en considération et/ou traités de manière prophylactique comme avec de la nitroglycérine, des statines ou encore des anticoagulants ou antiplaquettaires. Ainsi, nous espérons que

nos quatre recommandations permettront d'éviter que des cas similaires à celui de Joyce Echaquan et que ceux analysés dans le cadre de cette étude aient le même dénouement tragique.

6.2 Limites de l'étude

Quelques limites ont été observées au sein de notre étude. La première s'apparente à l'application du modèle conceptuel des sciences infirmières et de la santé des populations de Fawcett et Ellenbecker (2015) à notre projet de thèse. Nous ne pouvions pas étudier « une population » entière sans, dans un premier temps, en examiner ses individus. Il va de soi que dans le cas des rapports du coroner, les dossiers d'investigations sont des enquêtes individualisées. Cependant, afin d'étudier les tendances du phénomène des MCV au sein d'une tranche de la population (les femmes), l'examen des rapports du coroner nous a permis de prime abord d'élaborer un plan d'analyse et de tirer des constats, en étudiant le dossier de chacune des femmes décédées de MCV.

La deuxième limite a été identifiée lors de l'analyse de nos résultats. Pendant la compilation des données, nous avons noté que peu d'informations étaient recensées par rapport au statut socioéconomique et au statut sociodémographique des défunt(e)s. L'absence de telles données dans certains rapports du coroner et l'abondance d'informations dans d'autres dossiers a mené à une analyse inégale lors de l'étude des différentes tranches d'âge de femmes décédées de MCV. En effet, la présentation de l'information sur l'origine ethnique, l'état civil, le nombre d'enfants et le statut professionnel des défunt(e)s n'était pas uniforme au sein des rapports du coroner qui ont fait l'objet de notre examen. Pourtant, il aurait été pertinent d'avoir de telles données afin

de déceler des tendances et d'approfondir nos recherches au sein de notre échantillon de travail. Nous souhaitons qu'une sensibilisation quant à l'importance de ces variables saura encourager les coroners à adopter une approche plus inclusive et uniforme, et ce, en ce qui a trait à la nature de leurs observations et de leurs descriptions lors de la rédaction de leurs rapports d'enquêtes. Cela pourrait ainsi stimuler davantage l'utilisation de rapports du coroner en tant que source primaire de données de recherche.

Une troisième limite relève de notre démarche et de notre source de données. L'analyse des 47 rapports du coroner qui ont fait l'objet de notre étude a permis de tirer des enseignements intéressants et importants sur ce phénomène social des MCV chez la femme. Toutefois, nos résultats et constats peuvent difficilement être extrapolés à toutes les femmes victimes de MCV au Québec, ou même hors Québec, puisque ce ne sont pas tous les cas de décès qui sont acheminés au BCQ pour être examinés. En effet, il n'y a qu'environ 7 à 8 % des décès qui sont signalés au BCQ chaque année et qui font l'objet d'une enquête du coroner (BCQ, s.d.-f). Comme les dossiers d'investigations sont des enquêtes individualisées et ciblées, les dossiers du coroner ne représentent pas nécessairement un portrait généralisé de la population visée par notre étude. Toutefois, nos observations peuvent servir d'hypothèses dans l'élaboration d'études futures ayant pour objectif de corroborer les observations tirées des rapports du coroner avec celles provenant d'autres sources ou d'autres banques de données.

6.3 Implications pour la pratique infirmière

À la lumière de notre analyse des 47 rapports du coroner et de la lecture du rapport qui relatent les circonstances de la mort de Joyce Echaquan, nous avons pris pleinement conscience de la portée que pouvaient avoir les rapports du coroner. Cette

source, encore trop peu utilisée en sciences infirmières, englobe un contenu riche en informations qui pourrait éclairer les recherches futures, notamment en sciences infirmières, afin d'étudier en profondeur les circonstances de décès d'une multitude d'individus ou de conditions médicales. Il devient nécessaire que le personnel infirmier, les infirmières et infirmiers praticiens ou encore les chercheurs et chercheuses en sciences infirmières s'attardent à la problématique de santé CV des femmes. De surcroît, ils et elles devraient contribuer à l'augmentation du dépistage des MCV et à la promotion et à la prévention primaire et secondaire auprès des patients et patientes. Que des professionnels et professionnelles de soins infirmiers dirigent des initiatives, des programmes innovateurs et les réformes vers un meilleur système de santé n'a jamais été autant en demande (Canadian Nurses Association [CNA], 2019). En outre, le personnel infirmier serait gagnant à maintenir leurs connaissances à jour et à poursuivre régulièrement une formation continue afin d'exercer de manière sécuritaire et prodiguer les meilleurs soins possibles aux patients et patientes en situation de vulnérabilité (Staples et al., 2017a, 2017b). Nos conclusions à la suite de ce travail pourraient influencer l'application de mesures de santé et la prise de décisions cliniques. Cette recherche infirmière peut favoriser une meilleure prise en charge des femmes en présence de symptômes CV ou encore offrir un meilleur dépistage et une meilleure prévention contre les MCV. La discipline des sciences infirmières a le potentiel de remédier au statu quo dans le domaine des sciences de la santé et faire davantage pour la promotion des MCV qui touchent les femmes.

6.4 Pistes futures

L'accès aux documents en annexes des dossiers du coroner permettrait une étude éventuelle afin d'élucider si l'origine ethnique de femmes décédées de MCV est un facteur contributif. De tels informations permettraient d'investiguer en profondeur les MCV chez les femmes issues de minorités ethniques, notamment chez les Hispaniques, les populations de femmes sud-asiatiques et afro-caribéennes, par rapport aux femmes caucasiennes (Cœur et AVC, 2018; Norris et al., 2020).

Par ailleurs, une étude ultérieure pourrait investiguer de manière plus approfondie la contribution relative des médicaments psychotropes sur le décès des femmes à la suite de MCV, et ce, peu importe leur âge. De plus, une étude portant sur le fardeau imposé aux femmes par rapport à leurs rôles multiples, leur charge mentale et leur anxiété, tous intimement liés à une augmentation du risque CV, pourrait s'avérer révélatrice pour les professionnels et professionnelles de la santé. Un tel constat mérite qu'on s'y attarde, puisque la santé mentale comme les MCV sont d'importants enjeux de la société.

Finalement, une étude à portée plus contemporaine pourrait s'attarder à examiner l'incidence de MCV chez les individus qui suivent un traitement complexe ou prolongé d'hormones sexuelles. Le cas de Laura-Ann étudié précédemment dans ce travail en est un bon exemple. D'après le rapport du coroner, Laura-Ann avait suivi un traitement d'hormonothérapie afin de changer d'identité de genre et d'identité de sexe. Notons qu'elle est décédée d'un infarctus du myocarde à l'âge de 40 ans seulement. Est-ce que l'hormonothérapie a contribué à aggraver ses symptômes de MCV?

CONCLUSION

Au cours de cette étude sur les MCV qui touchent les femmes, nous avons abordé plusieurs thèmes complémentaires. Le premier consiste en la prise en compte du genre et du sexe dans les études ainsi que de la nécessité d'en prendre compte, afin de générer des données probantes fiables et sécuritaires pour les patients et patientes. Le deuxième thème souligne l'impact à long terme des thérapies et des traitements, mais surtout qu'il importe d'identifier les lacunes dans la prise en charge clinique des patientes atteintes de MCV, engendrées par un manque d'équité dans la recherche. En troisième lieu, nous avons tenté de répondre à notre question de recherche et de remplir les objectifs formulés au début de ce travail. Nous avons présenté notamment en sous-sections les sujets les plus fréquemment observés dans la littérature des 30 dernières années. Nous avons abordé particulièrement la perspective historique et les conséquences des biais et de la lenteur dans la recherche CV qui touchent les femmes. De plus, nous avons décrit la perception que les femmes ont d'elles-mêmes lors de la manifestation de symptômes CV. Nous nous sommes penchées aussi sur la femme à titre de patiente cardiaque vue par le personnel soignant. En dernier lieu, nous avons tenté de conscientiser le lecteur à plusieurs enjeux d'accessibilité en santé : soit les barrières structurelles afin d'avoir accès à des soins de santé de même que les variables sociodémographiques à considérer, et ce, auprès des différentes tranches de la population de femmes.

Notre recension des écrits, nous a permis de noter que des efforts visant à intégrer le sexe et le genre dans les travaux en santé ont été observés dans diverses disciplines. Alors que les théories sur le genre ont été bien développées au sein des sciences sociales, depuis au moins deux décennies, la notion de « genre » comme étant distinct de la notion

de « sexe » est encore un concept relativement nouveau dans le discours médical et dans la recherche en sciences de la santé (IRSC, 2021; Tannenbaum et al., 2016). Par conséquent, le « genre » qui fait référence aux influences sociales est encore souvent confondu avec le concept du « sexe » (Fischman et al., 1999; Johnson et al., 2007). Cet amalgame entraîne une confusion quant aux contributions des notions de « sexe » et de « genre » dans le domaine de la santé et engendre des occasions manquées de développer des programmes de santé, des interventions médicales et des réponses politiques appropriées. De ce fait, les concepts de sexe et de genre (leurs relations, leurs contextes, leurs sens, leurs interactions) requièrent que les acteurs du milieu des sciences de la santé s'y attardent davantage (Bottorff et al., 2011; Tannenbaum et al., 2016). Le fait de traiter de pareils concepts distincts tel un bloc monolithique cause et perpétue des préjudices, des souffrances, des inégalités entre les hommes et les femmes et des inégalités entre les classes sociales. Ainsi, bien que les MCV comptent parmi les plus grandes menaces pour la santé des femmes, elles demeurent sous-étudiées, sous-reconnues, sous-diagnostiquées et sous-traitées (Norris et al., 2020; Wenger et al., 2020).

Notre consultation des écrits et notre recension de la littérature nous a conscientisées au fait que beaucoup de chemin reste à faire pour corriger l'écart dans la recherche qui porte sur les MCV chez les femmes. Les maladies et les décès se profilent différemment chez les femmes par rapport aux hommes et leurs interactions respectives divergent au sein du système de santé. Il est important d'éviter les biais dans la recherche qui portent préjudice aux femmes. Pour ce faire, il est primordial de porter une attention particulière au fait que les femmes et les hommes possèdent des dissemblances, quant aux facteurs de risque qui menacent leur bien-être.

L'utilisation du cadre conceptuel de Fawcett et Ellenbecker (2015) nous a donné une nouvelle perspective qui a permis d'enrichir notre étude et de mieux l'orienter au moment d'élaborer notre problématique de recherche sur les femmes et les MCV. Nous avons adapté ce modèle conceptuel des sciences infirmières et de la santé des populations (MCSISP) en y incorporant les concepts du genre et du sexe afin qu'ils soient inclus dans les facteurs relatifs à la population. Le MCSISP se démarque puisqu'il est contemporain et qu'il a été développé par des infirmières. Il met en valeur la promotion, la restauration et le maintien d'une bonne santé auprès de la population. De plus, il prend en compte le concept de la prévention des maladies qui affecte la population. L'utilisation de ce modèle conceptuel est pertinente à notre thèse sur les MCV chez les femmes, car il force l'emploi de plusieurs concepts clefs rattachés à quatre dimensions importantes : les facteurs en amont, les facteurs populationnels, les facteurs du système de santé et les activités en sciences infirmières.

Notre recherche qualitative s'est appuyée sur les rapports du coroner pour l'obtention de données, une source primaire sous-évaluée. Mis à bon escient comme outil de recherche sur les MCV, nous avons pu l'utiliser pour étudier une problématique attachée à la discipline des sciences infirmières. La singularité de ce corpus et la richesse de l'information qu'elle fournit sur la vie des femmes décédées d'une MCV justifient pleinement son recours comme source de données dans une recherche en sciences infirmières. Lorsque nous avons épluché notre échantillon de 47 rapports du coroner, nous avons constaté la place centrale qu'occupent certains concepts clefs du MCSISP dans ces dossiers d'investigation. Leur considération lors du dépouillement et de l'analyse des informations obtenues nous a permis de mieux comprendre les

circonstances, ainsi que les causes reliées à la mort des femmes des suites de MCV. En effet, les comptes rendus des investigations des coroners relatent l'histoire et les détails de la vie des femmes étudiées. Leurs antécédents médicaux et les circonstances ayant mené à leur décès prématurés et inattendus y sont aussi rapportés par les coroners. En d'autres mots, les rapports du coroner mettent un visage sur chacun des cas de défrites que nous avons examinés.

Plusieurs informations ont détonné au sein de l'analyse et de l'interprétation des résultats obtenus de notre échantillon. Ainsi, un examen minutieux des données issues des dossiers du coroner pour ce qui est de l'importance des concepts de l'environnement physique, du contexte socioéconomique et du contexte sociodémographique des femmes décédées de MCV nous a permis de faire plusieurs constats. De prime abord, ces facteurs ont eu un impact sur l'accessibilité aux femmes à des soins de santé compétents, justes et efficaces, mais aussi ils ont exercé une influence sur le maintien de l'état de santé et de la préservation de la vie des femmes que nous avons étudiées. En outre, le problème systémique de l'accès à un médecin de famille a eu un impact direct sur les urgences du Québec et a accentué les problèmes de santé CV chez les femmes. Il semble aussi avoir contribué à précipiter leur décès car l'engorgement des urgences a rendu la santé des femmes en « situation de vulnérabilités » encore plus précaire.

Par ailleurs, nous avons observé la forte tendance à la prise de médicaments psychotropes au sein de toutes les tranches d'âge étudiées. L'absence d'ordonnance de statines chez les femmes souffrant d'hypercholestérolémie était d'autant plus déroutante. Enfin, nous avons pris conscience de l'émergence du concept de « banalisation des symptômes » CV, non seulement par les professionnels et professionnelles de la santé

mais aussi par les femmes elles-mêmes. L'utilisation d'extraits et de résumés de rapports du coroner de femmes décédées de MCV à titre d'élément contextuel supplémentaire, nous a donné l'opportunité de représenter la particularité entourant les circonstances de leur décès de MCV ayant eu lieu de manière prématurée. Nous avons été sensibilisées à leurs différents contextes de vie qui les ont placées dans des situations qui ont accentué leur « état de vulnérabilité ». De surcroît, ces différentes situations de vie ont limité leur accès à des soins CV adéquats, ont fragilisé leur santé et ont contribué à leur décès.

Davantage de formation auprès du personnel infirmier et des étudiants et étudiantes sur la prise en compte du genre ainsi qu'une meilleure sensibilisation sur le fait que les femmes et les jeunes femmes ne reçoivent pas des soins adaptés, en ce qui concerne leur santé CV, est préconisée. Il est encore difficile de bien sensibiliser les femmes concernant leurs facteurs de risque CV, car tout comme certains professionnels et professionnelles de la santé, elles ont tendance à les banaliser. Tel que démontré par cette thèse, encore trop de femmes ne se font pas entendre par le personnel médical lorsqu'elles se présentent avec des symptômes de MCV. Avec les enjeux de santé actuelle qui touchent les femmes, il devient nécessaire que le curriculum académique en sciences infirmières s'appuie sur les données récentes en recherche portant sur la santé cardiaque des femmes. Plus que jamais, la profession infirmière impose un bagage de connaissances variées provenant de différentes disciplines (la psychologie, la bioéthique, la médecine et la biologie), mais exige également des qualités humaines pour exercer ce métier.

Le décès de Joyce Echaquan, tout comme le décès de chacune des 47 femmes que nous avons étudiées mais qui n'ont pas retenu l'attention des médias, ont ponctué le

traitement réservé aux femmes issues de groupes sociaux minoritaires. L'étude de ces décès a permis d'observer et de prendre conscience des facteurs de risque CV reliés aux différents stades de vie de celles-ci. Joyce a ainsi prouvé de manière indéniable qu'il y a une présence de préjugés et de biais : raciaux, misogynes et culturels dans la prestation de soins chez certaines femmes au Québec par le personnel infirmier. N'eut été de sa vidéo diffusée sur les réseaux sociaux qui relatait sa maltraitance par le personnel médical, en direct de sa chambre d'hôpital, la mort de Joyce Echaquan serait demeurée une simple statistique. Conséquemment, aucune action et prise de conscience sociale n'aurait été entamée pour examiner les circonstances de son décès.

En ce qui a trait à notre étude, puisque les rapports du coroner (sauf les annexes) sont mis à la disposition du public, nous avons fait le choix réfléchi d'identifier les femmes mentionnées dans notre chapitre sur l'analyse des résultats par leur prénom. De cette façon, nous pouvions leur donner une identité, au même titre que Joyce Echaquan, afin qu'elles ne soient pas oubliées. De plus, nous voulions donner une voix à ces femmes décédées, car plus d'une fois lors de la lecture des rapports du coroner, les prestataires de soins n'ont pas tenu compte de leur état de santé. À maintes reprises, ils ou elles ont mal interprété les symptômes CV atypiques de ces femmes et/ou ils ou elles ont ignoré les facteurs de risque personnels et familiaux de ces dernières.

Ce travail nous a permis de contribuer à soulever une problématique en santé qui tarde à se régler. Notre but était de permettre que les femmes se fassent mieux entendre par les professionnels et professionnelles de la santé lorsqu'elles se présentent avec des manifestations cliniques de type cardiaque. Nous souhaitons qu'à la lumière de nos observations, les femmes puissent apprendre à reconnaître leurs symptômes

prodromiques et demandent de l'assistance médicale appropriée sans crainte de stigmatisation ou de jugement. Comme infirmières, écrire cette thèse nous a donné l'opportunité de donner la parole à ces défunt(e)s car notre étude raconte une partie de leur histoire personnelle et partage un des moments les plus intimes de la vie de ces femmes : leur mort. De ce fait, il nous importait que les constats que nous avons émis mènent à l'élaboration de recommandations concrètes et applicables. Nous osons espérer que cette contribution amènera des solutions pour éviter que d'autres femmes ne soient sujettes au même sort que celles décrites dans les rapports du coroner.

ANNEXE A

Rapports et recommandations

Bureau du coronier Québec  [Accueil](#) [Bureau du coronier](#) [Recrutement](#) [Nous joindre](#) [Québec.ca](#)
Ministère de la Sécurité publique

Recherche  [Fils RSS](#)  [Twitter](#) **1 888 CORONER** [Extranet des coroners](#)

[Un proche est décédé](#) [Les coroners](#) **[Rapports et recommandations](#)** [Nos partenaires](#) [Médias](#)

[Demander un rapport de coroner](#)

[Délai de disponibilité d'un rapport de coroner](#)

[Étapes d'une investigation](#)

[Recommandations](#)



[En savoir plus](#)

Nouvelles

23 mars 2022
Décès de Norah, Romy et Martin Carpentier
Enquête publique présidée par Me Luc Malouin, coroner en chef adjoint
La coroner en chef, M^{re} Pascale Descary, ordonne l'enquête publique sur les décès de Norah, Romy et Martin Carpentier, survenus en juillet 2020, à la...

21 mars 2022
Décès de Norah, Romy et Martin Carpentier
Complément d'investigation de la coroner Régnière
Le Bureau du coroner a pris acte des questionnements soulevés dans l'émission *Enquête – Affaire Carpentier : sur la piste des erreurs* (diffusée sur...

17 février 2022
Comité d'examen des décès liés à la violence conjugale
Les enfants exposés à la violence conjugale : des enfants à protéger
Le Comité d'examen des décès liés à la violence conjugale du Bureau du coroner annonce la diffusion de son mémoire déposé à l'occasion des travaux de...

[Toutes les nouvelles](#)

[Demander un rapport de coroner](#)

[Corps non réclamés](#)

[Signaler un décès](#)

[Répertoire des coroners](#)

[Calendrier des enquêtes publiques](#)

[Accès à l'information](#)

Pour la vie!

(Bureau du coroner du Québec, s.d.)

ANNEXE B

Rechercher des recommandations – Étape 1

Délai de disponibilité d'un rapport de coroner

Demander un rapport de coroner

Annexes à un rapport de coroner

Recommandations

Rechercher des recommandations

Liens utiles

- Qu'est-ce qu'un coroner?
- Étapes d'une investigation
- Corps non réclamés
- Accès à l'information
- Nous joindre

Rechercher des recommandations

Thématiques

Causes indéterminées

Date

Recommandation

Date de début

01/01/1999

Date de fin

31/12/2017

Rechercher

Afficher le(s) résultat(s) 1 à 20 sur un total de 45
Page 1 de 2

- [1. Décès de cause inconnue dans un bain](#)
Date de la recommandation : 28/02/2017
Date de l'événement : 22/11/2015
- [2. Intoxication aux opiacés](#)
Date de la recommandation : 21/10/2016
Date de l'événement : 29/05/2016
- [3. Décès de cause indéterminée](#)
Date de la recommandation : 16/12/2014
Date de l'événement : 23/02/2014
- [4. Un bébé de trois mois décède de cause indéterminée à son domicile, à Sainte-Agathe-des-Monts](#)
Date de la recommandation : 18/09/2014
Date de l'événement : 02/02/2013
- [5. Un homme de 57 ans décède de cause indéterminée à proximité de son domicile, à Lefebvre](#)
Date de la recommandation : 08/04/2014
Date de l'événement : 16/12/2011
- [6. Une femme de 77 ans décède de complications d'une fracture de la hanche au Centre d'hébergement et de soins de longue durée \(CHSLD\), à Cowansville](#)
Date de la recommandation : 21/02/2014
Date de l'événement : 14/01/2013

(Bureau du coroner du Québec, s.d.-e)

ANNEXE C

Rechercher des recommandations – Étape 2

Accueil / Rapports et recommandations / Rechercher des recommandations

- Délai de disponibilité d'un rapport de coroner
- Demander un rapport de coroner
- Annexes à un rapport de coroner
- Recommandations
- Rechercher des recommandations**

Liens utiles

- Qu'est-ce qu'un coroner?
- Étapes d'une investigation
- Corps non réclamés
- Accès à l'information
- Nous joindre

Rechercher des recommandations

Thématiques

Date

Date de début Date de fin

Afficher le(s) résultat(s) à 20 sur un total de 620
Page 1 de 31

1. [Décédée d'une ischémie intestinale](#)
Date de la recommandation : 15/12/2017
Date de l'événement : 30/05/2016
2. [Décès d'une femme à la suite d'un accouchement](#)
Date de la recommandation : 05/11/2017
Date de l'événement : 06/10/2016
3. [Dissection aigüe de l'aorte à domicile](#)
Date de la recommandation : 20/10/2017
Date de l'événement : 14/11/2015
4. [Décès à l'urgence de l'Hôpital Royal-Victoria](#)
Date de la recommandation : 17/10/2017
Date de l'événement : 10/02/2016
5. [Une patiente décède au Centre hospitalier de Granby](#)
Date de la recommandation : 09/08/2017
Date de l'événement : 18/08/2016
6. [Décès subit au Manoir du Musée à Sherbrooke](#)
Date de la recommandation : 12/07/2017
Date de l'événement : 23/11/2015
7. [Streptocoque du groupe A](#)
Date de la recommandation : 26/06/2017
8. [Cardiopathie multifactorielle à la Résidence des Oliviers](#)
Date de la recommandation : 21/06/2017
Date de l'événement : 20/02/2016
9. [Insuffisance myocardique à domicile](#)
Date de la recommandation : 30/05/2017
Date de l'événement : 16/02/2016
10. [Insuffisance coronarienne aigüe](#)
Date de la recommandation : 30/05/2017
Date de l'événement : 18/10/2015
11. [Insuffisance myocardique dans le contexte d'un infarctus](#)
Date de la recommandation : 13/04/2017
Date de l'événement : 04/10/2015
12. [Trombo-embolies pulmonaires aiguës massives](#)
Date de la recommandation : 13/04/2017
Date de l'événement : 21/04/2016
13. [Insuffisance myocardique dans le contexte d'un infarctus](#)
Date de la recommandation : 13/04/2017
Date de l'événement : 04/10/2015
14. [Insuffisance myocardique](#)
Date de la recommandation : 04/04/2017
Date de l'événement : 29/07/2016
18. [Une femme de 28 ans décède d'une arythmie maligne sur cardiomyopathie, à la suite d'un accouchement à l'Hôpital de Sainte-Agathe-des-Monts.](#)
Date de la recommandation : 12/06/2007
Date de l'événement : 28/02/2006

(Bureau du coroner du Québec, s.d.-e)

ANNEXE D

Rechercher des recommandations – Étape 3

Accueil / Rapports et recommandations / Rechercher des recommandations

Délai de disponibilité d'un rapport de coroner	Une femme de 28 ans décède d'une arythmie maligne sur cardiomyopathie, à la suite d'un accouchement à l'Hôpital de Sainte-Agathe-des-Monts. Une femme de 28 ans décède d'une arythmie maligne sur cardiomyopathie, à la suite d'un accouchement à l'Hôpital de Sainte-Agathe-des-Monts. En cours de grossesse, la femme s'était plainte à plusieurs reprises de difficultés respiratoires importantes qui s'accroissaient continuellement. Dans le dossier médical, il n'y avait aucune note de son médecin traitant concernant ces symptômes, à l'exception d'une note tardive écrite deux semaines après le décès, indiquant une dyspnée un peu prononcée au début du troisième trimestre. Or, devant les symptômes de sa patiente, le médecin a orienté son diagnostic vers une pré-éclampsie. Un des critères essentiels au diagnostic de pré-éclampsie est la présence de protéines dans l'urine. Pourtant, cet examen ne semble pas avoir été demandé. De plus, pour le coroner, il aurait été indiqué d'élargir le diagnostic différentiel pour tenir compte des symptômes de la patiente. Date de l'événement : 28/02/2006 Que le syndic du Collège des médecins du Québec : - examine la tenue du dossier de cette patiente, ainsi que la qualité de l'acte médical en cours de grossesse. Date de la recommandation : 12/06/2007 Organisme(s) visé(s) : - Collège des médecins du Québec Numéro(s) de dossier(s) : 131386 Retour à la recherche
Demander un rapport de coroner	
Annexes à un rapport de coroner	
Recommandations	
Rechercher des recommandations	

Liens utiles

Qu'est-ce qu'un coroner?
Étapes d'une investigation
Corps non réclamés

(Bureau du coroner du Québec, s.d.-e)

ANNEXE E

Demander un rapport du coroner

Accueil / Rapports et recommandations / Demander un rapport de coroner / Demande en ligne

Délai de disponibilité d'un rapport de coroner

Demander un rapport de coroner

Annexes à un rapport de coroner

Recommandations

Rechercher des recommandations

Liens utiles

[Étapes d'une investigation](#)

[Répertoire des coroners](#)

[Corps non réclamés](#)

Tous les champs marqués d'un astérisque sont obligatoires.

Identité de la personne décédée

Nom et prénom *

ex: John Doe

Non disponible

Sexe *

☐ Masculin ☐ Féminin

Date de naissance

ex: 24/11/2012

Date du décès

ex: 24/11/2012

Lieu du décès

ex: Québec

Nom du coroner

ex: John Doe

Numéro de dossier de coroner

ex: 88888888

Identité de la personne qui fait la demande

Nom et prénom *

ex: John Doe

Adresse *

ex: 175 rue Cartier

Courriel *

ex: moncourriel@courriel.com

Ville *

ex: Québec

Téléphone *

ex: 418 555-9999

Code postal *

ex: 1A1 A1A

Type de demandeur

--- ▼

Province

--- ▼

Si autre, spécifiez

Pays

Envoyer

(Bureau du coroner du Québec, s.d.-f)

ANNEXE F-1

Lettre du Bureau du coroner du Québec



Le 17 novembre 2020

Madame Elsa-Karine Harchaoui

[REDACTED]
[REDACTED]

Objet : Rapport d'investigation sur le décès de Karine Thomas

N/Réf. : 131386

Madame Elsa-Karine Harchaoui,

Vous trouverez ci-joint le rapport d'investigation du coroner portant sur le décès de Karine Thomas.

Veuillez noter que les rapports des coroners sont des documents publics. Ils peuvent donc être remis à toute personne qui en fait la demande, y compris les représentants des médias.

Nous vous prions d'agréer, Madame Elsa-Karine Harchaoui, l'expression de nos sentiments distingués.

Le Service à la clientèle

p. j.

Québec
Edifice Le Delta 2, bureau 390
2875, boulevard Laurier
Québec (Québec) G1V 5B1
Téléphone : 1 888 CORONER
Télécopieur : 418 643-6174
clientele.coroner@coroner.gouv.qc.ca

Montréal
Edifice Wilfrid-Derome, bureau 11.83
1701, rue Parthenais
Montréal (Québec) H2K 3S7
Téléphone : 1 888 CORONER
Télécopieur : 514 873 8943
clientele.coroner@coroner.gouv.qc.ca

Pour la vie!

ANNEXE F-2

Exemple d'un rapport du coroner

Bureau du coroner Québec		RAPPORT D'INVESTIGATION DU CORONER Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès	
IDENTITÉ		131386	
SUITE À UN AVIS DU		2006 02 28 ANNÉE MOIS JOUR	NUMÉRO DE DOSSIER A - 302621
Prénom à la naissance Thomas		Nom à la naissance Karine	
Date de naissance 1978 02 09 ANNÉE MOIS JOUR			
Sexe Féminin	Municipalité de résidence Mont-Tremblant	Province Québec	Pays Canada
Prénom de la mère Jocelyne	Nom de la mère à la naissance Lebel	Prénom du père Richard	Nom du père Thomas
DÉCÈS			
Lieu du décès Déterminé	Nom du lieu Hôpital de Ste-Agathe		Municipalité du décès Ste-Agathe
DATE DU DÉCÈS Déterminée 2006 02 28 ANNÉE MOIS JOUR		HEURE DU DÉCÈS Déterminée 12 : 10 HEURE MIN	
CAUSE PROBABLE DU DÉCÈS :			
Arythmie maligne sur cardiomyopathie.			
EXPOSÉ DES CAUSES :			
IDENTIFICATION :			
Madame Karine Thomas, âgée de 28 ans, a été suffisamment identifiée par son conjoint sur les lieux de l'événement, madame Karine Thomas étant décédée au Centre hospitalier de Ste-Agathe-des-Monts après avoir donné naissance à son premier enfant.			
EXAMEN EXTERNE :			
Au laboratoire de pathologie de l'Hôpital Charles LeMoine, le pathologiste a procédé à l'examen externe du cadavre.			
Il note qu'il n'y a aucune lésion traumatique contributive au décès.			
EXAMEN INTERNE :			
Au laboratoire de pathologie de l'Hôpital Charles LeMoine, le pathologiste a procédé à l'examen interne du cadavre.			
Il note au niveau :			
1-Cardiaque : a) Cardiomégalie (530 g) par hypertrophie du ventricule gauche, hypertrophie du ventricule droit avec dilatation cavitaire.			
b) Anomalies sévères du système de conduction distale : dégénérescence sévère du faisceau gauche antérieur de type anomalie de Lev et Lenègre; faisceau gauche proximal 'agénésique', tissu nodal fasciculaire gauche d'allure nodulaire périphérique. Trajet intraseptal de la branche droite de type faisceau de Mahaim.			
c) Nœud sinusal dans les limites de la normale.			
2-Poumons : Œdème et congestion pulmonaires.			
3-Foie : Congestion vasculaire centro-lobulaire aiguë.			
4-Thyroïde : Thyroïdite lymphocytaire chronique.			
Le volume du cœur à l'examen externe soulevait la possibilité d'une cardiomyopathie sous-jacente. Une expertise a alors été adressée à un pathologiste à l'Institut de cardiologie de Montréal. Le rapport de pathologie de l'Institut de cardiologie de Montréal est à l'effet qu'il existe effectivement une cardiomégalie par hypertrophie biventriculaire, plus important à gauche dont l'étiologie semble être imprécise. Il note qu'il n'y a aucune évidence de myocardite de			

RAPPORT D'INVESTIGATION DU CORONER (suite)

A - 302621

Numéro de l'avis

type gestationnel; qu'il n'y a pas non plus d'altération orientant vers la cardiomyopathie hypertrophique même atypique.

Par contre, les altérations au système de conduction sont extrêmement sévères en périphérie à la fois sur le faisceau gauche évoquant les anomalies de Lev et Lenège d'une part, et d'autre part un trajet intraseptal de la branche droite de type faisceau de Mahaim.

Le pathologiste cardiologique précise qu'il y aurait lieu de soulever l'intérêt d'avoir une investigation familiale compte tenu des cas de cardiopathie arythmogénique, sans description d'altération structurale connue encore et que le Dr. Ramon Brugada, de l'Institut de Cardiologie de Montréal, du département de génétique cardiovasculaire, pourrait en assurer le suivi.

AUTRES RAPPORTS :

Rapport d'expertise toxicologique :

Alcoolémie : négative
Diphenhydramine sanguin : 0.49umol/L (taux thérapeutique : 0.2-0.4)
Oxazepam sanguin : 56nmol/L (taux thérapeutique : 700-4900)

CIRCONSTANCES

Madame Karine Thomas, une femme primipare âgée de 28 ans, s'est présentée à l'urgence de l'Hôpital de Ste-Agathe, le 26 février 2006 à 23 h 56 min. Elle était enceinte d'environ 36 semaines. Madame Thomas était accompagnée de son conjoint. Elle a déclaré qu'en soirée, elle a eu mal à la tête, même si elle avait pris son médicament pour traiter l'hypertension artérielle, en l'occurrence, du Trandate, qui lui avait été prescrit par son médecin traitant afin d'éliminer les maux de tête dont elle souffrait.

Le 22 février 2006, madame Karine Thomas s'était présentée à l'urgence à 8 h 55 min, accusant une céphalée; à l'arrivée, la pression artérielle était à 148/110. Elle a été vue par son médecin traitant qui a recommandé des prélèvements pour un bilan pré-éclampsie, les maux de tête étant un des symptômes de cette condition. On lui a donné Trandate pour apaiser le mal de tête. On lui a installé un moniteur fœtal et madame Thomas a été à la salle d'urgence, en observation jusqu'à 13 h 10 min. Elle a quitté l'hôpital accompagné de son conjoint avec une prescription de Trandate et un prochain rendez-vous chez son médecin pour le 7 mars prochain. Au départ, sa pression artérielle indiquait à 117/82.

Lors de son arrivée à la salle d'urgence, le 26 février en soirée, elle accusait des maux de tête et une douleur thoracique sous forme de point localisé au milieu des seins. La pression artérielle indiquait 115/86 lorsque l'infirmière lui pris à l'hôpital, mais préalablement à la pharmacie, elle indiquait 138/98.

Également, un moniteur fœtal a été installé pour une période d'environ 35 minutes, le cœur fœtal variait entre 115 à 160 battements à la minute.

Madame Karine Thomas a été admise en obstétrique, le 27 février, à 00 h 50 min. Pendant la journée du 27 février, la tension artérielle a été vérifiée régulièrement et madame Thomas a reçu du Gaviskon pour des brûlures à l'estomac.

À 21 h, le 27 février, en accord avec le médecin de garde à l'obstétrique, une décision d'induction est prise, car une pré-éclampsie légère est suspectée. À 23 h 30 min, madame Thomas s'est installée pour la nuit, le moniteur fœtal a été cessé pour son confort et on lui demande d'aviser si les contractions commencent.

Pendant la nuit, elle a eu plusieurs périodes de réveil en raison de vomissements de nature alimentaire et des nausées pour lesquels elle a reçu du Graval.

Le matin du 28 février, madame Thomas était tendue, elle disait ressentir des douleurs constantes au pubis et au niveau lombaire. Un monitoring du cœur fœtal a été installé et à l'arrivée du médecin de garde en obstétrique à 8 h 10 min, il a discuté avec le couple d'épidurale et de rupture des membranes.

À 8 h 45 min, il a été décidé de rompre les membranes et de commencer ensuite l'épidurale. À 9 h 45 min, le médecin de garde en obstétrique a rompu la membrane et un écoulement abondant s'en est suivi.

Madame Thomas est allée à la salle de bain en marchant vers 9 h 35 min et à son retour la procédure épidurale a été débutée sans problème.

Tous les équipements étaient en place pour la naissance de l'enfant. Le médecin de garde en obstétrique a senti à la palpation des contractions irrégulières qui n'étaient pas franches. La progression du travail s'est faite de façon régulière jusqu'à 11 h 44 min ou spontanément, après deux poussées, madame Karine Thomas a donné naissance à son bébé, qui était pâle et sans tons.

ANNEXE G

Adaptation de la grille Excel de compilation des données disponibles à partir des rapports du coroner du Québec 2002-2017

Tableau A. Compilation des données disponibles à partir des rapports du coroner du Québec 2002-2017

No.	Dossier	Région géographique	Âge	Ville	Année de décès	Aspect social	Aspect professionnel	Famille	Poids
1	173149	Mauricie	65	Trois-Rivières	2015	Office municipal d'habitation. Habite seule, Isolée socialement, pas de visite de la famille, fils appel 1/mois, recommandations du coroner. Décédée et retrouvée plusieurs semaines plus tard.		Son fils l'appelait 1/mois. Pas de visite de la famille.	Obèse
2	174105	Montréal	58	Montréal	2016	Reçoit des soins à domicile. Inquiète pour retour à la maison en transport adapté après visite à l'urgence		Elle a des proches	
3	174274	Montréal	33	Montréal	2016	Proche prends de ses nouvelles, famille demande nouvelle			
4	2016-03284	Montréal	59	Chambly	2016	Demeure dans une maison privée, loue une chambre; possède un colocataire			Obèse
5	172900	Montréal	27	Montréal	2015	Enceinte premier enfant			

Tableau A. Compilation des données disponibles à partir des rapports du coroner du Québec 2002-2017 (Suite)

No.	Dossier	Antécédants médicaux	Santé mentale	Coroner	Cause	Détails	Lieu de décès	N de pages	Urgences consultées
1	173149	2 ECG portent à croire insuffisance coronarienne	Méds antipsychotiques	Raynald Gauthier, MD	Insuffisance coronarienne aiguë. Pas de contusion	Aucune autopsie car corps en état de décomposition.	Maison	4	
2	174105	Diabète T2, arthrite, hypercholestérolémie	Dépression (venlafaxine)	Me Stéphanie Gamache.	Arythmie maligne avec infarctus du myocarde consécutive à une maladie coronarienne athérosclérotique Conclusion : mort naturelle	Étourdissements avec IA de soins à domicile, appelle EMS, se rend urgence, anxieuse. Discussion délais urgence dans le rapport	Hôpital	7	Oui. 6h d'attente sans voir le MD et est retrouvé inconsciente par préposé
3	174274	Fibrose du myocarde, anémie falciforme		Me Stéphanie Gamache	Arythmie cardiaque probable Conclusion : mort naturelle	Prend de l'hydromorphone et naproxène, souffrait d'hypokaliémie, symptômes de diarrhée, vomissement, douleurs abdominale et musculaires, influenza,	Maison	5	
4	2016-03284	HTN traitée avec produit naturel, artériosclérose, nodule adénoïde thyroïde lymphocytaire *autre antécédent non pertinent		André-H Dandavino, MD	Hémorragie aiguë intracrânienne spontanée Conclusion : mort naturelle	Colocataire trouve défunte	Maison	4	
5	172900	Enceinte. 41 semaines. Avait rapporté à son MD durant sa grossesse des épisodes de palpitations au repos (durée 10min)		Me Stéphanie Gamache	Insuffisance cardiaque consécutive à une cardiomyopathie Conclusion : mort naturelle	Pouls anormalement rapide. Travail actif. A eu plusieurs épisodes de dyspnée et de palpitations. Toux sèche. Fièvre. Césarienne d'urgence. Détérioration rapide de la patiente en salle d'op.	Hôpital	7	Oui car « malaises de type vagal avec palpitations. Un ECG a été effectué à ce moment et une tachycardie sinusale de 117 battements par minute a été notée avec possible dilatation de l'oreillette gauche. Aucun autre suivi cardiaque n'a été proposé par la suite et les conseils donnés à la patiente étaient d'adopter une position sur le côté gauche pour dormir, de porter des bas de support et de mieux s'hydrater. »

Tableau B. Compilation des données disponibles à partir des rapports du coroner du Québec 2002-2017

No.	Dossier	Région géographique	Age	Ville	Année de décès	Aspect social	Aspect professionnel	Famille	Poids
6	2017-00607	Lanaudière	41	Joliette	2017	détenue			
7	2017-04010	Gaspésie-Îles-de la Madeleine	45	Carleton-sur-Mer	2017	particularité du sexe féminin		Conjoint	
8	2017-05765	Laval	62	Laval	2017	Détenue			
9	A-132691	Côte-Nord	55	Port Cartier	2002			un conjoint et fille	

Tableau B. Compilation des données disponibles à partir des rapports du coroner du Québec 2002-2017 (Suite)

No.	Dossier	Antécédants médicaux	Santé mentale	Coroner	Cause	Détails	Lieu de décès	N de pages	Urgences consultées
6	2017-00607	Dysphorie de genre, hormonothérapie, paresthésie	Trouble d'anxiété	Me Pierre Bélisle,	Infarctus du myocarde secondaire à maladie cardiaque athérosclérotique dans un contexte de prises d'amphétamines. Conclusion décès accidentel	Essoufflement, douleur épigastrique, demande assistance à plusieurs reprises sans être prise au sérieux, pas de ECG fait.	Prison	6	
7	2017-04010	4 ans de diabète, 15 ans d'hypertension, artérosclérose importante, insuffisance cardiaque gauche	Agent stressé	Renée Roussel, MD	Syndrome coronarien aigu, etc. Conclusion : mort naturelle	Urgence pour dx, douleur membre supérieur gauche avec irradiation, retourne chez elle car attente trop longue confusion dans conversation IA vs MD, MD dit pas inquiet pour la voir maintenant	Maison	6	Oui. L'infirmière lui aurait proposé de retourner chez elle.
8	2017-05765	DMT2, mobilité réduite, athérosclérose	Citalopram, trazodone	Me Denyse Langelier,	Gastropathie et MCA importante Conclusion: mort naturelle	Plainte de douleur genou, gémit, pas capable de marcher, pas prise au sérieux	Hôpital	6	
9	A-132691	Multiple infarctus du myocarde dans le passé, diabète, blocage cardiaque, sténose, apnée sommeil, cholestérol, vésicule biliaire		Arnaud Samson, MD	Infarctus du myocarde Conclusion: mort naturelle	Admise 1 semaine avant, rien trouvé : diagnostic principal d'apnée du sommeil donné	Hôpital	3	Oui. Récente adm hôpital

Tableau C. Compilation des données disponibles à partir des rapports du coroner du Québec 2002-2017

No.	Dossier	Région géographique	Age	Ville	Année de décès	Aspect social	Aspect professionnel	Famille	Poids
10	A-143819	Lanaudière	42	Mascouche	2002				
11	A-144255	Outaouais	40	Thurso	2004	Visite chez sa soeur	Secrétaire	Époux et fils. Elle a plus d'une sœur.	
12	A-149216	Côte-Nord	62	Sept-Îles	2003	Frère-contact			
13	A-149775	Montréal	35	St-Pierre-de-Vérone	2002				

Tableau C. Compilation des données disponibles à partir des rapports du coroner du Québec 2002-2017 (Suite)

No.	Dossier	Antécédants médicaux	Santé mentale	Coroner	Cause	Détails	Lieu de décès	N de pages	Urgences consultées
10	A-143819	Hypothyroïdie, thrombose veineuse profonde		Paul G Dionne, MD	Embolie pulmonaire Pas de conclusions	15 jours d'essoufflement, 3 consultations chez le MD. Pas de radiographies	Hôpital	2	
11	A-144255	Maladie ischémique chronique, fibrose, cad 90 % sténose, congestion pulmonaire, maladie vasculaire athérosclérotique, histoire familiale du père décédé à 44 ans de prob cardiaque aigu		Robert Turgeon, MD	Ischémie myocardique algue probablement secondaire à l'obstruction complète de l'artère circonflexe Conclusion : mort naturelle	Symptomatique depuis plusieurs jours	Hôpital	5	Non
12	A-149216	Infarctus du myocarde passé, diabète, problèmes respiratoires		Me Bernard Lefrançois,	Infarctus du myocarde Conclusion : mort naturelle	Prob respiratoire, visite récente à l'hôpital cardio/resp, congé précipité	Hôpital	2	Oui, admise.
13	A-149775	Aucun		Jean Brochu, MD	Embolie pulmonaire massive Conclusion: mort naturelle	A vu deux MD précédemment pour ses symptômes Mauvaise prise en charge au triage Discussion de délais urgence.	Hôpital	2	Oui.

Tableau D. Compilation des données disponibles à partir des rapports du coroner du Québec 2002-2017

No.	Dossier	Région géographique	Age	Ville	Année de décès	Aspect social	Aspect professionnel	Famille	Poids
14	A-152173	Laval	53	Laval	2003		Travaille	Enfants	
15	A-152184	Laval	31	Laval	2003	Belle-sœur est infirmière consultée pour symptômes	En arrêt de travail-bursite (mouvement répétitif?)	Mari et enfants	Obèse
16	A-152200	Laval	45	Laval	2004				
17	A-152771	Laurentides	65	Val-David	2004	Asiatique *barrière linguistique. Habite dans une maison de ressources de santé mentale, femme solitaire		Non	

Tableau D. Compilation des données disponibles à partir des rapports du coroner du Québec 2002-2017 (Suite)

No.	Dossier	Antécédants médicaux	Santé mentale	Coroner	Cause	Détails	Lieu de décès	N de pages	Urgences consultées
14	A-152173	MC, diabète sous médicaments, cholestérol élevé		Me Michel Ferland,	Infarctus récent du myocarde secondaire à une maladie cardiaque artériosclérotique sévère. Conclusion: Mort naturelle	Banalise ses symptômes. Quitte le travail. Ne se sent pas bien. Prend le volant accidents sur le chemin en raison de son état ? 3 ans avant passe un ECG anormal-ischémie en latéral	Hôpital	4	Non
15	A-152184	Hypertension (ACEi), tabac, sténose aortique, cholestérol élevé	Effexor	Me Michel Ferland,	Insuffisance myocardique aiguë	Douleur thoracique en après-midi mais n'a pas consulté, elle a décliné la proposition de son époux d'appeler 911 lors des dernières douleurs	Maison	4	
16	A-152200	Pas d'antécédent connu relié aux MCV		Michel Ferland, LLM	Insuffisance myocardique aiguë Conclusion : Mort naturelle	Symptômes CV. Visite de l'urgence, quitte sans être vu, appel EMS douleur rétrosternale	Hôpital	2	Oui
17	A-152771	Aucune info, pas d'évaluation physique	Schizophrène paranoïde, Xanax, trihehyphen	Robert Larocque, MD	Maladie cardiaque athérosclérotique tritronculaire Conclusion: mort naturelle	Pas de suivi pour état physique, pas de dossier médical.	Maison	3	

Tableau E. Compilation des données disponibles à partir des rapports du coroner du Québec 2002-2017

No.	Dossier	Région géographique	Âge	Ville	Année de décès	Aspect social	Aspect professionnel	Famille	Poids
18	A-154625	Monterégie	65	Lacolle	2004	Habite avec colocataire		frère	
19	A-155768	Montréal	45	Montréal	2006	Habite dans centre pour personne âgée			
20	A-155893	Montréal	60	Montréal	2004	Rupture amoureuse			
21	A-156212	Lanaudière	40	Repentigny	2004	Elle a des proches	Adjointe administrative	Mariée	Surpoids

Tableau E. Compilation des données disponibles à partir des rapports du coroner du Québec 2002-2017 (Suite)

No.	Dossier	Antécédants médicaux	Santé mentale	Coroner	Cause	Détails	Lieu de décès	N de pages	Urgences consultées
18	A-154625	Cancer du sein non traité, dommage cardiaque	Schizophrénie paranoïde, potomanie	André-H Dandavino MD	Maladie cardiaque athérosclérotique importante et une cardiomyopathie hypertensive. Conclusion : mort naturelle	Décède quelques jours après avoir été admise à l'Hôpital pour hyponatrémie	Maison	4	
19	A-155768	Dystrophie musculaire		Me Jean-Luc Malouin,	Insuffisance myocardique aiguë Conclusion : mort naturelle	Handicap physique-dystrophie musculaire myotonique de Steinert, bouton d'alarme ne fonctionnait pas	Centre propulsion	2	
20	A-155893	Thyroïde lymphocytaire	Tentative suicide, rupture amoureuse (dépression) olanzapine, lorazépam. Possession à la maison: trazodone, paroxétine, dicyclomine. Est-ce qu'elle les prend?	Paul G Dionne, MD	Arythmie cardiaque probable- <i>cause un mystère</i> Conclusion : mort naturelle probable	Admise en psychiatrie, aurait pris des médicaments en surdose. On lui prescrit du Zyprexa mais pas d'ECG pour confirmer que cœur est ok	Hôpital	2	oui
21	A-156212	Hypertension (Atenolol), hyperlipidémie à surveiller sans médication prescrite, fumeuse, « fatigue physique », histoire familiale coronarienne, cœur avec plusieurs blocages, infarctus 24-48 heures, troubles orthopédiques prends des antidouleurs.		Paul G Dionne, MD	Insuffisance myocardique aiguë	« Pas plaignarde » dit dans le rapport que minimise ses symptômes; a fait une batterie de tests: HOLTER, ECG, ECHO 2002. En 2004, reçoit congé d'hôpital; tout semble normal mais se plaint de maux de dos durant cet épisode.	Maison	4	Oui, se rend à l'hôpital mais délais trop long, urgence débordée, vont dans une autre urgence

Tableau F. Compilation des données disponibles à partir des rapports du coroner du Québec 2002-2017

No.	Dossier	Région géographique	Âge	Ville	Année de décès	Aspect social	Aspect professionnel	Famille	Poids
22	A-156251	Montréal	50	Montréal	2004			Fille	
23	A-163857	Montréal	44	Rivière-des-Prairies	2007	Ne prenait pas ses médicaments		Famille notamment une sœur	Obèse
24	A-164977	Laval	45	Laval	2007				
25	A-166181	Laurentides	34	St-Eustache	2008			Sœur, mère	Obésité

Tableau F. Compilation des données disponibles à partir des rapports du coroner du Québec 2002-2017 (Suite)

No.	Dossier	Antécédants médicaux	Santé mentale	Coroner	Cause	Détails	Lieu de décès	N de pages	Urgences consultées
22	A-156251	Nausées		Me Michel Ferland	Arythmie maligne associée maladie vasculaire artériosclérotique sténosante tritronculaire Conclusion : Mort naturelle d'origine cardiaque	Douleur atypique à la poitrine, <u>vu par cardiologue et lui prescrit du pantoloc</u>	Maison	3	Oui
23	A-163857	Hypertension, cardiomyopathie		Michelle Houde, MD	Arythmie cardiaque chez une femme hypertendue porteuse d'une cardiomyopathie hypertrophique Conclusion : Mort naturelle d'origine cardiaque.	Elle avait des méds cardiaques mais ne les prenait pas	Hôpital	2	
24	A-164977	Maladie valvulaire aortique surtout sténosante ainsi que d'un anévrisme de l'aorte ascendante.		Jean Brochu, MD	Arythmie cardiaque maligne	Convulsion post-op, réveil difficile, problème rythme cardiaque 3e AVB avec pacemaker planifié dans les jours qui suivent. Fibrillation ventriculaire. <u>5 minutes avant de réaliser alarme. Infirmière en pause.</u>	Hôpital	2	
25	A-166181		Schizoaffectif, prends méds anti- psychotiques	Stéphane Goudreau, MD	Embolies pulmonaires aiguës étendues bilatérales.	Fracture du tibia, pas d'anticoagulant prophylactique	Hôpital	2	

Tableau G. Compilation des données disponibles à partir des rapports du coroner du Québec 2002-2017

No.	Dossier	Région géographique	Age	Ville	Année de décès	Aspect social	Aspect professionnel	Famille	Poids
26	A-167439	Outaouais	39	Val-des-Monts	2008			Conjoint	Famille
27	A-168454	Côte-Nord	60	Sept-Îles	2008				
28	A-170688	Montréal	63	Longueuil	2009	Admise volontairement pour traiter problème d'alcoolisme.		Conjoint	
29	A-171517	Montréal	61	Montréal	2008	Souper avec une amie organisé mais ne se présente pas. Amie inquiète	Elle quitte son travail plus tôt en raison d'une augmentation significative des douleurs.		

Tableau G. Compilation des données disponibles à partir des rapports du coroner du Québec 2002-2017 (Suite)

No.	Dossier	Antécédants médicaux	Santé mentale	Coroner	Cause	Détails	Lieu de décès	N de pages	Urgences consultées
26	A-167439	Infarctus du myocarde 2-8 sem	Suprathérapeutique paroxétine= antidépresseur, oxycodone	Éric Bigelow, MD	Infarctus du myocarde avec arythmie maligne secondaire. Conclusion : Il s'agit d'une mort naturelle, d'origine coronarienne aiguë qui aurait pu être évitée.	Endure 3 mois de symptômes cardiaques, se présente à l'urgence, ECG pas montré au MD, prend de l'oxycodone	Hôpital	2	Oui
27	A-168454	CAD, HTN, dyslipidémie, infarctus du myocarde (ancien). Valvulopathie aorto-mitrale	Mirtazapine, bromazepam, citalopram	Me Bernard Lefrançois,	Cardiopathie ischémique et trouble du rythme paroxystique. Conclusion : Il s'agit d'une mort naturelle.	Symptômes MCV : éprouve des douleurs au cou. Au dossier, il fut inscrit également : douleur au bras gauche, vomissements, étourdissements. Il est également inscrit : « points poitrine ». Par contre, il fut noté au dossier que la victime n'avait pas de douleur thoracique.	Résidence/ CSSS	2	Oui, reçoit son congé et 4h après son congé.
28	A-170688	HTN, prend ASA, lopressor	Librium, alcoolisme	Louis Jean Roy, MD	Arythmie. Décès par arythmie cardiaque secondaire à un " delirium tremens ".	Délires dans sa chambre, incontinence urine et selle. Vomit. Pas d'examen physique avant administration de librium. delirium tremens	Centre de désintoxication	3	
29	A-171517	HTN, prend ASA, diabète, arthrose. Prends des pilules amaigrissantes non prescrites- lié au développement d'un anévrisme cerveau	Serax (sommeil)	Hélène Lord, MD	Hémorragie cérébrale Conclusion : Mort naturelle probablement évitable.	Quitte le travail car céphalée inhabituelle depuis 2 semaines, aurait fait un anévrisme du cerveau.	Maison	3	

Tableau H. Compilation des données disponibles à partir des rapports du coroner du Québec 2002-2017

No.	Dossier	Région géographique	Age	Ville	Année de décès	Aspect social	Aspect professionnel	Famille	Poids
30	A-171543	Montréal	43	Lachine	2008	Narco dépendance		Conjoint	
31	A-174203	Outaouais	46	Val-des-Monts	2009			Conjoint	
32	A-175604	Outaouais	56	Gatineau	2010	Frère			
33	A-176094	Mauricie	65	Trois-Rivières	2012	Mariée. Il lui manque des dents. Elle est peu ordonnée tant par la prise de sa médication que le suivi de sa diète.		Conjoint	Obèse

Tableau H. Compilation des données disponibles à partir des rapports du coroner du Québec 2002-2017 (Suite)

No.	Dossier	Antécédants médicaux	Santé mentale	Coroner	Cause	Détails	Lieu de décès	N de pages	Urgences consultées
30	A-171543	Hystérectomie abdominale, ovariectomie gauche, kyste hémorragique ovaire droit (hormone ?)	Méthadone, trouble de la personnalité limite. Citalopram, seroquel, clonazepam.	Hélène Lord, MD	Arythmie cardiaque maligne Conclusion : Mort secondaire à un effet indésirable d'une combinaison de médicaments	Fait une infection, douleur abdominale, pas ECG fait, méds qui allongent le QT, voir rapport. « Les femmes présentent un risque plus élevé de QT allongé. »	Maison	3	
31	A-174203	Fumeuse, asthme.		Pierre Fortier, MD	Insuffisance myocardique aiguë	Se présente à l'urgence, douleur thoracique,	Hôpital*	2	Oui. Quitte avant de voir le MD. Revient mais s'effondre au triage.
32	A-175604	Fumeuse, histoire familiale MC, deux membres famille décédées dans la cinquantaine.		Marie Pinault, MD	Insuffisance myocardique aiguë Conclusion: mort naturelle	Elle avait consulté MD de famille, référé à l'urgence, <u>cardiologue a vu patiente, prescrit du pantoloc (2^e),</u> va à l'hôpital hors province, pas de test angiographie.	Maison*	2	Oui
33	A-176094	Diabète T2, polype endocervical (hormone?), goître, ancien infarctus du myocarde		André G Trahan, MD	Infarctus du myocarde et tamponnade cardiaque. Conclusion : décès d'une complication d'un infarctus du myocarde se traduisant par une tamponnade cardiaque en plus d'une acidose métabolique en raison d'un diabète sucré mal traité.	Consulte à plusieurs reprises pour douleur rétrosternale, diabète sucré instable. Attendait consultation en cardio. Se présente la veille de son décès	Maison	3	Oui. Libéré pas d'investigations supplémentaires. Commentaire par coroner sur pratique Urgence -modèle Toyota.

Tableau I. Compilation des données disponibles à partir des rapports du coroner du Québec 2002-2017

No.	Dossier	Région géographique	Age	Ville	Année de décès	Aspect social	Aspect professionnel	Famille	Poids
34	A-178880	Outaouais	63	Gatineau	2013	Proche			
35	A-178897	Outaouais	46	Wakefield	2013		Travail	“Proches”	
36	A-302293	Lanaudière	37	Pointe-Calumet	2006	Mère accompagnatrice			Obèse
37	A-302352	Montréal	50	Montréal	2006	Habite dans une maison pour personne semi autonome. Elle est retrouvée dans la chambre qu'elle occupe seule et les portes sont verrouillées de l'intérieur.			

Tableau I. Compilation des données disponibles à partir des rapports du coroner du Québec 2002-2017 (Suite)

No.	Dossier	Antécédants médicaux	Santé mentale	Coroner	Cause	Détails	Lieu de décès	N de pages	Urgences consultées
34	A-178880	Diabète T2, hypertension		Marie Pinault, MD	Tamponnade Conclusion : mort naturelle.	Douleur pleurétique, n/v, troponine + ponction tentée sans succès. <u>Revue en cardio externe la veille</u> , congé : « essoufflée mais stable ». S'effondre sans un stationnement, activité électrique sans pouls en ambulance, pseudo anévrisme-DC	Hôpital	2	Oui, un mois avant.
35	A-178897	Anévrisme carotidien		Marie Pinault, MD	Embolie pulmonaire Conclusion : mort naturelle.	Douleur à la jambe. Se plaignait de douleur abdominale et dyspnée, une semaine avant décès consulte l'urgence pour douleur à la jambe.	Maison	2	Oui, environ une semaine avant.
36	A-302293	Asthme, artériosclérose artère coronaire 90 %,	Cannabis	Me Michel Ferland,	Infarctus massif du myocarde antéro-septal. Conclusion : mort naturelle	C'est sa mère qui l'emmène au centre hospitalier. Selon coroner « La mère multiplie les interventions auprès du personnel car l'état de sa fille semble se détériorer. » Négligence soins?	Hôpital	3	Oui. Selon coroner « c'est qu'un délai de 11 minutes s'est écoulé entre son inscription et le triage. <u>La cote de priorité n'était pas adéquate et elle aurait dû être mise sous moniteur.</u> »
37	A-302352		Prob. santé mentale, olanzapine	Me Michel Ferland,	Indéterminée à la cause probable du décès, autopsie suggère soit un processus infectieux ou d'origine cardiaque. Conclusion: mort naturelle	Douleur thoracique depuis plusieurs mois	Maison	2	

Tableau J. Compilation des données disponibles à partir des rapports du coroner du Québec 2002-2017

No.	Dossier	Région géographique	Age	Ville	Année de décès	Aspect social	Aspect professionnel	Famille	Poids
38	A-302621	Laurentides	28	Mont-Tremblant	2006			Conjoint	
39	A-303599	Montréal	59	Montréal	2007			Famille impliquée. Elle a des enfants aidants.	
40	A-304818	Montréal	47	Montréal	2007	*Pas d'argent pour méds cardiaques, changement de province ON-QC		Conjoint	
41	A-306128	Capitale-Nationale	61	Québec	2008	Habite résidence pour personne âgée en raison de son anxiété			

Tableau J. Compilation des données disponibles à partir des rapports du coroner du Québec 2002-2017 (Suite)

No.	Dossier	Antécédants médicaux	Santé mentale	Coroner	Cause	Détails	Lieu de décès	N de pages	Urgences consultées
38	A-302621	Enceinte, hx fam: HTN pulmonaire du père et le grand père	Oxacépam	Joanne Lachapelle	Arythmie maligne sur cardiomyopathie Conclusion: <u>décès naturel évitable.</u>	Labetolol, prééclampsie, essoufflement et douleur thoracique non investigués	Hôpital	3	Oui en quelques jours et à 2 reprises
39	A-303599	Ménopause, problèmes gynécologiques		Paul G Dionne, MD	Embolie pulmonaire Conclusion: <u>décès naturel probablement évitable.</u>	Refus de transfusion, reçoit congé et collapse, apparemment famille déclare autre histoire: douleur à la jambe, reçoit congé mais douleur à la jambe et arrêt cardiorespiratoire.	Hôpital	2	
40	A-304818	Hypertension prend de amlodipine		Jacques Ramsay, MD	Syndrome coronarien aigu avec arythmie maligne. Conclusion : Décès de cause naturelle.	Douleur cardiaque, va au CLSC, pression 200mm Hg, la réfère en clinique. Négligence de IA? 9/10 et HTN	Hôpital	5	Non refus pas de RAMQ
41	A-306128		Trouble anxieté	Me Luc Malouin	Insuffisance myocardique aiguë Conclusion: décès d'origine naturelle.	Aucun détail de l'autopsie? – Rien. C'était plainte de maux de tête depuis plusieurs semaines. Elle a chute -dû a une syncope ?	En résidence	2	

Tableau K. Compilation des données disponibles à partir des rapports du coroner du Québec 2002-2017

No.	Dossier	Région géographique	Âge	Ville	Année de décès	Aspect social	Aspect professionnel	Famille	Poids
42	A-306856	Chaudière-Appalaches	55	Montmagny	2008			Famille	
43	A-307001	Laval	15	Laval	2008			Mère	
44	A-308810	Outaouais	30	Gatineau	2009			Conjoint	

Tableau K. Compilation des données disponibles à partir des rapports du coroner du Québec 2002-2017 (Suite)

No.	Dossier	Antécédants médicaux	Santé mentale	Coroner	Cause	Détails	Lieu de décès	N de pages	Urgences consultées
42	A-306856			Jean Brochu, MD	Arythmie cardiaque maligne Conclusion: Décès naturel	Mauvaise gestion d'ambulance	Ambulance	2	
43	A-307001	Contraception <u>Yasmin</u> .		Me Michel Ferland,	Noyade. Conclusion : Mort accidentelle par noyade domestique.	Perte de conscience soudaine (syncope?) avec asystolie, vaccin Gardasil, meurt noyée dans son bain, on assume une syncope. Vomissement. Mort de nature médicale indéterminée. Autopsie faite 7 jours après-	Hôpital	5	
44	A-308810	Hypertension de grossesse		Jacques Ramsay, MD	Hémorragie sous arachnoïdienne secondaire à une crise hypertensive durant le 3e trimestre Conclusion : Décès de cause naturelle qui aurait pu être évité.	Systolique oscille entre 130-140 mmHg pas suffisant pour dx prééclampsie, pas de protéinurie. 36 semaines de grossesse, hypertension 173 sys pas de symptômes d'éclampsie. À 38 sem: dx prééclampsie sévère, admise induction du travail. Dit à infirmière ne se sent pas bien et convulse et raideur au niveau du cou. Pas de méds donnés, HTN plus haute 229sys. Césarienne d'urgence. Soins intensifs. Mouvementt décérébration=mort cérébrale	Hôpital	5	

Tableau L. Compilation des données disponibles à partir des rapports du coroner du Québec 2002-2017

No.	Dossier	Région géographique	Age	Ville	Année de décès	Aspect social	Aspect professionnel	Famille	Poids
45	A-311587	Montréal	33	Boucherville	2010	Proche			
46	A-316158	Montréal	20	Montréal	2011			Mère	Surpoids
47	A-327481	Montréal	61	Montréal	2015	Habite en appartement		Habite avec sa fille	Obésité

Tableau L. Compilation des données disponibles à partir des rapports du coroner du Québec 2002-2017 (Suite)

No.	Dossier	Antécédants médicaux	Santé mentale	Coroner	Cause	Détails	Lieu de décès	N de pages	Urgences consultées
45	A-311587	Asthme, contraception <u>Yasmin</u> , fumeuse	Dysphorie prémenstruelle	Alexandre Crich, MD	Mort subite, arythmie Conclusion: mort naturelle	Cannabis	Maison	2	
46	A-316158	Contraception		Me Catherine Rudel-Tessier	Embolie pulmonaire Conclusion : mort naturelle	Coroner rapporte n'est pas prise au sérieux par ambulanciers.	Hôpital	2	
47	A-327481	Diabète T2, hypertension, insuffisance rénale, prend de l'oxycodone	Citalopram	Gilles Sainton, MD	Infarctus du myocarde	Consulte plusieurs reprises, reçoit congé. Va dans deux hôpitaux. infarctus aigu récent (de 20 à 60 h) étendu de la base à l'apex selon autopsie;	Hôpital	2	Oui .

ANNEXE H

Liens Internet pour ressources aux patientes / femmes avec des MCV

Liens professionnels

Cœur et AVC : femmes

<https://www.coeuretavc.ca/femmes>

Les maladies du cœur chez les femmes

<https://www.coeuretavc.ca/maladies-du-coeur/qu-est-ce-que-les-maladies-du-coeur/les-types-de-maladies-du-coeur/maladies-du-c%C5%93ur-chez-les-femmes>

Women Heart Alliance (Etats-Unis, en Anglais)

<https://www.womensheartalliance.org/>

Le Centre canadien de santé cardiaque pour les femmes

Programmes et services offerts aux femmes atteintes de MCV ou avec des facteurs de risques

<https://cwhhc.ottawaheart.ca/fr/faire-evoluer-les-choses/soins>

Vidéo de sensibilisation :

Cœur et AVC (Canada)

<https://www.youtube.com/watch?v=rdy3AOasij4&list=PLlLH6D8gy0OyzRmmdP-3doEShLyG8UaDp&index=13>

Just a little Heart Attack (en Anglais, États-Unis)

https://www.youtube.com/watch?v=_JI487DlgtA&t=6s

Fight the ladykiller (en Anglais, États-Unis.)

https://www.youtube.com/watch?v=0yYUon_qBvY&t=9s

Articles de journaux

Risques cardiovasculaires pour les jeunes femmes

https://www.lapresse.ca/sciences/medecine/201902/11/01-5214292-risques-cardiovasculaires-pour-les-jeunes-femmes.php?fbclid=IwAR1zdIvEApIEhxS2JHvEvWuKnEov7sbmWh3rEnRYZJpxz2ADwQJyt_cBQ20

Maladies du cœur les femmes en meurent elles aussi

<https://www.lapresse.ca/vivre/sante/femmes/201804/03/01-5159612-maladies-du-coeur-les-femmes-en-meurent-elles-aussi.php>

La crise cardiaque chez les jeunes femmes peut arriver sans douleur thoracique

<https://www.lapresse.ca/vivre/sante/201309/17/01-4690081-la-crise-cardiaque-chez-les-jeunes-femmes-peut-arriver-sans-douleur-thoracique.php#>

Pourquoi les maladies cardiaques tuent plus de femmes que d'hommes?

https://www.huffpost.com/archive/qc/entry/maladies-cardiaques-tuent-femmes-symptomes-differents-hommes-recherche-deficiente_a_23707260

ANNEXE I

Grille Harchaoui pour un dépistage des facteurs de risques cardiaques chez la femme (2022)		
Est-ce que la femme a des facteurs de risques cardiovasculaires ? Oui, lesquels? ● Non ●		
Facteurs de risques modifiables ☐ Hypertension ☐ Hypercholestérolémie ☐ Diabète/Prédiabète ☐ Stress ☐ Obésité/surcharge pondérale	Facteurs de risques liés aux habitudes de vie ☐ Sédentarité ☐ Tabagisme ☐ Consommation d'alcool ☐ Consommation de drogues	Facteurs de risques propres au sexe féminin ☐ Diabète de grossesse ☐ Hypertension de grossesse ☐ Prééclampsie ☐ Syndrome ovaires polykystiques ☐ Ménopause ☐ Prise de contraceptifs oraux ☐ Prise d'hormonothérapie de substitution ☐ Troubles du rythme cardiaque (arythmie) ☐ Anxiété/ Dépression
Facteurs de risques non modifiables		
☐ Hérédité : histoire familiale de MCV précoces (mère ou père atteints avant l'âge de 55 ans ou avant la ménopause de AVC, AIT, IM) ☐ Âge	☐ Antécédents de maladies cardiovasculaires (ex : Angine, infarctus du myocarde, AVC) ☐ Statut socioéconomique – la difficulté d'accès à des aliments sains, à l'eau potable, aux services de santé et aux services sociaux, à des médicaments.	☐ Ethnicité (origine : autochtone, sud asiatique, africaine)
Est-ce que la femme prend des médicaments pour traiter les facteurs de risques cochés ? ● Oui, lesquels? Non ●		
☐ Nitroglycérine (Nitrodur, Nitrospray) ☐ Béta-bloqueurs (bisoprolol, métoprolol) ☐ Inhibiteur de canaux calciques (amlodipine, nifédipine) ☐ Médication pour la fonction cardiaque (digoxine) ☐ Médicament pour le diabète (metformine, insuline, sitagliptine, glicazide)	☐ Antiarythmiques (diltiazem, amiodarone) ☐ Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (captopril, périndopril, ramipril) ☐ Antagoniste des récepteurs de l'angiotensine des diurétiques (valsartan, candésartan) ☐ Hypolipédiant 'statine' (atorvastatine, rosuvastatine) ☐ Antiagrégants plaquettaires (aspirine, clopidogrel, ticagrelor) ☐ Anticoagulants (apixaban, rivaroxaban)	☐ Somnifères / Sédatifs (benzodiazépines/hypnotiques (lorazepam, oxazepam) ☐ Antidépresseurs/Anxiolytiques (citalopram) ☐ Antipsychotique (trazodone, olanzapine)

RÉFÉRENCES

- Abastado, M-F. (2015,16 septembre). Trouver un médecin de famille au Québec : toujours aussi difficile. *Radio-Canada*.
<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/739196/medecin-famille-quebec-access-difficile-gaco>
- Agarwala, A., Michos, E. D., Samad, Z., Ballantyne, C. M., et Virani, S. S. (2020). The use of sex-specific factors in the assessment of women's cardiovascular risk. *Circulation*, 141(7), 592-599. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.119.043429
- Agence de la santé publique du Canada. (2009, 29 janvier). *Quels sont les symptômes d'une crise cardiaque chez les femmes?*.<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-chroniques/maladie-cardiovasculaire/quels-sont-symptomes-crise-cardiaque-chez-femmes.html>
- Agence de santé publique du Canada. (2013, 15 janvier). *Qu'est-ce que l'approche axée sur la santé de la population?* <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/approche-axee-sur-la-sante-de-population.html>
- Agence de la santé publique du Canada. (2017, 1er août). *Les maladies du cœur au Canada : Faits saillants du Système canadien de surveillance des maladies chroniques*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/maladies-coeur-canada-fiche-technique.html>

- Agence de la santé publique du Canada. (2018, mai). *Rapport du système canadien de surveillance des maladies chroniques : les maladies du cœur au Canada, 2018*.
<https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/report-heart-disease-canada-2018/pub1-fra.pdf>
- American Heart Association News. (2018, 28 juin). *Uncommon heart attack, found more often in women, needs a second look*.
<https://www.heart.org/en/news/2018/07/13/uncommon-heart-attack-found-more-often-in-women-needs-a-second-look>
- Anand, S. S., Xie, C. C., Mehta, S., Franzosi, M. G., Joyner, C., Chrolavicius, S., . . . Investigators, C. (2005). Differences in the management and prognosis of women and men who suffer from acute coronary syndromes. *Journal of the American College of Cardiology*, 46(10), 1845-1851. doi:10.1016/j.jacc.2005.05.091
- Archambault, H. (2016, 14 février). Les hôpitaux ontariens attirent davantage de Québécois. *Journal de Montréal*.
<https://www.journaldemontreal.com/2016/02/14/les-hopitaux-ontariens-attirent-davantage-de-quebecois>
- Association des médecins d'urgence du Québec. (1998). *Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence*. http://ctas-phctas.ca/wp-content/uploads/2018/05/etg_98.pdf
- Association des pharmaciens du Canada. (2018, 16 juin). Tylenol® avec codéine no.2.CPS. Repéré 2022, 4 juin à <https://cps-pharmacists-ca.proxy.bib.uottawa.ca/search?lang=fr#>

Association des pharmaciens du Canada. (2020a, 22 janvier). *Odan-methadone*. CPS.

Repéré le 2022, 4 juin à <https://cps-pharmacists-ca.proxy.bib.uottawa.ca/search?lang=fr>

Association des pharmaciens du Canada. (2020b, 31 août). *Oxynneo*®. CPS. Repéré le 2022, 5 juin à <https://cps-pharmacists-ca.proxy.bib.uottawa.ca/search?lang=fr>

Association des pharmaciens du Canada. (2020c, 30 décembre). *Pantoloc*®. CPS. Repéré 2022, 4 juin à <https://cps-pharmacists-ca.proxy.bib.uottawa.ca/search?lang=fr#>

Association des pharmaciens du Canada. (2022). *Apo*®-*bromazepam*. CPS. Repéré le 2022, 4 juin à <https://cps-pharmacists-ca.proxy.bib.uottawa.ca/search?lang=fr#>

Baigent, C., Blackwell, L., Emberson, J., Holland, L. E., Reith, C., Bhala, N., . . .

Collaboration, C. T. T. C. (2010). Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: a meta-analysis of data from 170,000 participants in 26 randomised trials. *Lancet*, 376(9753), 1670-1681. doi:10.1016/S0140-6736(10)61350-5

Bairey Merz, C. N., Shaw, L. J., Reis, S. E., Bittner, V., Kelsey, S. F., Olson, M., . . .

Investigators, W. (2006). Insights from the NHLBI-Sponsored Women's Ischemia Syndrome Evaluation (WISE) Study: Part II: gender differences in presentation, diagnosis, and outcome with regard to gender-based pathophysiology of atherosclerosis and macrovascular and microvascular coronary disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 47(3 Suppl), S21-29. doi:10.1016/j.jacc.2004.12.084

- Baker, D. W., Stevens, C. D., et Brook, R. H. (1991). Patients who leave a public hospital emergency department without being seen by a physician. Causes and consequences. *JAMA*, 266(8), 1085-1090.
- Beaulieu, C. (2002). Le coeur des femmes : pourquoi fait-on l'autruche? *Gazette des femmes*. <https://gazettedesfemmes.ca/4384/le-coeur-des-femmes-pourquoi-fait-on-lautruche/>
- Beaumier, M.-L. B. (2017). Les voix des femmes à la Ligue des droits de l'homme du Québec : ouvertures, tensions, débats, 1963-1980. *Recherches féministes*, 30(2), 235–253. <https://doi.org/10.7202/1043931ar>
- Bélisle, P. (2018,11 avril). *Rapport d'investigation du coroner* (publication no 2017-00607). Bureau du coroner du Québec.
- Berul, C. I. (2021). Acquired long QT syndrome: Definitions, causes, and pathophysiology. *UpToDate*. Repéré le 6 novembre 2020 de https://www.uptodate.com/contents/acquired-long-qt-syndrome-definitions-causes-and-pathophysiology?search=qt%20prolonger%20les%20m%C3%A9dicaments&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- Bigelow, É. (2009, 12 février). *Rapport d'investigation du coroner* (publication no A-167439). Bureau du coroner du Québec
- Bönte, M., von dem Knesebeck, O., Siegrist, J., Marceau, L., Link, C., Arber, S., . . . McKinlay, J. B. (2008). Women and men with coronary heart disease in three countries: are they treated differently? *Womens Health Issues*, 18(3), 191-198. doi:10.1016/j.whi.2008.01.003

- Booher, L. (2019). The Impact of Low Socioeconomic Status in Adults With Chronic Pain: An Integrative Review. *Orthopedic Nursing*, 38(6), 381-389.
doi:10.1097/NOR.0000000000000620
- Bottorff, J. L., Oliffe, J. L., Robinson, C. A., et Carey, J. (2011). Gender relations and health research: a review of current practices. *International Journal for Equity in Health*, 10(1), 60–60. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-10-60>
- British Broadcasting Corporation (2021, 6 octobre). *Joyce Echaquan: Racism played role in death, coroner finds*. <https://www.bbc.com/news/world-us-canada-58819203>
- Brochu, J. (2004, 24 septembre). *Rapport d'investigation du coroner* (publication no A-149775). Bureau du coroner du Québec.
- Brochu, J. (2008, 26 juin). *Rapport d'investigation du coroner* (publication no A-306856). Bureau du coroner du Québec.
- Brochu, J. (2009, 28 octobre). *Rapport d'investigation du coroner* (publication no A-164977). Bureau du coroner du Québec.
- Brown, N. (2015). How the American Heart Association helped change women's heart health. *Circulation Cardiovascular Quality and Outcomes*, 8(2 Suppl 1), S60–S62. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.115.001734>
- Bureau du Coroner du Québec. (s.d.-a). *Annexes à un rapport de coroner*. <https://www.coroner.gouv.qc.ca/rapports-et-recommandations/annexes-a-un-rapport-de-coroner.html>

Bureau du Coroner du Québec. (s.d.-b). *Délai de disponibilité d'un rapport du coroner.*

<https://www.coroner.gouv.qc.ca/rapports-et-recommandations/delai-de-disponibilite-dun-rapport-de-coroner.html>

Bureau du Coroner du Québec. (s.d.-c). *Demander un rapport de coroner.*

<https://www.coroner.gouv.qc.ca/rapports-et-recommandations/demander-un-rapport-de-coroner.html>

Bureau du Coroner du Québec. (s.d.-d). *Devenir coroner.*

<https://www.coroner.gouv.qc.ca/recrutement/devenir-coroner.html>

Bureau du Coroner du Québec. (s.d.-e). *Investigation et enquête publique.*

<https://www.coroner.gouv.qc.ca/les-coroners/investigation-et-enquete-publique.html>

Bureau du Coroner du Québec. (s.d.-f). *Qu'est-ce qu'un coroner?.*

<https://www.coroner.gouv.qc.ca/les-coroners/quest-ce-quun-coroner.html>

Bureau du Coroner du Québec. (s.d.-g). *Recommandations.*

<https://www.coroner.gouv.qc.ca/rapports-et-recommandations/recommandations.html>

Bureau du Coroner du Québec. (2018). *Rapport des activités des coroners 2017.*

https://www.coroner.gouv.qc.ca/fileadmin/Organisation/Rapport_des_activites_de_s_coroners_2017_Final_Web.pdf

Bureau du Coroner du Québec. (2019). *Rapport annuel de gestion 2018-2019.*

https://www.coroner.gouv.qc.ca/fileadmin/Organisation/Rapport_annuel_2018-2019_VF_ACCESS.pdf

Bureau du Coroner du Québec. (2020a). *Rapport annuel de gestion 2019-2020*.

https://www.coroner.gouv.qc.ca/fileadmin/Organisation/Rapport_annuel_Bureau_coroner_19-20-VF_ACCESS.pdf

Bureau du vérificateur général du Canada. (2015). *Rapport 1 – La mise en œuvre de l'analyse comparative entre les sexes*. [https://www.oag-](https://www.oag-bvg.gc.ca/internet/francais/parl_oag_201602_01_f_41058.html#hd2c)

[bvg.gc.ca/internet/francais/parl_oag_201602_01_f_41058.html#hd2c](https://www.oag-bvg.gc.ca/internet/francais/parl_oag_201602_01_f_41058.html#hd2c)

Burke, A. P., Farb, A., Malcom, G. T., Liang, Y., Smialek, J., et Virmani, R. (1998).

Effect of risk factors on the mechanism of acute thrombosis and sudden coronary death in women. *Circulation*, 97(21), 2110–2116.

<https://doi.org/10.1161/01.cir.97.21.2110>

Cameron, D. (2013, 13 août). Médecins de famille: le cœur de Montréal défavorisé. *La*

Presse. <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/201308/12/01-4679319-medecins-de-famille-le-coeur-de-montreal-defavorise.php>

Canadian Nurses Association (CAN/AIIC). (2019). *Advanced practice nursing-*

Introduction. [https://hl-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-](https://hl-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com/CNA/2f975e7e-4a40-45ca-863c-5ebf0a138d5e/UploadedImages/documents/Advanced_Practice_Nursing_framework_EN.pdf)

[1.amazonaws.com/CNA/2f975e7e-4a40-45ca-863c-](https://hl-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com/CNA/2f975e7e-4a40-45ca-863c-5ebf0a138d5e/UploadedImages/documents/Advanced_Practice_Nursing_framework_EN.pdf)

[5ebf0a138d5e/UploadedImages/documents/Advanced_Practice_Nursing_framework](https://hl-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com/CNA/2f975e7e-4a40-45ca-863c-5ebf0a138d5e/UploadedImages/documents/Advanced_Practice_Nursing_framework_EN.pdf)

[ork_EN.pdf](https://hl-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com/CNA/2f975e7e-4a40-45ca-863c-5ebf0a138d5e/UploadedImages/documents/Advanced_Practice_Nursing_framework_EN.pdf)

Cecco, L. (2020, 30 septembre). Canada: outcry after video shows hospital staff taunting

dying Indigenous woman. *The Guardian*.

[https://www.theguardian.com/world/2020/sep/30/joyce-echiquan-canada-](https://www.theguardian.com/world/2020/sep/30/joyce-echiquan-canada-indigenous-woman-hospital)

[indigenous-woman-hospital](https://www.theguardian.com/world/2020/sep/30/joyce-echiquan-canada-indigenous-woman-hospital)

- Centre canadien de santé cardiaque pour les femmes. (s.d.-a). *Mission et l'historique de l'alliance*. <https://cwhhc.ottawaheart.ca/national-alliance/mission-and-background>
- Centre canadien de santé cardiaque pour les femmes. (s.d.-b). *Les symptômes féminins*. <https://cwhhc.ottawaheart.ca/fr/les-femmes-et-mcv/les-symptomes-feminins>
- Centre de canadien de santé cardiaque pour les femmes. (s.d.-c). *La différence*. <https://cwhhc.ottawaheart.ca/fr/la-difference>
- Centre de toxicomanies et de santé mentale. (2012a). *Comprendre les médicaments psychotropes-les antidépresseurs*. <https://ampq.org/wp-content/uploads/2020/04/upm-antidepressants-fr-membres-et-public.pdf>
- Centre de toxicomanies et de santé mentale. (2012b). *Comprendre les médicaments psychotropes-Les benzodiazépines*. <https://www.camh.ca/-/media/files/guides-and-publications-french/upm-benzodiazepines-fr.pdf>
- Charlin, B., Gagnon, R., Kazi-Tani, D., et Thivierge, R. (2005). Le test de concordance comme outil d'évaluation en ligne du raisonnement des professionnels en situation d'incertitude. *Revue internationale des technologies en pédagogie universitaire*, 2(2), 22–27. <https://doi.org/10.18162/ritpu.2005.79>
- Cleghorn, E. (2021). *Unwell women: misdiagnosis and myth in a man-made world*. New York: Dutton. p.1-15.
- Cœur et AVC. (2018a). *Bulletin du cœur 2018 de Cœur et AVC -Les Incomprises : Un système mal équipé pour diagnostiquer, traiter et soutenir la santé cardiaque des femmes*. http://www.coeuretavc.ca/-/media/pdf-files/canada/2018-heart-month/hs_2018-heart-report_fr.ashx

- Cœur et AVC. (2018b). *Bulletin sur AVC 2018-Des vies perturbées: l'AVC chez les femmes*. <https://heartstrokeprod.azureedge.net/-/media/pdf-files/canada/stroke-report/bulletinavc2018.ashx?la=fr-ca&rev=583abc68b0c1412bb558da287b168b4e>
- Cœur et AVC. (2019,24 octobre). *Il est temps de transformer la santé cardiaque et cérébrale des femmes*. <https://www.coeuretavc.ca/femmes/sante-cardiovasculaire-des-femmes>
- Cœur et AVC. (2022a). *Électrocardiogramme (ECG)*. <https://www.coeuretavc.ca/maladies-du-coeur/tests/%C3%A9lectrocardiogramme>
- Cœur et AVC (2022b). *Le syndrome du QT long*. https://www.coeuretavc.ca/maladies-du-coeur/problemes-de-sante/syndrome-du-qt-long?_ga=2.172570913.345348365.1645500067-342743592.1645500067
- Cœur et AVC. (2022c). *Scintigraphie avec thallium ou avec Cardiolite*. https://www.coeuretavc.ca/maladies-du-coeur/tests/scintigraphie-avec-thallium-ou-cardiolite?_ga=2.114376903.1949949327.1645839540-342743592.1645500067
- Cœur et AVC. (2022d). *Signes d'urgence-les signes d'une crise cardiaque*. <https://www.coeuretavc.ca/maladies-du-coeur/signes-d-urgence>
- Cœur et AVC. (2022e). *Valvulopathie*. <https://www.coeuretavc.ca/maladies-du-coeur/problemes-de-sante/valvulopathie>
- Comité de gestion de la taxe scolaire de l'île de Montréal. (2018). *Carte de la défavorisation 2018*. https://www.cgtsim.qc.ca/wp-content/uploads/2021/06/Guide_carte_defavorisation_2018_FR.pdf

Commission de l'éthique en science et en technologie. (s.d.). *Définition :Médicaments psychotropes*. <https://www.ethique.gouv.qc.ca/fr/ethique/ethique-science-et-technologie/definition-medicaments-psychotropes/>

Collins, P., et Wenger, N. K. (2005). *Women & heart disease (Second edition. ed.)*. London: Taylor & Francis.

Corriveau, P., Perreault, I., Cauchie, J.-F., et Lyonnais, A. (2016). Le suicide dans les enquêtes du coroner au Québec entre 1763 et 1986 : un projet de recherche inédit. *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 69(4), 71-86. doi:10.7202/1036515ar

Crich, A. (2012, 30 mai). *Rapport d'investigation du coroner* (publication no A-311587). Bureau du coroner du Québec.

Daigle, J.-M. (2006). *Les maladies du cœur et les maladies vasculaires cérébrales : Prévalence, morbidité et mortalité au Québec*. Institut national de santé publique du Québec. (Rapport en ligne). <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/590-maladiescoeursvasculairescerebrales.pdf>

Dandavino, A.-H. (2006, 9 avril). *Rapport d'investigation du coroner* (publication no A-154625). Bureau du coroner du Québec.

Dandavino, A.-H. (2018, 21décembre). *Rapport d'investigation du coroner* (publication no 2016-03284). Bureau du coroner du Québec.

Daoust-Boisvert, A. (2016, 27 avril). Disparités importantes de l'accès à un médecin de famille. *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com/societe/sante/469279/disparites-importantes-de-l-acces-a-un-medecin-de-famille>

- Dempsey, S. J., Dracup, K., et Moser, D. K. (1995). Women's decision to seek care for symptoms of acute myocardial infarction. *Heart Lung*, 24(6), 444-456.
- Dennison Himmelfarb, C. R., et Hayman, L. L. (2016). Reducing disparities in heart disease treatment and outcomes among women: A call to action. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 31(5), 384-386. doi:10.1097/JCN.0000000000000361
- Déry, P. (2019, 21 août). *Urgences – Moins de patients, plus d'attente*.
<https://www.iedm.org/fr/90575-urgences-moins-de-patients-plus-dattente/>
- DesJardin, J. T., Chikwe, J., Hahn, R. T., Hung, J. W. et Delling, F. N. (2022). Sex differences and similarities in valvular heart disease. *Circulation Research*, 130(4), 455–473. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.121.319914>
- Dionne, P. G. (2002, 20 décembre). *Rapport d'investigation du coroner* (publication no A-143819). Bureau du coroner du Québec.
- Dionne, P. G. (2005, 19 avril). *Rapport d'investigation du coroner* (publication no A-156212). Bureau du coroner du Québec.
- Dionne, P. G. (2006, 31 janvier). *Rapport d'investigation du coroner* (publication no A-155893). Bureau du coroner du Québec.
- Dionne, P. G. (2008, 18 janvier). *Rapport d'investigation du coroner* (publication no A-303599). Bureau du coroner du Québec.
- Eckel, R. H., et Krauss, R. M. (1998). American Heart Association call to action: obesity as a major risk factor for coronary heart disease. *AHA Nutrition Committee. Circulation*, 97(21), 2099-2100. doi:10.1161/01.cir.97.21.2099

- Emslie, C. et Hunt, K. (2009). “Live to work” or “work to live”? A qualitative study of gender and work-life balance among men and women in mid-life. *Gender, Work, and Organization*, 16(1), 151–172. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0432.2008.00434.x>
- Evans, R. G., et Stoddart, G. L. (1990). Producing health, consuming health care. *Social science & medicine* (1982), 31(12), 1347–1363. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(90\)90074-3](https://doi.org/10.1016/0277-9536(90)90074-3)
- Faculté de médecine de l’Université Laval. (2022,16 février). *Prendre soin du coeur des femmes! Comprendre et prévenir les maladies cardiovasculaires* [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=T9k-jwSQ7x0>
- Favreau, L. (2002). *Rapport de recherche sur la Pauvreté urbaine dans l’Outaouais métropolitain : Relancer l’emploi et l’économie des quartiers en difficulté de Buckingham, Gatineau et de Hull par le développement économique communautaire*. Université du Québec en Outaouais.p.45
http://w3.uqo.ca/crdc/00_fichiers/publications/cahiers/RR4.pdf
- Fawcett, J., et Desanto-Madeya, S. (2012). *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories*. FA Davis.
- Fawcett, J., et Ellenbecker, C. H. (2015). A proposed conceptual model of nursing and population health. *Nursing outlook*, 63(3), 288-298.
[doi:10.1016/j.outlook.2015.01.009](https://doi.org/10.1016/j.outlook.2015.01.009)
- Ferland, M. (2004, 15 novembre). *Rapport d’investigation du coroner* (publication no A-152173). Bureau du coroner du Québec.

- Ferland, M. (2005, 6 mars). *Rapport d'investigation du coroner* (publication no A-152200). Bureau du coroner du Québec.
- Ferland, M. (2005, 13 mars). *Rapport d'investigation du coroner* (publication no A-152184). Bureau du coroner du Québec.
- Ferland, M. (2005, 22 avril). *Rapport d'investigation du coroner* (publication no A-156251). Bureau du coroner du Québec.
- Ferland, M. (2007, 7 mars). *Rapport d'investigation du coroner* (publication no A-302293). Bureau du coroner du Québec.
- Ferland, M. (2008, 10 février). *Rapport d'investigation du coroner* (publication no A-302352). Bureau du coroner du Québec.
- Ferland, M. (2010, 8 août). *Rapport d'investigation du coroner* (publication no A-307001). Bureau du coroner du Québec.
- Finnegan, J. R., Meischke, H., Zapka, J. G., Leviton, L., Meshack, A., Benjamin-Garner, R., . . . Stone, E. (2000). Patient delay in seeking care for heart attack symptoms: findings from focus groups conducted in five U.S. regions. *Preventive medicine*, 31(3), 205-213. doi:10.1006/pmed.2000.0702
- Fishman, J., Wick, J., et Koenig, B. (1999). The use of “sex” and “gender” to define and characterize meaningful differences between men and women: Agenda for research on women’s health for the 21st century. Bethesda: NIH Publication No. 99-4385

- Fontaine, G., Maheu-Cadotte, M., Mailhot, T., Laflamme, K., Lavoie, P., et Heppell, S. (2018). Syndrome coronarien aigu et rôle de l'infirmière dans le continuum de soins. Deuxième partie. La prévention secondaire. *Perspective infirmière : revue officielle de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*, 15, 44-52.
- Fortier, P. (2010, 25 août). *Rapport d'investigation du coroner* (publication no A-174203). Bureau du coroner du Québec.
- Fortin, M.-F., et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche Méthodes quantitatives et qualitatives (3rd ed.)*. Montréal, Canada: Chenelière Éducation
- Frich, J. C., Malterud, K., et Fugelli, P. (2007). How do patients at risk portray candidates for coronary heart disease? A qualitative interview study. *Scandinavian journal of primary health care*, 25(2), 112-116. doi:10.1080/02813430601183215
- Gagnon, K., et Lévesque, F. (2019, 9 septembre). L'hôpital des erreurs. *La Presse*.
<https://www.lapresse.ca/actualites/enquetes/2019-09-09/l-hopital-des-erreurs>
- Gamache, S. (2016, 19 juillet). *Rapport d'investigation du coroner* (publication no A-172900). Bureau du coroner du Québec.
- Gamache, S. (2017, 17 octobre). *Rapport d'investigation du coroner* (publication no174105). Bureau du coroner du Québec.
- Gamache, S. (2018, 25 février). *Rapport d'investigation du coroner* (publication no174274). Bureau du coroner du Québec.
- Garcia-Dia, M. J., DiNapoli, J. M., Garcia-Ona, L., Jakubowski, R., et O'Flaherty, D. (2013). Concept analysis: resilience. *Archives of psychiatric nursing*, 27(6), 264–270. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2013.07.003>

- Garcia, L. M., Mulvagh, N. S., Bairey Merz, E. C., Buring, E. J., et Manson, E. J. (2016). Cardiovascular disease in women: Clinical perspectives. *Circulation Research*, 118(8), 1273-1293. doi:10.1161/CIRCRESAHA.116.307547
- Gaudreau, V. (2016, 2 juin). Urgences: le Québec a le pire temps d'attente en Occident. *Le Soleil*. <https://www.lesoleil.com/2016/06/02/urgences-le-quebec-a-le-pire-temps-dattente-en-occident-66cfbc86145d199fe436656752534927?nor=true>
- Gauthier, C. (2011). Évaluation de l'impact de l'implantation de la méthode Lean sur la performance des salles d'urgence du Québec 9 (publication n° MR83360) [mémoire de maîtrise, Université du Québec à Trois-Rivières]. Bibliothèque et Archives Canada. https://central.bac-lac.gc.ca/.item?id=MR83360&op=pdf&app=Library&is_thesis=1&oclc_number=833552578
- Gauthier, R. (2017, 30 mai). *Rapport d'investigation du coroner* (publication no A-173149). Bureau du coroner du Québec.
- Gaxet, P. (27 mai 2021). Le décès de Joyce Echaquan pourrait être lié à une maladie cardiaque rare. *Journal Métro*. <https://journalmetro.com/actualites/national/2644835/le-deces-de-joyce-echaquan-pourrait-etre-lie-a-une-maladie-cardiaque-rare/>
- Glasgow, G. H. H. (2004). The campaign for medical coroners in nineteenth-century England and its aftermath: a Lancashire focus on failure. Part II. *Mortality (Abingdon, England)*, 9(3), 223-234. <https://doi.org/10.1080/13576270412331311695>

- Goldsworthy, C. (2016). Genetic testing for sudden arrhythmic death syndrome and the coroners' system of england and wales). [thèse de doctorat, Cardiff University]. ProQuest. <https://ethos.bl.uk/OrderDetails.do?uin=uk.bl.ethos.704917>
- Gooding, H. C., Brown, C. A., Revette, A. C., Vaccarino, V., Liu, J., Patterson, S., Stamoulis, C., et de Ferranti, S. D. (2020). Young Women's Perceptions of Heart Disease Risk. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 67(5), 708–713. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.05.010>
- Goudreau, S. (2010, 26 janvier). *Rapport d'investigation du coroner* (publication no A-166181). Bureau du coroner du Québec
- Graves, M., Howse, K., Pudwell, J., et Smith, G. N. (2019). Pregnancy-related cardiovascular risk indicators: Primary care approach to postpartum management and prevention of future disease. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 65(12), 883.
- Gresy, B., Piet, E., Vidal, E., Salle, C., Niosi, M. et Gardais, N. (2020, 4 novembre). *Prendre en compte le sexe et le genre pour mieux soigner : un enjeu de santé publique* (Publication n°2020-11-04). Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes. https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_sexe_genre_soigner-v9.pdf
- Gyberg, A., Björck, L., Nielsen, S., Määttä, S., et Falk, K. (2016). Women's help-seeking behaviour during a first acute myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 30(4), 670-677. doi:10.1111/scs.12286

Haut-commissariat des droits humains. (2022). *Stéréotypes liés au genre*.

<https://www.ohchr.org/fr/women/gender-stereotyping#:~:text=Un%20st%C3%A9r%C3%A9otype%20li%C3%A9%20au%20genre%20d%C3%A9signe%20le%20fait%20de%20pr%C3%A9ter,des%20femmes%20ou%20des%20hommes>.

Hewner, S., Casucci, S., et Castner, J. (2016). The roles of chronic disease complexity, health system integration, and care management in post-discharge healthcare utilization in a low-income population. *Research in nursing & health*, 39(4), 215–228. <https://doi.org/10.1002/nur.21731>

Hird, M. J., Yoshizawa, R. S., Robinson, S., Smith, G., et Walker, M. (2017). Risk for cardiovascular disease after pre-eclampsia: differences in Canadian women and healthcare provider perspectives on knowledge sharing. *Health sociology review*, 26(2), 128-142. doi:10.1080/14461242.2016.1181981

Holloway, I., et Wheeler, S. (2010). *Qualitative research in nursing and healthcare* (3rd ed.). Chichester, West Sussex, U.K. : Wiley-Blackwell.

Houde, M. (2009, 3 juillet). *Rapport d'investigation du coroner* (publication no A-163857). Bureau du coroner du Québec.

Institut de cardiologie de l'Université de Montréal. (2022). *Cholestérol et dyslipidémie*. <https://www.icm-mhi.org/fr/cholesterol-et-dyslipidemie#:~:text=Un%20taux%20%C3%A9lev%C3%A9%20de%20triglyc%C3%A9rides,le%20diab%C3%A8te%20de%20type%202>.

Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa. (2014, juin). *Bienfaits et risques liés aux statines*. <https://www.ottawaheart.ca/fr/the-beat/2014/06/23/bienfaits-et-risques-li%C3%A9s-aux-statines>

Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa. (2022a). *Antécédents familiaux*. <https://pwc.ottawaheart.ca/fr/educatives/education-en-sante-cardiaque/les-facteurs-de-risque/antecedents-familiaux>

Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa. (2022b). *La crise cardiaque*. <https://www.ottawaheart.ca/fr/maladie-du-c%C5%93ur/la-crise-cardiaque>

Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa. (2022c). *Les arythmies (anomalies du rythme cardiaque)*. <https://www.ottawaheart.ca/fr/maladie-du-c%C5%93ur/les-arythmies-anomalies-du-rythme-cardiaque>

Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa. (2022d). *Les femmes et la maladie de cœur*. <https://ottawaheart.ca/fr/patients-et-visiteurs/outils-et-ressources/bien-vivre-avec-la-maladie-du-c%C5%93ur/les-femmes-et-la>

Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa. (2022e). *L'hypercholestérolémie et hypertriglycéridémie*. <https://www.ottawaheart.ca/fr/maladie-du-c%C5%93ur/lhypercholest%C3%A9rol%C3%A9mie-et-hypertriglyc%C3%A9rid%C3%A9mie>

Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa. (2022f). *Maladie coronarienne (Athérosclérose)*. <https://www.ottawaheart.ca/fr/maladie-du-c%C5%93ur/maladie-coronarienne-ath%C3%A9roscl%C3%A9rose>

Institut de la santé des femmes et des hommes des Instituts de recherche en santé du Canada. (2019). *Intégrer le sexe et le genre pour améliorer la recherche. Plan stratégique 2018- 2023*.

https://publications.gc.ca/collections/collection_2019/irsc-cihr/MR4-32-2018-fra.pdf

Institut de la statistique du Québec. (2017, 7 décembre). *Le bilan démographique du Québec Édition 2017*. <https://statistique.quebec.ca/en/fichier/le-bilan-demographique-du-quebec-edition-2017.pdf>

Institut de la statistique du Québec. (2022, 13 janvier). *Estimations de la population des régions administratives selon l'âge et le sexe, âge médian et âge moyen, Québec, 1^{er} juillet 1996 à 2021*. https://statistique.quebec.ca/fr/document/population-et-structure-par-age-et-sexe-regions-administratives/tableau/estimations-population-regions-administratives-selon-age-sexe-age-median-age-moyen#tri_tertr=01&tri_pop=10

Institut de recherches en santé du Canada. (2015, 17 juin). *Définition de sexe et de genre*. <https://cihr-irsc.gc.ca/f/47830.html>

Institut de recherches en santé du Canada. (2021, 8 juin). *Le sexe, le genre et la recherche en santé*. <https://cihr-irsc.gc.ca/f/50833.html>

Institut national de la recherche scientifique. (s.d.). *Inclusivement vôtres! Guide de rédaction inclusive*. <https://inrs.ca/wp-content/uploads/2021/03/Guide-redaction-inclusive-inrs-vf.pdf>

- Isiadinso, I., et Shaw, L. J. (2016). Diagnosis and risk stratification of women with stable ischemic heart disease. *Journal of Nuclear Cardiology*, 23(5), 986-990.
doi:10.1007/s12350-016-0606-0
- John, A., Mahnke, A. et Prasad, S. (2005). The role of CMR and PET in women. Dans Collins, P. et Wenger, N. K. (dir.), *Women and Heart Disease* (2e éd., p.165-166). Taylor & Francis. <https://doi.org/10.3109/9780203640340>
- Johnson, J.L., Greaves, L., et Repta, R. (2007). Science with sex and gender A primer for health research. https://cewh.ca/wp-content/uploads/2012/05/2007_BetterSciencewithSexandGenderPrimerforHealthResearch.pdf
- Johnson, J.L., Greaves, L., et Repta, R. (2009). Better science with sex and gender: Facilitating the use of a sex and gender-based analysis in health research. *International Journal for Equity in Health*, 8(1), 14–14
. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-8-14>
- Jones, C., Medlen, N., Merlo, C., Robertson, M., et Shepherdson, J. (1999). The Lean Enterprise. *BT Technology Journal*, 17(4), 15.
- Kamel, G. (2021, 8 septembre). *Rapport d'enquête* (publication no 2020-00275)
https://www.coroner.gouv.qc.ca/fileadmin/Enquetes_publicques/2020-EP00275-9.pdf
- Kandasamy, S., et Anand, S.S. (2018). Cardiovascular Disease Among Women From Vulnerable Populations: A Review. *Canadian Journal of Cardiology*, 34(4), 450-457. doi:10.1016/j.cjca.2018.01.017

- Karmali, K. N., Lloyd-Jones, D. M., Berendsen, M. A., Goff, D. C., Sanghavi, D. M., Brown, N. C., . . . Huffman, M. D. (2016). Drugs for primary prevention of atherosclerotic cardiovascular disease: An overview of systematic reviews. *JAMA Cardiology*, 1(3), 341-349. doi:10.1001/jamacardio.2016.0218
- Keefe, J., Andrew, M., Fancey, P., et Hall, M. (2006, 15 mai). A Profile of Social Isolation in Canada. Province of British Columbia and Mount Saint Vincent University. https://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2006/keefe_social_isolation_final_report_may_2006.pdf
- Khot, U. N., Khot, M. B., Bajzer, C. T., Sapp, S. K., Ohman, E. M., Brener, S. J., . . . Topol, E. J. (2003). Prevalence of conventional risk factors in patients with coronary heart disease. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 290(7), 898-904. doi:10.1001/jama.290.7.898
- Kindig, D., et Stoddart, G. (2003). What is population health?. *American Journal of Public Health*, 93(3), 380–383. <https://doi.org/10.2105/ajph.93.3.380>
- King, K. M., et Paul, P. (1996). A historical review of the depiction of women in cardiovascular literature. *Western Journal of Nursing Research*, 18(1), 89-101. doi:10.1177/019394599601800107
- Kreatsoulas, C., et Anand, S. S. (2010). *The impact of social determinants on cardiovascular disease*. *Canadian Journal of Cardiology*, 26 Suppl C, 8C-13C. doi:10.1016/s0828-282x(10)71075-8
- Lachapelle, J. (2007, 30 mai). *Rapport d'investigation du coroner* (publication no 302621). Bureau du coroner du Québec.

- Langelier, D. (2019, 16 juillet). *Rapport d'investigation du coroner concernant le décès de Mireille Deveau* (publication no 2017-05765). Bureau du coroner du Québec.
- Lapierre, I. (2018). Maladies du cœur les femmes en meurent elles aussi. *La Presse*.
<https://www.lapresse.ca/vivre/sante/femmes/201804/03/01-5159612-maladies-du-coeur-les-femmes-en-meurent-elles-aussi.php>
- La Presse Canadienne. (2013). *La crise cardiaque chez les jeunes femmes peut arriver sans douleur thoracique*. <https://www.lapresse.ca/vivre/sante/201309/17/01-4690081-la-crise-cardiaque-chez-les-jeunes-femmes-peut-arriver-sans-douleur-thoracique.php#>
- Larocque, R. (2005, 2 mai). *Rapport d'investigation du coroner* (publication no A-152771). Bureau du coroner du Québec
- Lefrançois, B. (2004, 19 novembre). *Rapport d'investigation du coroner* (publication no A-149216). Bureau du coroner du Québec.
- Lefrançois, B. (2009, 28 janvier). *Rapport d'investigation du coroner* (publication no A-168454). Bureau du coroner du Québec.
- Lepage, G. (2018, 31 juillet). Femmes et aînés, les oubliés des essais cliniques sur les maladies du cœur. *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com/societe/533525/les-invisibles-des-essais-cliniques>
- Lessard, R. et Tésio, S. (2008). Les enquêtes des coroners du district de Québec, 1765-1930 : une source en histoire médicale et sociale canadienne, *CBMH/BCHM*, Vol. 25, N 2, pp.433-460. <http://www.cbmh.ca/index.php/cbmh/article/view/990/985>.

- Lévesque, F. et Gagnon, K. (2020, 17 mai). Grande enquête L'hôpital des erreurs. *La Presse*. https://plus.lapresse.ca/screens/0c324b32-2f55-450e-b570-71e84a967f46__7C__0.html
- Lichtman, J. H., Leifheit-Limson, E. C., Watanabe, E., Allen, N. B., Garavalia, B., Garavalia, L. S., . . . Curry, L. A. (2015). Symptom recognition and healthcare experiences of young women with acute myocardial infarction. *Circulation Cardiovascular Quality and Outcomes*, 8(2 Suppl 1), S31-38.
doi:10.1161/CIRCOUTCOMES.114.001612
- Liendle, M. (2012). *Vulnérabilité*. Dans : Monique Formarier éd., Les concepts en sciences infirmières: 2ème édition (pp. 304-306). Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers. <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0304>
- Lockyer, L., et Bury, M. (2002). The construction of a modern epidemic: the implications for women of the gendering of coronary heart disease. *Journal of Advanced Nursing*, 39(5), 432–440. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02308.x>
- Lord, H. (2010, 28 janvier). *Rapport d'investigation du coroner* (publication no A-171543). Bureau du coroner du Québec.
- Lord, H. (2010, 1 février). *Rapport d'investigation du coroner* (publication no A-171517). Bureau du coroner du Québec.
- Low, C. A., Thurston, R. C., et Matthews, K. A. (2010). Psychosocial factors in the development of heart disease in women: current research and future directions. *Psychosomatic Medicine*, 72(9), 842-854.
doi:10.1097/PSY.0b013e3181f6934f

- Maas, A. H. et Appelman, Y. E. (2010). Gender differences in coronary heart disease. *Netherlands heart journal : monthly journal of the Netherlands Society of Cardiology and the Netherlands Heart Foundation*, 18(12), 598–602.
<https://doi.org/10.1007/s12471-010-0841-y>
- Malouin, J-L. (2007, 8 novembre). *Rapport d'investigation du coroner* (publication no A-155768). Bureau du coroner du Québec.
- Malouin, J-L. (2008, 12 août). *Rapport d'investigation du coroner* (publication no A-306128). Bureau du coroner du Québec.
- Mancini, G. B., Gosselin, G., Chow, B., Kostuk, W., Stone, J., Yvorchuk, K. J., . . . Society, C. C. (2014). Canadian cardiovascular society guidelines for the diagnosis and management of stable ischemic heart disease. *Canadian Journal of Cardiology*, 30(8), 837-849. doi:10.1016/j.cjca.2014.05.013
- Marin, S. (2019). Risques cardiovasculaires pour les jeunes femmes. *La Presse*.
https://www.lapresse.ca/sciences/medecine/201902/11/01-5214292-risques-cardiovasculaires-pour-les-jeunes-femmes.php?fbclid=IwAR1zdiVEApIEhxS2JHVevWuKnEov7sbmWh3rEnRYZJpxz2ADwQJyt_cBQ20
- McKinley, S., Moser, D. K., et Dracup, K. (2000). Treatment-seeking behavior for acute myocardial infarction symptoms in North America and Australia. *Heart & Lung*, 29(4), 237-247. doi:10.1067/mhl.2000.106940
- McCormick, K. M., et Bunting, S. M. (2002). Application of feminist theory in nursing research: the case of women and cardiovascular disease. *Health Care Women International*, 23(8), 820-834. doi:10.1080/07399330290112344

McDonnell, L. A., Pipe, A. L., Westcott, C., Perron, S., Younger-Lewis, D., Elias, N., . . .

Reid, R. D. (2014). Perceived vs actual knowledge and risk of heart disease in women: findings from a Canadian survey on heart health awareness, attitudes, and lifestyle. *Canadian Journal of Cardiology*, 30(7), 827-834.

doi:10.1016/j.cjca.2014.05.007

McMahon, S., et Fleury, J. (2012). Wellness in older adults: A concept analysis. *Nursing Forum (Hillsdale)*, 47(1), 39–51. [https://doi.org/10.1111/j.1744-](https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2011.00254.x)

6198.2011.00254.x

Mercier, J. (2017, 7 novembre). Quitter L'urgence sans voir un médecin. *Le Droit*.

[https://www.ledroit.com/2017/11/08/quitter-lurgence-sans-voir-un-medecin-](https://www.ledroit.com/2017/11/08/quitter-lurgence-sans-voir-un-medecin-16082844bcb60dbdbdfb1ae0ca633339)
16082844bcb60dbdbdfb1ae0ca633339

Merkatz, R. B. (1998). Inclusion of women in clinical trials: A historical overview of scientific ethical and legal issues. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 27(1), 78-84. doi:10.1111/j.1552-6909.1998.tb02594.x

Michel, L. (2017). Le rapport du coroner du Québec: Un discours complexe de déresponsabilisation policière sur les décès causés par le SPVM. [thèse de maîtrise, Université d'Ottawa]. Recherche UO. [http://dx.doi.org/10.20381/ruor-](http://dx.doi.org/10.20381/ruor-20254)
20254

Miklaucich, M. (1998). Limitations on life: women's lived experiences of angina. *Journal of Advanced Nursing*, 28(6), 1207-1215. doi:10.1046/j.1365-2648.1998.00828.x

Miles, M. B., et Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2e éd).

Belgique, Bruxelles : De Boeck Supérieur.

- Milhomme, D. (2011). *L'intervalle QT un indice de dangerosité. Sauriez-vous le calculer?*. https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/publications/perspective_infirmieres/2011_vol08_n04/14_Intervalle-QT.pdf
- Miller, C. L., et Kollauf, C. R. (2002). Evolution of information on women and heart disease 1957-2000: A review of archival records and secular literature. *Heart & Lung*, 31(4), 253-261.
- Miller C. L. (2002). A review of symptoms of coronary artery disease in women. *Journal of Advanced Nursing*, 39(1), 17–23. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02237.x>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2020). *Santé et bien-être des femmes 2020-2024 (publication no 978-2-550-88255-8) La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.* <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-730-01W.pdf>
- Miracle, A. V. (2010). Coronary artery disease in women: The myth still exists, unfortunately. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 29(5), 215-221. doi:10.1097/DCC.0b013e3181ec3731
- Moore, L. C., Kimble, L. P., et Minick, P. (2010). Perceptions of cardiac risk factors and risk-reduction behavior in women with known coronary heart disease. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 25(6), 433-443. doi:10.1097/JCN.0b013e3181defd58

- Mosca, L., Hammond, G., Mochari-Greenberger, H., Towfighi, A., Albert, M. A., et al. American Heart Association Cardiovascular Disease and Stroke in Women and Special Populations Committee of the Council on Clinical Cardiology, C. o. E. a. P., Council on Cardiovascular Nursing, C.uncil on High Bloo. (2013). Fifteen-year trends in awareness of heart disease in women: results of a 2012 American Heart Association national survey. *Circulation*, 127(11), 1254-1263, e1251-1229. doi:10.1161/CIR.0b013e318287cf2f
- Moser, D. K., McKinley, S., Dracup, K., et Chung, M. L. (2005). Gender differences in reasons patients delay in seeking treatment for acute myocardial infarction symptoms. *Patient education and counseling*, 56(1), 45-54. doi:10.1016/j.pec.2003.11.011
- Mulvagh, S. L., Mullen, K. A., Nerenberg, K. A., Kirkham, A. A., Green, C. R., Dhukai, A. R., Grewal, J., Hardy, M., Harvey, P. J., Ahmed, S. B., Hart, D., Levinsson, A., Parry, M., Foulds, H., Pacheco, C., Dumanski, S. M., Smith, G., et Norris, C. M. (2021). The Canadian women's heart health alliance atlas on the epidemiology, diagnosis, and management of cardiovascular disease in women - chapter 4: sex- and gender-unique disparities: CVD across the lifespan of a woman. *CJC open*, 4(2), 115–132. <https://doi.org/10.1016/j.cjco.2021.09.013>
- Nanna, M. G., Wang, T. Y., Xiang, Q., Goldberg, A. C., Robinson, J. G., Roger, V. L., . . . Navar, A. M. (2019). Sex differences in the use of statins in community practice. *Circulation. Cardiovascular Quality Outcomes*, 12(8), e005562. doi:10.1161/CIRCOUTCOMES.118.005562

National Center for Biotechnology Information. (2022a). *PubChem compound summary for CID 2481, Butalbital*. Repéré le 5 juin 2022

de <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/Butalbital>.

National Center for Biotechnology Information. (2022b). *PubChem compound summary for CID 162180, Desmethylocitalopram*. Repéré le 5 juin 2022

de <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/Desmethylocitalopram>.

Nedelman. M. (2017,14 février). For decades, women had heart attacks in silence. *CNN*.

<https://www.cnn.com/2017/02/10/health/women-heart-attack-research/index.html>

Nguyen, H. L., Saczynski, J. S., Gore, J. M., et Goldberg, R. J. (2010). Age and sex differences in duration of prehospital delay in patients with acute myocardial infarction: a systematic review. *Circulation Cardiovascular Quality Outcomes*, 3(1), 82-92. doi:10.1161/CIRCOUTCOMES.109.884361

Norris, T. L., et Aiken, M. (2006). Personal access to health care: a concept analysis. *Public health nursing (Boston, Mass.)*, 23(1), 59–66.

<https://doi.org/10.1111/j.0737-1209.2006.230109.x>

Norris, C. M., Tannenbaum, C., Pilote, L., Wong, G., Cantor, W. J., et McMurtry, M. S. (2019). Systematic incorporation of sex-specific information into clinical practice guidelines for the management of ST -segment-elevation myocardial infarction: feasibility and outcomes. *Journal of the American Heart Association*, 8(7), e011597-e011597. doi:10.1161/JAHA.118.011597

- Norris, C. M., Yip, C. Y. Y., Nerenberg, K. A., Clavel, M. A., Pacheco, C., Foulds, H. J. A., . . . Mulvagh, S. L. (2020). State of the science in women's cardiovascular disease: A Canadian perspective on the influence of sex and gender. *Journal of the American Heart Association: Cardiovascular and Cerebrovascular Disease*, 9(4). doi:10.1161/JAHA.119.015634
- Oliffe, J. L., et Greaves, L. (2012). Designing and conducting gender, sex, et health research. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- O'Neil, A., Fisher, A. J., Kibbey, K. J., Jacka, F. N., Kotowicz, M. A., Williams, L. J., . . . Pasco, J. A. (2016). Depression is a risk factor for incident coronary heart disease in women: An 18-year longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 196, 117-124. doi:10.1016/j.jad.2016.02.029
- O'Neil, A., Scovelle, A. J., Milner, A. J., et Kavanagh, A. (2018). Gender/sex as a social determinant of cardiovascular risk. *Circulation (New York, N.Y.)*, 137(8), 854-864. doi:10.1161/circulationaha.117.028595
- Orem, Taylor, S. G., et Renpenning, K. M. (2001). *Nursing: concepts of practice* (6th ed.). Mosby.
- Organisation mondiale de la Santé. (2017, 17 mai). *Maladies cardiovasculaires*. [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- Pacheco, C., Quesada, O., Pepine, C. J., et Bairey Merz, C. N. (2018). Why names matter for women: MINOCA/INOCA (myocardial infarction/ischemia and no obstructive coronary artery disease). *Clinical Cardiology*, 41(2), 185-193. doi:10.1002/clc.22894

Pacheco, C., Mullen, K.-A., Coutinho, T., Jaffer, S., Parry, M., Van Spall, H. G. C., . . .

Mulvagh, S. L. (2022). The Canadian women's heart health alliance atlas on the epidemiology, diagnosis, and management of cardiovascular disease in women — Chapter 5: sex- and gender-unique manifestations of cardiovascular disease. *CJC open (Online)*, 4(3), 243-262. doi:10.1016/j.cjco.2021.11.006

Pagidipati, N., et Douglas, P.S. (2020, 5 novembre). Management of coronary heart disease in women. *UpToDate*. Repéré le 2022, 28 mai à <https://www.uptodate.com/contents/management-of-coronary-heart-disease-in-women?source=bookmarks>

Pelletier, R., Khan, N. A., Cox, J., Daskalopoulou, S. S., Eisenberg, M. J., Bacon, S. L., . . . Investigators, G.-P. (2016). Sex versus gender-related characteristics: Which predicts outcome after acute coronary syndrome in the young? *Journal of the American College of Cardiology*, 67(2), 127-135. doi:10.1016/j.jacc.2015.10.067

Pfefferkorn, R. (2016). *Genre et rapports sociaux de sexe*. (3e éd.). Syllepse.

Pignone, M. (23 mai 2022). Management of elevated low density lipoprotein-cholesterol (LDL-C) in primary prevention of cardiovascular disease. *UpToDate*. Repéré le 28 mai 2022 à <https://www.uptodate.com/contents/management-of-elevated-low-density-lipoprotein-cholesterol-ldl-c-in-primary-prevention-of-cardiovascular-disease?source=bookmarks>

Pinault, M. (2011, 30 août). *Rapport d'investigation du coroner* (publication no A-175604). Bureau du coroner du Québec.

Pinault, M. (2014, 9 septembre). *Rapport d'investigation du coroner* (publication no A-178880). Bureau du coroner du Québec.

- Pinault, M. (2015, 18 juin). *Rapport d'investigation du coroner* (publication no A-178897). Bureau du coroner du Québec.
- Plotnikoff, R. C., Hugo, K., et Cousineau, N. (2001). Heart disease risk factor prevalence and profiles in a randomized community sample of Canadian women. *Canadian Journal of Public Health*, 92(2), 121-126.
- Porter, I. (2020, 11 septembre). 100 000 Québécois de plus sur la liste d'attente pour un médecin de famille. *Le Devoir*.
<https://www.ledevoir.com/societe/sante/585781/medecin-de-famille-100-000-quebecois-de-plus-sur-la-liste-d-attente>
- Power, N., Deschênes, S. S., Ferri, F., et Schmitz, N. (2020). Job strain and the incidence of heart diseases: A prospective community study in Quebec, Canada. *Journal of Psychosomatic Research*, 139, 110268. doi:10.1016/j.jpsychores.2020.110268
- Prince, S.A., Comber, L., Turek, M., Ives, S., Coutinho, T., Pipe, A. L., Reid, R. D., et McDonnell, L. (2017). Charting the course for women's heart health in Canada: Recommendations from the first Canadian women's heart health summit. *Canadian Journal of Cardiology*, 33(6), 693–700.
<https://doi.org/10.1016/j.cjca.2017.04.009>
- Publications Québec. (2022, 1er février). *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès*. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/R-0.2>
- Pyle, G. (2019). *Pourquoi les maladies cardiaques tuent plus de femmes que d'hommes?* *Huffpost*. https://www.huffpost.com/archive/qc/entry/maladies-cardiaques-tuent-femmes-symptomes-differents-hommes-recherche-deficiente_a_23707260

- Radio-Canada. (2016, 26 août). *Gatineau : « une des pires urgences du monde occidental », selon un coroner*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/799510/urgences-hopital-gatineau-temps-attente-delai-pire-monde-occidental-rapport-coroner>
- Ramsey, J. (2009, 26 octobre). *Rapport d'investigation du coroner* (publication no A-304818). Bureau du coroner du Québec.
- Ramsey, J. (2010, 22 octobre). *Rapport d'investigation du coroner* (publication no A-308810). Bureau du coroner du Québec.
- Ray, J. G., Vermeulen, M. J., Schull, M. J., et Redelmeier, D. A. (2005). Cardiovascular health after maternal placental syndromes (CHAMPS): population-based retrospective cohort study. *The Lancet*, 366(9499), 1797-1803.
doi:10.1016/S0140-6736(05)67726-4
- Régime d'assurance maladie du Québec. (2017, 15 septembre). *Modifications apportées aux codes et aux catégories de problèmes de santé ainsi qu'aux groupes de vulnérabilité*.
<https://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/infolettres/2017/info171-7.pdf>
- Rosenon, R. S., Hayward, R. A., Lopez-Sendon, J. (2022, 1 avril). Management of low density lipoprotein cholesterol (LDL-C) in the secondary prevention of cardiovascular disease. *UpToDate*. Repéré le 28 mai 2022 à <https://www.uptodate.com/contents/management-of-low-density-lipoprotein-cholesterol-ldl-c-in-the-secondary-prevention-of-cardiovascular-disease>

- Roussel, R. (2018, 5 juin). *Rapport d'investigation du coroner* (publication no A-2017-04010). Bureau du coroner du Québec.
- Roy, L. J. (2011, 23 juin). *Rapport d'investigation du coroner* (publication no A-170688). Bureau du coroner du Québec.
- Rudel-Tessier, C. (2011, 29 novembre). *Rapport d'investigation du coroner* (publication no A-316158). Bureau du coroner du Québec.
- Safford, M. M., Gamboa, C. M., Durant, R. W., Brown, T. M., Glasser, S. P., Shikany, J. M., . . . Muntner, P. (2015). Race-sex differences in the management of hyperlipidemia: the Reasons for geographic and racial differences in stroke study. *American Journal of Preventive Medicine*, 48(5), 520-527.
doi:10.1016/j.amepre.2014.10.025
- Sainton, G. (2015, 24 août). *Rapport d'investigation du coroner* (publication no A-327481). Bureau du coroner du Québec.
- Salle, M., et Vidal, C. (2017). *Femmes et santé, encore une affaire d'hommes? : penser la santé au prisme du sexe et du genre*. Paris: Belin. p.7-66.
- Samson, A. (2002, 12 novembre). *Rapport d'investigation du coroner* (publication no A-132691). Bureau du coroner du Québec
- Santé Canada. (1997, 27 mai). *Version finale de la directive sur l'Inclusion des femmes dans les essais cliniques*. https://publications.gc.ca/collections/collection_2013/sc-hc/H42-2-4-1997-1-fra.pdf
- Santé Canada. (2010, 24 juin). *Stratégie pour la santé des femmes*.
<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/a-propos-sante-canada/rapports-publications/strategie-sante-femmes.html#message>.

- Santé Canada. (2019, 26 septembre). *Le nomogramme de l'indice de masse corporelle (IMC)*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/saine-alimentation/poids-sante/lignes-directrices-classification-poids-chez-adultes/nomogramme-indice-masse-corporelle.html>
- Santé Canada. (2022, 29 mars). *Politique en matière d'Analyse comparative fondée sur le sexe et le genre Plus du portefeuille de la Santé : Promouvoir l'équité, la diversité et l'inclusion*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/rapports-gestion/portefeuille-sante-politique-matiere-d-analyse-comparative-fondee-sur-sexe-genre.html>.
- Santé Montréal. (2022, 4 juin). *Salle d'urgence- ce que vous devez savoir*. [https://santemontreal.qc.ca/population/informations-pratiques/comment-fonctionne-une-salle-durgence/#:~:text=Priorit%C3%A9%204%20\(P4\)%20%3A%20vous,signes%20d'infection%20urinaire\)](https://santemontreal.qc.ca/population/informations-pratiques/comment-fonctionne-une-salle-durgence/#:~:text=Priorit%C3%A9%204%20(P4)%20%3A%20vous,signes%20d'infection%20urinaire)).
- Schepper, B. et Hébert, G. (2021). *Portrait des inégalités d'accès aux services de santé en Outaouais. Institut de la recherche et d'informations sociodémographiques*. https://iris-recherche.qc.ca/publications/portrait-inegalites-acces-services-santeoutaouais/#Accessibilite_a_des_soins_de_sante_de_premiere_ligne
- Schoenberg, N. E., Peters, J. C., et Drew, E. M. (2003). Unraveling the mysteries of timing: women's perceptions about time to treatment for cardiac symptoms. *Social Science & Medicine*, 56(2), 271-284.

Shaikh, S. B., Jerrard, D. A., Witting, M. D., Winters, M. E., et Brodeur, M. N. (2012).

How long are patients willing to wait in the emergency department before leaving without being seen? *Western Journal of Emergency Medicine*, 13(6), 463-467.

doi:10.5811/westjem.2012.3.6895

Simons, M. et Alpert, J. S. (2022, 11 août). Acute coronary syndrome: Terminology and

classification. *Uptodate*. [https://www.uptodate.com/contents/acute-coronary-syndrome-terminology-and-classification?search=acute-coronary-syndrome-terminology-](https://www.uptodate.com/contents/acute-coronary-syndrome-terminology-and-classification?search=acute-coronary-syndrome-terminology-and%20classification&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)

[and%20classification&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/acute-coronary-syndrome-terminology-and-classification?search=acute-coronary-syndrome-terminology-and%20classification&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)

Smith, R., Frazer, K., Hyde, A., O'Connor, L. et Davidson, P. (2018). “Heart disease

never entered my head”: Women’s understanding of coronary heart disease risk factors. *Journal of Clinical Nursing*, 27(21-22), 3953–3967.

<https://doi.org/10.1111/jocn.14589>

Staples, E., Ray, S. L., et Hannon, R. A. (2017a). La voix de la pratique infirmière :

s’impliquer dans la transformation du système de santé. *Perspectives canadiennes de la pratique infirmière avancée*. (p. 290-291). Canada, Toronto :

Canadian Scholar Press.

Staples, E., Ray, S. L., et Hannon, R. A. (2017b). Tendances en éducation. *Perspectives*

canadiennes de la pratique infirmière avancée. (p. 331-332). Canada, Toronto :

Canadian Scholar Press.

- Statistiques Canada. (2022, 24 janvier). *Tableau 13-10-0801-01 Principales causes de décès, population totale (normalisation selon l'âge utilisant la population de 2011) [tableau de données]*.<https://doi.org/10.25318/1310080101-fra>
- Stiefel, M., et Nolan, K. (2012). *A guide to measuring the triple aim: Population health, experience of care, and per capita cost. IHI Innovation Series white paper*. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement.
<http://www.ihi.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/AGuidetoMeasuringTripleAim.aspx>
- Stoto, M. A. (2013, 21 février). *Population Health in the Affordable Care Act Era*.
<http://resource.nlm.nih.gov/101655439>
- Tairova, M. S., Graciolli, L. O., Tairova, O. S. et De Marchi, T. (2018). Analysis of cardiovascular disease risk factors in women. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 6(8). doi:10.3889/oamjms.2018.274.
- Tamis-Holland, J. E., et Jneid, H. (2018). Myocardial infarction with nonobstructive coronary arteries (MINOCA): It's time to face reality!. *Journal of the American Heart Association*, 7(13). doi:10.1161/JAHA.118.009635
- Tannenbaum, C., Greaves, L., et Graham, I. D. (2016). Why sex and gender matter in implementation research. *BMC medical research methodology*, 16(1), 145-145. doi:10.1186/s12874-016-0247-7
- Tannenbaum, C., Clow, B., Haworth-Brockman, M., et Voss, P. (2017). Sex and gender considerations in Canadian clinical practice guidelines: a systematic review. *CMAJ open*, 5(1), E66-E73. doi:10.9778/cmajo.20160051

- Tannenbaum, C. (2019, 20 septembre). *Women and science suffer when medical research doesn't study females*. Sonya Buyting. Quirks & Quarks. [Entrevue radio]. CBC: 19:10. <https://www.cbc.ca/radio/quirks/july-25-2020-women-in-science-special-how-science-has-done-women-wrong-1.5291077/women-and-science-suffer-when-medical-research-doesn-t-study-females-1.5291080>
- Thomas, J. L., et Braus, P. A. (1998). Coronary artery disease in women. A historical perspective. *Archives of Internal Medicine*, 158(4), 333-337.
doi:10.1001/archinte.158.4.333
- Tod, A. M., Read, C., Lacey, A., et Abbott, J. (2001). Barriers to uptake of services for coronary heart disease: Qualitative study. *British Medical Journal*, 323, 214–217.
- Trahan, A. G. (2013, 9 janvier). *Rapport d'investigation du coroner* (publication no A-176094). Bureau du coroner du Québec.
- Tsasis, P., et Bruce-Barrett, C. (2008). *Organizational change through Lean Thinking*. *Health Services Management Research*, 21(3), 192-198.
doi:10.1258/hsmr.2007.007023
- Turgeon, R. (2004, 6 octobre). *Rapport d'investigation du coroner* (publication no A 144255). Bureau du coroner du Québec
- Université de Montréal. (2019, Novembre). Inclusivement : Guide d'écriture pour toutes et tous.
https://francais.umontreal.ca/fileadmin/francophonie/documents/Guide_de_redaction_inclusive/UdeM_Guide-ecriture-inclusive.pdf

- U.S. Food and Drugs Administration. (2018, 16 février). *Gender studies in product development: historical overview*. <https://www.fda.gov/science-research/womens-health-research/gender-studies-product-development-historical-overview>
- van Ryn, M., et Fu, S. S. (2003). Paved with good intentions: Do public health and human service providers contribute to racial/ethnic disparities in health? *American Journal of Public Health* (1971), 93(2), 248-255. doi:10.2105/AJPH.93.2.248
- Varvaro. (2000). Family role and work adaptation in MI women. *Clinical Nursing Research*, 9(3), 339–351. <https://doi.org/10.1177/10547730022158627>
- Venes, D. (2013). *Taber's cyclopedic medical dictionary* (22nd ed). Philadelphia: F.A. Davis
- Wang, Y., Leifheit, E., Normand, S. T., et Krumholz, H. M. (2020). Association between subsequent hospitalizations and recurrent acute myocardial infarction within 1 year after acute myocardial infarction. *Journal of the American Heart Association*, 9(6), e014907. doi:10.1161/JAHA.119.014907
- Welty, F. K. (2001). Cardiovascular disease and dyslipidemia in women. *Archives of internal medicine* (1960), 161(4), 514-522. doi:10.1001/archinte.161.4.514
- Wenger, N. K., Speroff, L., et Packard, B. (1993). Cardiovascular health and disease in women. *The New England journal of medicine*, 329(4), 247–256.
doi: 10.1056/NEJM199307223290406
- Wenger N. K. (2012). Cardiovascular disease: the female heart is vulnerable: a call to action from the 10Q report. *Clinical cardiology*, 35(3), 134–135.
<https://doi.org/10.1002/clc.21972>

- Wenger, N. K. (2020). Why does myocardial infarction preferentially disadvantage women? *Journal of the American College of Cardiology*, 76(15), 1761-1762. doi:10.1016/j.jacc.2020.08.032
- Whang, W., Kubzansky, L. D., Kawachi, I., Rexrode, K. M., Kroenke, C. H., Glynn, R. J., . . . Albert, C. M. (2009). Depression and risk of sudden cardiac death and coronary heart disease in women: results from the nurses' health study. *Journal of the American College of Cardiology*, 53(11), 950-958. doi:10.1016/j.jacc.2008.10.060
- Young, T. K. (1998). *Population health: Concepts and methods*. New York: Oxford University Press.
- Yusuf, S., Hawken, S., Ôunpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F., . . . Lisheng, L. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *The Lancet (British edition)*, 364(9438), 937-952. doi:10.1016/S0140-6736(04)17018-9
- Xia, N., et Li, H. (2018). Loneliness, social isolation, and cardiovascular health. *Antioxidants & Redox Signaling*, 28(9), 837-851. doi:10.1089/ars.2017.7