

L'angor est une manifestation clinique fréquente mais jamais anodine, révélatrice d'un déséquilibre entre les besoins myocardiques et l'apport en oxygène.

Sa prise en charge mobilise chez l'infirmier non seulement la capacité à reconnaître rapidement les signes d'ischémie, mais aussi une vision élargie de la prise en charge, où l'évaluation, l'anticipation des complications et la coordination du parcours de soins deviennent des compétences essentielles.

1 Données épidémiologiques, prévalence

A Définition

L'angine de poitrine (ou angor) désigne une douleur thoracique qui apparaît le plus souvent pendant un effort ou un stress et chez des patients qui présentent une insuffisance coronarienne. Son apparition est favorisée par les facteurs de risque cardiovasculaires (voir **Sémiologie, Partie 1, Chapitre 2**).

La cardiopathie ischémique regroupe deux syndromes :

- le syndrome coronarien aigu ;
- le syndrome coronarien chronique.

B Épidémiologie, prévalence

1 Dans le monde

Les données les plus récentes de l'OMS estiment la prévalence mondiale de l'angor à environ 54 millions de personnes atteintes.

En Europe¹, l'incidence européenne de l'angor est évaluée entre 43 et 144/100 000 habitants par an et la mortalité hospitalière y varie entre 4 et 12 % avec une moyenne à 10 %.

Malgré la baisse observée de la mortalité due aux maladies coronaires, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) rapporte que cette affection est toujours la principale cause de décès dans le monde et qu'elle représentait 9,5 millions de décès en 2016².

2 En France

En France, l'incidence de l'angor est en décroissance (contrairement à celle de l'infarctus du myocarde qui croît chaque année). Elle s'avère plus élevée chez les patients :

- âgés ou diabétiques ;
- insuffisants rénaux ;
- insuffisants cardiaques ;

1. Société française de cardiologie. Syndromes coronariens aigus. Site internet : www.sfcardio.fr/publication/chapitre-05-item-339-syndromes-coronariens-aigus/ ; 2024 (consulté le 16 février 2026).

2. World Health Organization. Global health estimates 2016: Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2016. Geneva: WHO; 2018.

- présentant des antécédents d'infarctus et/ou une altération de la fonction ventriculaire gauche, une atteinte coronarienne diffuse.

En 2022, plus de 240 000 adultes ont été hospitalisés, 29 % d'entre eux étaient des femmes. On estime à 2,98 millions le nombre de personnes atteintes de cardiopathie ischémique en France (soit 5,6 % de la population générale).

En 2021, 31 391 personnes sont décédées de cardiopathie ischémique (Améli).

2 Anatomo-physiopathologie

Rappel : le cœur est vascularisé par les artères coronaires droite et gauche et l'interventriculaire antérieure qui irriguent le myocarde.

Ces artères transportent du sang riche en oxygène, indispensable à la contraction du muscle cardiaque.

Les syndromes de souffrance cardiaque aiguë (SCA) ont en commun la même physiopathologie : il s'agit de l'érosion ou de la rupture d'une plaque athéromateuse, responsable de la formation d'un thrombus qui va se fragmenter et donc se détacher pour former les embolies³.

Ceux-ci, dans leur migration vont aller se bloquer dans une artère (ici cardiaque), ce qui a pour conséquence la diminution de la perfusion myocardique (à terme, possiblement, son arrêt total).

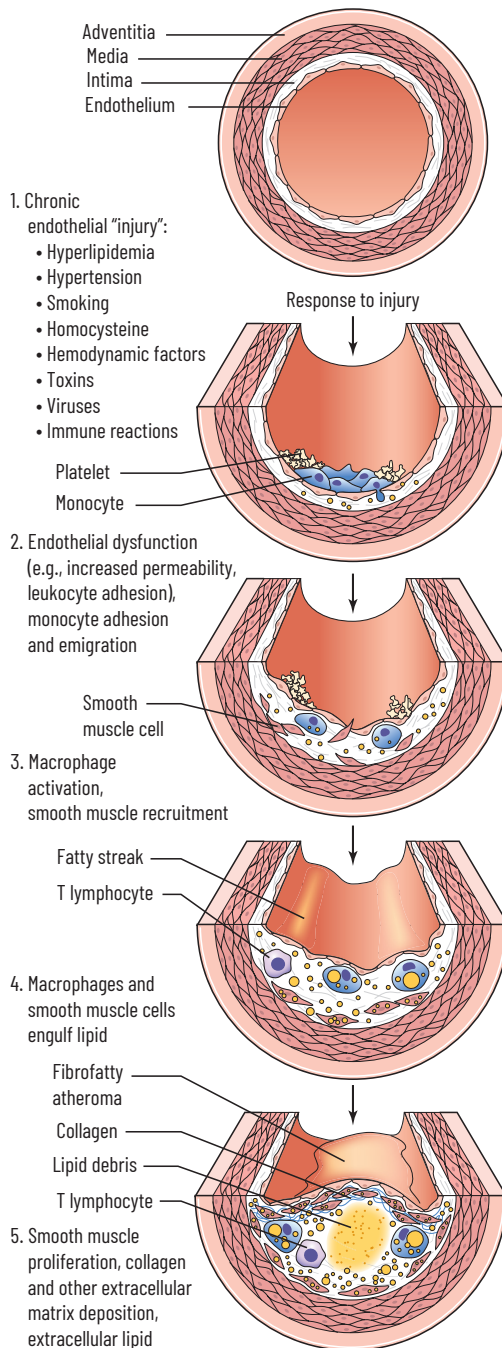
A Artériosclérose

C'est une maladie chronique qui touche toutes les artères, à des degrés divers, que ce soit celles de moyen calibre (les coronaires) ou de gros calibre (aorte).

L'artériosclérose naît de l'accumulation de lipides dans la paroi artérielle, ce qui a pour conséquence une réponse inflammatoire puis fibrotique, l'ensemble ayant tendance à proliférer et, donc, à s'étendre.

Au final, la plaque athéromateuse est constituée d'un amas cellulaire nécrotique entouré d'une capsule fibreuse.

3. Société française de cardiologie. Syndromes coronariens aigus. Site internet : SFC. Paris; 2024 (consulté le 16 février 2026). www.sfc cardio.fr.



Source : Pathophysiology, Eighth edition, 9780443125232, Banasik J, Nicole Lawson B, Elsevier Inc., 2026.

Au départ, le calibre de la lumière artérielle va être compensé par un remodelage de la paroi artérielle qui va s'épaissir et maintenir un débit constant. Mais au fur et à mesure du temps, entre l'épaississement de la paroi et l'accumulation interne, des micro-embolies se détachent et laissent des cicatrices qui se calcifient, il va se produire une rétractation de l'artère, une réduction progressive de la lumière et du calibre.

B Souffrance myocardique

Elle est causée par une ischémie brutale qui survient lorsque les apports en sang et en oxygène ne sont pas au niveau des besoins du muscle cardiaque pour son fonctionnement.

Que ce soit par réduction du diamètre de l'artère ou par occlusion brutale par un embole, la sténose s'installe brutalement.

En réaction, il va y avoir une libération par les plaquettes activées de substances prothrombotiques et vasoconstrictrices (sérotonine, thromboxane A₂, ADP [adénosine-diphosphate]), ce qui a pour conséquence de favoriser la survenue d'épisodes ischémiques transitoires, avec pour effet une ischémie immédiate transmurale du myocarde.

Dans le temps, la maladie évolue vers :

- la réduction progressive de la lumière artérielle (athérosclérose) à l'origine de l'angor stable ;
- la rupture brutale et imprévisible d'une plaque d'athérome à l'origine d'un accident paroxystique, en particulier si l'artère est quasi ou totalement bouchée et signant une souffrance cardiaque aiguë.

3 Sémiologie et diagnostic

A Sémiologie

L'angor est le symptôme caractéristique d'une souffrance myocardique ;

Son principal signe clinique est la douleur : une douleur thoracique survenant derrière le sternum, et dont les caractéristiques sont spécifiques :

- douleur constrictive, c'est-à-dire que le patient a l'impression que son thorax est pris dans un étau ;
- parfois ressentie au niveau de l'estomac ;
- qui survient le plus souvent pendant un effort ou lors d'un stress ;
- et qui cède en 5 minutes environ au repos ou après la prise de trinitrine.

L'angor est un symptôme, témoin d'une maladie cardiovasculaire qui doit toujours être exploré par des examens complémentaires et pris en charge dans les délais les plus courts.

EXEMPLE CONCRET

L'angor peut exister sous une forme rare appelée « angor de Prinzmetal ».

Si les signes cliniques sont identiques, la physiopathologie est un peu différente : en effet, la douleur est due à une contraction anormale et intermittente d'une artère coronaire. Cette artère peut être saine ou atteinte d'athérome.

Les circonstances de survenue sont différentes : la douleur survient le plus souvent au repos, la nuit ou en fin de nuit et est calmée par la prise de trinitrine.

Les facteurs de risque de l'angor sont ceux de toute maladie cardiovasculaire :

- l'âge (risque augmenté après 5 ans chez l'homme et 60 ans chez la femme) ;
- les antécédents familiaux ;
- le tabagisme (le tabac favorise la formation de caillots et les spasmes artériels) ;
- le diabète (surtout s'il est mal équilibré) ;
- l'hyper-TA, l'hypercholestérolémie ;
- la sédentarité, le surpoids (surtout en cas d'obésité abdominale, voir **encadré Domaine E**) ;
- les stress, la dépression, le manque de sommeil ;
- la consommation de drogues (cannabis, cocaïne, MDMA, ecstasy, protoxyde d'azote, etc.).

EXEMPLE CONCRET

Les femmes sont exposées à des risques spécifiques concernant les pathologies cardiovasculaires, et ceci, en raison de la prise – au cours de leur vie – de :

- contraceptifs oraux à base d'œstroprogestatifs ;
- traitements substitutifs hormonaux lors de la ménopause ;
- ou de pathologies spécifiques :
 - diabète gestationnel,
 - hyper-TA gravidique,
 - traitement de l'endométriose.

DOMAINE E

Recherche et données probantes

En France, une récente enquête de la Ligue contre l'obésité révèle que la situation est préoccupante : **un Français sur deux est en surpoids ou obèse, avec 30 % de la population en surpoids et 18 % obèses, soit presque un Français sur cinq.**

L'indice de rondeur corporelle (IRC) est un outil innovant et précis pour évaluer la santé corporelle, particulièrement utile pour les professionnels de la nutrition comme le mien. **Contrairement à l'IMC, qui ne différencie pas la masse musculaire de la graisse, l'IRC se concentre sur la répartition de la graisse corporelle**, en particulier abdominale, offrant une meilleure indication des risques pour la santé.

- Évaluation plus précise de la graisse abdominale.
- Meilleure compréhension des risques pour la santé en évaluant la répartition de la graisse, l'IRC fournit une indication plus précise des risques pour la santé que l'IMC seul.
- Personnalisation des conseils nutritionnels : avec une meilleure compréhension de la composition corporelle, l'IRC permet d'offrir des conseils plus ciblés et efficaces.

La mesure simple du tour de taille (à mesurer au niveau du nombril) donne une première indication. L'idéal est moins de 80 cm chez la femme et moins de 95 cm chez l'homme.

L'augmentation du tour de taille intervient chez des patients prédisposés (familialement ou acquis) et/ou en présence de facteurs environnementaux.

Une valeur supérieure signe un risque augmenté de maladies cardiovasculaires car la graisse abdominale, vue extérieurement, entoure et infiltre également les organes intra-abdominaux (foie, cœur, pancréas, rein, etc.).

Cette graisse (de manière identique à une glande) va :

- perturber le métabolisme hépatique et la production de glucose ;
- libérer des molécules hautement inflammatoires ;

- modifier la libération de certaines hormones et produire elle-même des substances inflammatoires ;
- contribuer à l'apparition et/ou l'aggravation d'un certain nombre de pathologies chroniques cardiovasculaires (hyper-TA, angor, troubles du rythme, dyslipidémie, etc.) et métaboliques (diabète, maladie du foie gras, syndrome des apnées du sommeil, etc.).

Pour une analyse approfondie et des données spécifiques, vous pouvez consulter l'étude de Thomas et al. (2013) sur la précision de l'IRC dans l'évaluation de la graisse corporelle et des risques pour la santé, mais aussi le récent article publié dans la revue JAMA Network Open par le docteur Xiaoqian Zhang et al. 2024.

Il est important de pouvoir reconnaître/évaluer de possibles diagnostics différentiels (avec l'aide des examens complémentaires).

Pathologies non coronariennes	■ Dissection aortique ■ Embolie pulmonaire ■ Myocardite/péricardite
Pathologies non cardiovasculaires	■ Respiratoire : pneumothorax, pleurésie, pneumopathie ■ Fracture de côte ■ Douleurs articulaires ou musculaires bénignes ■ Digestif : pancréatite, cholécystite, gastrite, œsophagite, reflux gastro-œsophagien, etc.

L'angor est dit stable quand il survient à l'effort, toujours le même type d'effort. Il peut être le premier signe de la maladie coronarienne ou survenir de manière plus aiguë, signe d'une urgence.

B Signes cliniques

La douleur angineuse typique⁴ est :

- rétrosternale ;
- en barre ;
- constrictive ;
- à type de pression ou de poids.

Elle irradie vers le bras gauche, les deux bras ou le bras droit, le cou, la mâchoire.

Elle peut être intermittente, mais, le plus souvent, elle se prolonge durant quelques minutes puis régresse à l'arrêt de l'effort.

Elle peut être associée à :

- une sudation ;
- des nausées ;
- une gêne épigastrique ;
- une dyspnée ;
- ou un malaise lipothymique, voire une syncope.

4. Ibid. 3.

2. **Score de Timi** : simple à utiliser aux urgences, mais son exactitude discriminative est inférieure à celle du score de Grace.

Le score Timi (C.B. Granger, R.J. Goldberg, et al., 2004) repose sur l'addition de sept facteurs de risque, chacun valant un point lorsqu'il est présent : un âge supérieur ou égal à 65 ans, l'existence de plus de trois facteurs de risque coronaire, une cardiopathie ischémique déjà connue, la prise d'aspirine au cours des sept derniers jours, une augmentation des enzymes cardiaques, un sous-décalage du segment ST supérieur à 0,5 mm, et enfin la survenue d'une douleur angineuse récente.

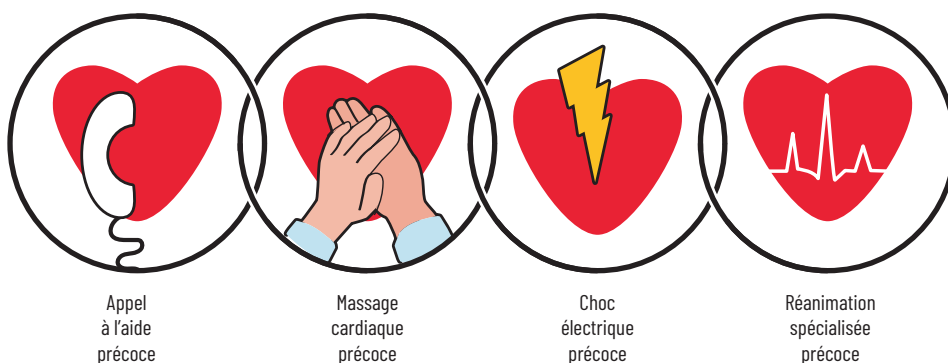
Le score de risque correspond ainsi à la somme de ces points, et s'échelonne de 0 à 7.

Ce score est directement corrélé à la mortalité à J14 : elle est estimée à 5 % pour un score de 1 point, 8 % pour 2 points, 13 % pour 3 points, 20 % pour 4 points, 26 % pour 5 points, et atteint 41 % pour un score de 6 points.

B Complication ultime : l'arrêt cardiaque

L'arrêt cardiaque est l'urgence absolue à prendre en charge.

Quel que soit le lieu (domicile, hospitalier, urgences, etc.), les premiers gestes sont de trois ordres.



Source : L'infirmier(ère) en service de réanimation : Fédération nationale des infirmiers de réanimation (Fnir), 2^e édition, Dauvergne J., Valera S., Constan A., et al., Elsevier Masson SAS, 2026.

La prise en charge médicale spécialisée suit des protocoles et des recommandations mises à jour en permanence. Pour cela, le chariot d'urgence est un moyen très fiable de disposer de tous les traitements utiles à la réanimation.

PRATIQUES INFIRMIÈRES

Vérification et préparation du chariot d'urgence

- Le chariot (ou sac à dos) regroupe les médicaments et dispositifs médicaux à utiliser en cas d'urgence vitale ; il doit impérativement être sécurisé et vérifié régulièrement ; sa composition est fixée pour un service, connue du médecin et de l'IDE.
- Sa vérification est hebdomadaire ou mensuelle, et après chaque usage pour réapprovisionnement.
- L'IDE assure cette vérification et la maintenance, en vertu des articles R4312.10 et R4311.14 du Code de la santé publique.

Formation, développement des compétences et analyse des pratiques professionnelles

Vérification et préparation du chariot d'urgence

Le chariot (ou sac à dos) regroupe les médicaments et dispositifs médicaux à utiliser en cas d'urgence vitale ; il doit impérativement être sécurisé et vérifié régulièrement ; sa composition est fixée pour un service, connue du médecin et de l'IDE.

Sa vérification est hebdomadaire ou mensuelle, et après chaque usage pour réapprovisionnement. L'IDE assure cette vérification et la maintenance, en vertu des articles R4312.10 et R4311.14 du Code de la santé publique.

À tout moment, l'IDE met à jour ses connaissances professionnelles.

OMEDIT Centre-Val de Loire

Critère impératif certification et bon usage des médicaments Mars 2026

Critère HAS (6ème cycle) :
2.2-12 : Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales

CHARIOT D'URGENCE
Pas de seconde chance

Un chariot non opérationnel = une perte de chance

Si vous improvisez...	Si vous êtes prêts...
• Matériel introuvable • Chariot incomplet • Réaction désorganisée • Rôles non définis	• Chariot visible et fonctionnel • Matériel immédiatement accessible • Équipe formée, coordonnée • Vérifications tracées

☒ Qu'avez-vous comme matériel pour prendre en charge une urgence vitale ?
☒ Où est-il stocké ?
☒ Quand est-il vérifié ? Et par qui ?
☒ Comment la traçabilité est-elle assurée ?

Vérifier • Sceller • Tracer • Former

Le jour J, vous n'aurez pas le temps de chercher

Source : OMEDIT Centre-Val de Loire.

Fiche 2 Raisonnement clinique

Situation

M. D., 58 ans, se présente aux urgences pour une douleur thoracique constrictive apparue il y a 20 minutes alors qu'il montait les escaliers de son domicile.

Terrain cardiovasculaire

Hypertension artérielle connue, obésité (IMC 33), tabagisme actif (25 PA), diabète de type 2, sédentarité marquée.

Description de la douleur

- Douleur rétrosternale en étau.
- Irradiation vers le bras gauche et la mâchoire.
- Associée à une dyspnée d'effort.
- Intensité 6/10.
- Cède partiellement au repos mais persiste.

Constantes à l'arrivée

- TA : 148/92 mmHg.
- FC : 104 bpm.
- FR : 20/min.
- SpO₂ : 97 %.
- T° : 36,8 °C.
- Peau moite, anxieux.

Questions

1. Décrivez les éléments diagnostique à repérer chez ce patient, évocateurs d'angor.
2. Quelles actions immédiates mettre en place par l'IDE et l'équipe soignante ?

Éléments de réponses

1. Éléments diagnostiques à repérer

Signes cliniques évocateurs d'angor

- Douleur constrictive typique.
- Déclenchée par l'effort, soulagée partiellement au repos.
- Irradiation caractéristique.
- Terrain à haut risque.

2. Surveillance infirmière clinique

Surveillance cardiovasculaire

- TA, FC, rythme cardiaque.
- Évolution de la douleur (EVA régulière).
- Signes d'instabilité : sueurs, pâleur, agitation, hypotension.
- Repérage d'une aggravation vers un syndrome coronarien aigu.

Surveillance respiratoire

- FR, SpO₂.
- Dyspnée, orthopnée.
- Installation confortable (semi-assise).

Surveillance métabolique

- Glycémie capillaire (terrain diabétique).
- Vigilance sur les signes d'hypo/hyperglycémie liés au stress aigu.

Prise en charge et rôle infirmier

Actions immédiates

- Installation en position confortable.
- Mise en place d'une surveillance continue selon protocole.
- Recueil des antécédents, traitements, facteurs de risque.
- Évaluation répétée de la douleur.
- Préparation du matériel pour examens complémentaires.

Coordination et sécurité

- Transmissions ciblées au médecin.
- Anticipation des examens (ECG répétés, biologie).
- Vigilance sur les interactions entre pathologies (HTA, diabète, obésité).

Bibliographie

- Société française de cardiologie. Syndromes coronariens aigus. 2024. Disponible sur : www.sfcadio.fr
- Sweis RN, Jivan A, Howlett JG. Angor. 2025. Disponible sur : www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-cardiovasculaires/coronaropathie/angor
- eformation en médecine d'urgence. 2023. Disponible sur : www.efurgences.net/11-experts/7-oap-cardiogenique-du-diagnostic-au-traitement.