

# APRÈS L'ACCIDENT CORONAIRE

CE QUE JE DOIS FAIRE POUR  
PRÉVENIR LA RÉCIDIVE !

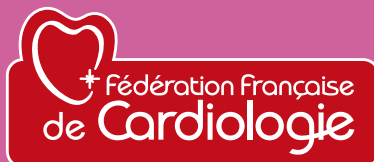
INFORMATIONS ET CONSEILS POUR UNE BONNE RÉADAPTATION



La Fédération Française de Cardiologie finance :  
**la prévention, la recherche, la réadaptation et les gestes qui sauvent**  
grâce à la générosité de ses donateurs.



**Prévention + Recherche**  
Association reconnue d'utilité publique



## UN ACTEUR INCONTOURNABLE DE LA SANTÉ EN FRANCE

Présente partout en France, la Fédération Française de Cardiologie (FFC) lutte depuis plus de 50 ans contre les maladies cardio-vasculaires.

Elle regroupe :

- 300 cardiologues bénévoles,
- 26 associations régionales rassemblant plus de 250 clubs Cœur et Santé,
- 28 000 bénévoles,
- 19 salariés au siège de l'association,
- 17 000 cardiaques bénéficiaires de la réadaptation dite de phase III.

## LES MISSIONS DE LA FFC :

1. Informer pour prévenir
2. Financer la recherche
3. Aider les cardiaques à se réadapter
4. Inciter à se former aux gestes qui sauvent

**Association reconnue d'utilité publique**, la FFC mène ses actions **sans subvention de l'État**. Ses moyens financiers proviennent **exclusivement de la générosité du public** (dons, legs, donations, assurance-vie...) et **des entreprises partenaires** (mécénat, dons).

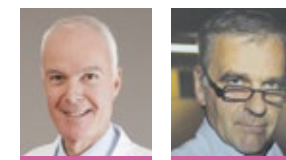
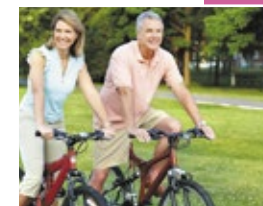
**VOUS AUSSI DEVEZ UN ACTEUR DE LA SANTÉ EN FAISANT UN DON À LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE.**

## L'ACCIDENT CORONAIRE : POURQUOI ET QUE FAIRE ?

Vous avez été hospitalisé pour un accident cardiaque, l'accident coronaire qu'on appelle syndrome coronaire aigu avec ou sans infarctus du myocarde. L'annonce de ce diagnostic a pu vous inquiéter. Vous vous posez de nombreuses questions concernant notamment le risque qu'implique cette maladie et ce que sera votre avenir. (Voir la brochure «L'accident coronaire pourquoi et que faire ?»)  
Cette deuxième brochure\* a pour but de vous expliquer quelles sont les causes, quelles sont les conséquences sur votre quotidien et sur votre hygiène de vie en termes d'alimentation, d'activités physiques, sur votre travail et sur la prise en charge médicamenteuse.

L'annonce de votre maladie cardiaque et l'émotion qu'elle vous a causée doivent être pour vous l'occasion d'un changement de votre mode de vie, pour éviter les erreurs que vous avez pu faire par le passé. Loin d'être une tragédie, cet incident peut être une chance de vous reprendre en main pour préserver votre avenir.

Dans cette brochure, vous trouverez les éléments essentiels de ce qu'on appelle la prévention secondaire (après l'accident coronaire) qui vous demande une démarche personnelle active de changement de comportement dans la vie quotidienne associée à la prise journalière de médicaments dont la démonstration scientifique sur la réduction des récives est bien établie. Vous pouvez nous contacter au n° 01 44 90 83 83, un cardiologue, spécialisé dans la prévention est à votre écoute, il peut répondre à vos questions. N'oubliez pas, désormais votre avenir est principalement entre vos mains.



Pr Claude Le Feuvre  
et Dr Hervé Gallois  
Cardiologues

\* version abrégée, une version « complète » vous est proposée en téléchargement gratuit sur le site « fedecardio.com ».

<b>ÉDITORIAL</b>	<b>3</b>
<b>LES CHIFFRES</b>	<b>5</b>
Les facteurs de risque cardio-vasculaire en France	5
Les facteurs de risque cardio-vasculaire des coronariens en France	5
L'ordonnance de sortie de l'hospitalisation du syndrome coronaire aigu en France en 2006	6
<b>LA RÉADAPTATION CARDIAQUE ET LE SUIVI MÉDICAL</b>	<b>7</b>
La réadaptation cardiaque en milieu spécialisé est indiquée	7
Le suivi médical par votre médecin traitant et votre cardiologue doit être régulier et planifié	8
Les signes d'alerte qui déclenchent l'appel du SAMU (le 15) doivent être connus	9
<b>LES PRINCIPALES CAUSES OU FACTEURS DE RISQUE CARDIO-VASCULAIRE</b>	<b>10</b>
Les causes sur lesquelles « je ne peux rien changer »	10
Les causes sur lesquelles « je peux agir »	11
Le tabac, le premier des facteurs de risque et le plus fréquent chez les victimes d'infarctus de moins de 60 ans	12
Les dyslipidémies (dont l'hypercholestérolémie)	13
Le stress psychosocial	16
L'obésité abdominale	18
L'hypertension artérielle	20
Le diabète	22
Les autres facteurs de risque acquis sont d'ordre hygiéno-diététique	24
<b>VOTRE COMPORTEMENT</b>	<b>26</b>
<b>L'EXERCICE PHYSIQUE</b>	<b>27</b>
<b>L'activité musculaire elle-même</b>	<b>27</b>
L'effort dynamique	27
Les efforts statiques	28
<b>Les conditions d'exercice de l'activité musculaire</b>	<b>29</b>
<b>Les activités physiques à conseiller</b>	<b>30</b>
<b>Les autres sports</b>	<b>31</b>
<b>LA REPRISE DU TRAVAIL</b>	<b>32</b>
<b>VOTRE ORDONNANCE DE SORTIE DE L'HÔPITAL</b>	<b>33</b>
<b>BASI, Bêtabloquant, Antiagrégant plaquettaire, Statine, Inhibiteur de l'enzyme de conversion</b>	<b>33</b>
B comme bêtabloquant	33
A comme antiagrégant plaquettaire (AA)	33
S comme Statine	34
I comme Inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC)	34
<b>Le traitement de la crise d'angine de poitrine</b>	<b>34</b>
<b>D'autres médicaments peuvent vous être prescrits</b>	<b>35</b>
Les inhibiteurs calciques	35
Les anticoagulants	35
Les antidiabétiques	36
<b>Attention à certains médicaments qui peuvent être contre-indiqués</b>	<b>36</b>
<b>EN PRATIQUE, APRÈS L'ACCIDENT CORONAIRE CE QUE JE DOIS RETENIR</b>	<b>37</b>
<b>LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE (FFC)</b>	<b>40</b>

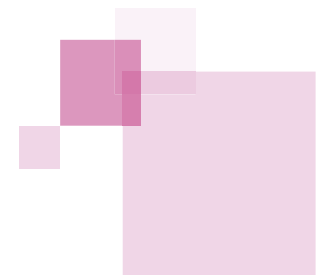
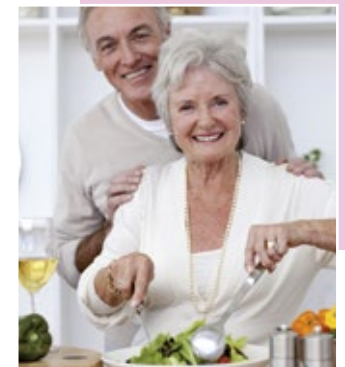
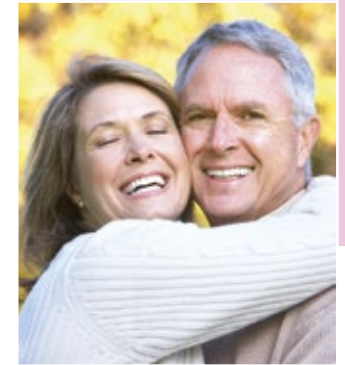
# LES CHIFFRES

## LES FACTEURS DE RISQUE CARDIO-VASCULAIRE EN FRANCE

- **Fumeurs : 30%** de la population.
- **Obèses : 20%** de la population adulte.
- **Hypertendus : 14 millions**, plus de **80 %** des hypertendus connus sont traités mais seuls **23 %** des hommes et **36 %** des femmes sont contrôlés.
- **Dyslipidémiques : près de 10 millions**, la moitié est traitée et seulement **un tiers** a un cholestérol contrôlé.
- **Diabétiques : 3 millions**, un sur cinq ne le sait pas et n'est donc pas traité.

## LES FACTEURS DE RISQUE CARDIO-VASCULAIRE DES CORONARIENS EN FRANCE

- **25 %** restent fumeurs.
- **77 %** ont un surpoids, **55 %** un syndrome du gros ventre et **37 %** sont obèses.
- **48 %** ont des niveaux de pression artérielle élevés et seulement **44 %** des hypertendus sont contrôlés.
- **41 %** ont une hypercholestérolémie, et **78 %** des dyslipidémiques sont contrôlés.
- **34 %** sont diabétiques, et seulement **8 %** des diabétiques ont une glycémie contrôlée.



## L'ORDONNANCE DE SORTIE DE L'HOSPITALISATION DU SYNDROME CORONAIRE AIGU EN FRANCE EN 2006

- Des antiagrégants plaquettaires sont prescrits chez **93 à 96 %** des patients.
- Des statines sont prescrites chez **85 à 91 %** des patients.
- Des bêtabloquants sont prescrits chez **76 à 86 %** des patients.
- Des inhibiteurs de l'enzyme de conversion sont prescrits chez **58 à 75 %** des patients.
- Une réadaptation cardiaque est prescrite chez **24 à 42 %** des patients.
- Des anticoagulants sont prescrits chez **13 à 11 %** des patients.
- L'association antiagrégants plaquettaires, bêtabloquants et statine est prescrite chez **68 à 80 %** des patients.
- L'association **BASI** (Bêtabloquants, Antiagrégants plaquettaires, Statine et Inhibiteur de l'enzyme de conversion) est prescrite chez **45 à 64 %** des patients.

**Le premier pourcentage correspond à la fréquence de prescription chez les patients ayant un syndrome coronaire aigu sans infarctus et le deuxième correspond à la fréquence de prescription chez ceux ayant un infarctus du myocarde.**

## LA RÉADAPTATION CARDIAQUE ET LE SUIVI MÉDICAL

### LA RÉADAPTATION CARDIAQUE EN MILIEU SPÉCIALISÉ EST INDICQUÉE

Après un syndrome coronaire aigu avec ou sans infarctus du myocarde, il est nécessaire de suivre **un programme de réadaptation cardiaque et/ou d'éducation thérapeutique**, adapté et planifié dès la sortie de l'hôpital. Ce programme personnalisé peut être réalisé à domicile ou mieux dans un centre de réadaptation cardiaque, soit en hospitalisation complète quelques semaines soit plusieurs fois par semaine en ambulatoire.

Ce programme suivi tout au long de votre convalescence au rythme **minimum de 3 séances par semaine**, vous amènera en général à une très bonne forme physique, bien souvent supérieure à celle que vous aviez avant votre accident cardiaque. Durant cette phase de convalescence, vous devrez envisager avec votre médecin la correction des facteurs de risque existants et d'éventuelles modifications de votre mode de vie. À l'issue de cette phase, une **épreuve d'effort** permettra de juger de votre état et des possibilités exactes d'activité et de reprise du travail.



Séance de gymnastique aquatique au club Cœur et Santé de Brest.



Séance de réadaptation phase III au club Cœur et Santé de l'hôpital Lariboisière à Paris.

**DEMANDEZ NOTRE BROCHURE « Cardiaques : cap vers une nouvelle vie » qui décrit les bienfaits de la réadaptation.**



## LE SUIVI MÉDICAL PAR VOTRE MÉDECIN TRAITANT ET VOTRE CARDIOLOGUE DOIT ÊTRE RÉGULIER ET PLANIFIÉ

Parallèlement il est essentiel d'être suivi régulièrement par votre médecin traitant **tous les trois mois** et par votre cardiologue **au moins une fois par an**.

La surveillance clinique régulière que vous pouvez réaliser chez vous comporte **la mesure du poids et du tour de taille**, la mesure des niveaux de **pression artérielle et de fréquence cardiaque** réalisable à domicile grâce aux appareils d'automesure de la pression artérielle, disponibles en pharmacie, à la condition d'avoir une formation adéquate dans le cadre d'un programme d'éducation thérapeutique médicalisée.

Des prises de sang régulières (tous les 6 à 12 mois) seront nécessaires pour connaître en particulier l'évolution de votre taux de **LDL cholestérol**, de **HDL cholestérol**, de **triglycérides**, et d'**HbA1c** (en cas de diabète). Quant à l'**INR**, si vous avez un traitement anticoagulant, sa surveillance devrait être au minimum mensuelle.

Dans un certain nombre de cas, votre cardiologue vous demandera de faire à distance de l'accident coronaire, **une épreuve d'effort** (dans l'idéal une fois par an) pour vérifier les résultats de votre rééducation et/ou pour surveiller votre cœur à la recherche d'une ischémie myocardique évolutive (nouvelle atteinte coronaire, resténose d'un stent, occlusion d'un pontage...). D'autres examens cardiologiques peuvent être demandés par votre cardiologue tels qu'une nouvelle **coronarographie** dès qu'une ischémie myocardique est révélée par les tests fonctionnels. Cet examen permettra de discuter l'opportunité d'une nouvelle revascularisation si elle est indiquée.



## LES SIGNES D'ALERTE QUI DÉCLENCHENT L'APPEL DU SAMU (LE 15) DOIVENT ÊTRE CONNUS

La surveillance de votre cœur est d'abord votre affaire. Vous venez d'apprendre à connaître les manifestations qui constituent pour vous des signes d'alerte. Vous allez pouvoir vous surveiller vous-même. Il faut savoir qu'après un infarctus ou tout autre accident cardiaque, vous vous sentirez inquiet dès que surviendra la moindre douleur thoracique. Il s'agit pourtant le plus souvent de douleurs qui n'ont rien à voir avec le cœur, d'origine musculaire ou rhumatismale.

Dans certains cas cependant, il s'agit de douleurs d'origine cardiaque, constituant **l'angine de poitrine**. Si vous ressentez ce symptôme pour la première fois après le syndrome coronaire aigu, vous devez arrêter ce que vous êtes en train de faire, vous asseoir et **prendre de la trinitrine** (en comprimés ou mieux en spray, une bouffée sous la langue). La douleur doit cesser très rapidement, en moins d'une minute. Si c'est le cas, il est important de contacter et de consulter votre cardiologue rapidement (dans les 48 heures). Si la douleur ne cède pas et dure comme la fois précédente (c'est-à-dire qu'elle vous rappelle les symptômes de votre infarctus du myocarde), de même s'il existe un **essoufflement**, **des palpitations**, qui n'existaient pas auparavant, ou **un épisode de malaise avec syncope**, il ne faut pas hésiter à appeler le 15 (le SAMU) qui va déclencher le traitement en urgence sans délai.

Il est important que vous reconnaissiez toute variation de votre état. Toute aggravation de cette angine de poitrine doit vous inquiéter et vous faire consulter votre cardiologue.



# LES PRINCIPALES CAUSES OU FACTEURS DE RISQUE CARDIO-VASCULAIRE

Certaines causes favorisent le développement de lésions athéromateuses au niveau des artères, on parle d'**athérosclérose**. On dit que ce sont **des facteurs de risque cardio-vasculaire**. Il faut bien distinguer les facteurs causals, **des facteurs déclenchant** les crises cardiaques. En effet les facteurs de risque favorisent à bas bruit (sans symptôme) le dépôt progressif de cholestérol sur la paroi artérielle entraînant la formation de **plaques d'athérome**. Alors que les facteurs déclenchants agissent **en favorisant la rupture de ces plaques d'athérome** ce qui va entraîner brutalement l'accident cardiaque.

## LES CAUSES SUR LESQUELLES « JE NE PEUX RIEN CHANGER »

**L'âge** : en vieillissant, les parois des artères s'abîment et s'épaississent. La maladie coronaire est surtout fréquente **après 50 ans**.

**Le sexe** : les hommes ont un risque plus élevé que les femmes. Il existe en moyenne un décalage de **dix ans** entre les accidents vasculaires des hommes et ceux des femmes. Chez la femme, la maladie coronaire apparaît plus tardivement, vers 60 ans : elle est très rare avant 50 ans, sauf **chez les femmes fumeuses où le risque est encore majoré lorsqu'elles prennent la pilule**.



DEMANDEZ NOTRE BROCHURE  
« L'accident coronaire,  
pourquoi et que faire ? »

**La famille (l'hérédité)** : il existe certains « terrains » familiaux ou génétiques qui exposent chaque membre de la famille à un risque plus élevé d'être atteint d'une maladie coronaire.

## LES CAUSES SUR LESQUELLES « JE PEUX AGIR » :

Une étude mondiale a montré que dans une population, **9 facteurs** de risque dits « acquis » c'est-à-dire « modifiables » sont responsables de plus de **90 %** des infarctus du myocarde : dyslipidémie (49 %), tabagisme (36 %), stress psycho-social (33 %), obésité abdominale (20 %), hypertension artérielle (18 %), absence de consommation journalière de fruits et légumes (14 %), sédentarité (12 %), diabète (10 %), absence de consommation régulière et modérée d'alcool (7 %).

Une étude européenne montre en France qu'au sein d'une population de coronariens, ces facteurs de risque « modifiables » sont très fréquents : 48 % sont hypertendus, 55 % ont une obésité abdominale, 41 % ont une dyslipidémie, 34 % sont diabétiques, et 25 % restent fumeurs. Le contrôle de ces facteurs de risque reste **très médiocre** au sein de cette population particulièrement à risque.





### **Le tabac, le premier des facteurs de risque et le plus fréquent chez les victimes d'infarctus de moins de 60 ans.**

Presque tous les sujets faisant un infarctus du myocarde **avant 45 ans** sont des fumeurs. Entre 30 et 70 ans, 4 décès cardio-vasculaires sur 10 sont dus au tabagisme. **Toute forme de tabagisme est nocive** pour le cœur : cigarette (légère ou pas), tabac à mâcher, pipe, cigare... Il existe une relation linéaire entre la consommation journalière de tabac et le risque d'infarctus. En d'autres termes, **dès une cigarette par jour, on se met à risque de maladie coronaire** par rapport à une personne qui ne fume pas, et le risque est majeur dès 20 cigarettes par jour.

Dans la population mondiale, le tabagisme est responsable à lui seul de plus de **35 %** de l'ensemble des infarctus du myocarde. Et au sein de la population des coronariens français **25 %** restent fumeurs actifs.

### **Ce facteur de risque ne peut être contrôlé qu'en arrêtant totalement et définitivement de fumer.**

La situation du sujet qui a fait un accident coronaire lui impose d'arrêter brutalement son tabagisme, sans véritable préparation. Il doit pour cette raison être aidé et si sa dépendance au tabac est importante (évaluée par le test de Fagerström) et recevoir un traitement substitutif par **la nicotine** (en timbres et/ou gommes) que l'on peut prescrire dès l'admission en unité de soins intensifs de cardiologie et à sa sortie de l'hôpital.

Si vous vous trouvez en difficulté à ce sujet, il faut en parler à votre médecin et à votre cardiologue qui vous aideront et pourront également si nécessaire vous adresser à une consultation d'aide au sevrage tabagique.

### **Les dyslipidémies (dont l'hypercholestérolémie)**

Les dyslipidémies sont responsables à elles seules **d'un infarctus sur deux**. **41 %** des coronariens français ont une hypercholestérolémie, et **78 %** de ces patients sont bien contrôlés sur le plan du cholestérol.

Le lipide qui constitue un risque cardio-vasculaire est le **cholestérol**. Il peut se déposer dans les parois artérielles. Sa présence en excès dans le sang peut provenir de l'alimentation et/ou d'un excès de sa production dans l'organisme ; le cholestérol est transporté dans le sang par l'intermédiaire de vecteurs appelés lipoprotéines. La lipoprotéine dite LDL augmente les dépôts de cholestérol dans les parois artérielles : le cholestérol qu'elle transporte est appelé « mauvais » cholestérol. La lipoprotéine dite HDL retire le cholestérol des cellules : le cholestérol qu'elle transporte est appelé « bon » cholestérol.

Pour rechercher l'existence ou pas d'une dyslipidémie, il faut réaliser **une prise de sang à jeun depuis au moins 12 heures** qu'on appelle **examen des anomalies lipidiques (EAL)**. Le cholestérol total, le HDL cholestérol et les triglycérides sont dosés dans le sang, le LDL cholestérol est calculé à partir des trois dosages précédents (calcul possible que si les triglycérides sont inférieurs à 4 g/l soit 4,5 mmol/l). Le **cholestérol non HDL** représente la différence entre le cholestérol total et le HDL cholestérol, c'est une estimation du nombre total des particules dites athérogènes situées dans le plasma sanguin.

Pour diminuer son risque de récurrence après un accident cardiaque, il faut se rapprocher, par le régime hypocholestérolémiant et le traitement médicamenteux, des chiffres suivants :



**DEMANDEZ NOTRE BROCHURE**  
« Tabac, pour mon cœur,  
j'arrête maintenant »,  
qui décrypte les méfaits  
du tabac et analyse les  
solutions pour s'en sortir.



■ pour le cholestérol total, en dessous de 2 g/l soit 5,26 mmol/l ;

■ pour le cholestérol LDL, un taux inférieur à 1 g/l soit 2,5 mmol/l (recommandations de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé de 2005) voire mieux inférieur à 0,7 g/l (1,8 mmol/l) suivant les recommandations européennes de 2011. En tous cas la baisse du cholestérol LDL doit être d'au moins 50 % par rapport au niveau initial. En effet, plus le cholestérol LDL est bas, plus bas est le risque de récurrence : toute baisse de 0,4 g/l du LDL (1 mmol/l) entraîne une diminution de 22 % du risque d'événements cardio-vasculaires.

### Voici 8 conseils diététiques pour réduire l'excès de cholestérol :

#### 01

Méfiez-vous particulièrement et évitez les produits laitiers entiers, les viandes grasses, les fritures, les sauces, la crème fraîche entière, le lard, la charcuterie, les fromages...

#### 02

Consommez des viandes « maigres » telles que le veau, les volailles (dégraissées et sans la peau), le gibier, les morceaux d'agneau, le bœuf ou le porc complètement dégraissés, le jambon découenné dégraissé.

#### 03

Augmentez la consommation de poissons frais tels que saumon, hareng et maquereau qui sont riches en oméga 3, de crustacés et de coquillages.

#### 04

Privilégiez sans excès les matières grasses végétales comme l'huile de colza, de noix, d'olive, de tournesol, de maïs, de soja, d'arachide, qui peuvent être utilisées comme assaisonnement et diversifiez vos huiles.

#### 05

Préférez les matières grasses allégées (0 à 30 % de matières grasses) : margarines et pâtes à tartiner allégées, lait demi-écrémé, crème fraîche allégée, fromages et yaourts allégés, fromage frais de chèvre ou de brebis...

#### 06

Augmentez la consommation de fruits, de légumes et de céréales qui apportent vitamines, micronutriments et fibres. Les fibres diminuent l'absorption digestive de cholestérol.

#### 07

Limitez le cholestérol alimentaire (comme le jaune d'œuf), la consommation d'alcool (qui augmente les triglycérides).

#### 08

Utilisez des aliments enrichis en stérols végétaux, aliments qui diminuent l'absorption digestive de cholestérol.



Associé à une alimentation pauvre en graisses saturées, la prescription systématique de médicaments hypolipémiants comme les statines est la règle dès qu'il est démontré l'existence d'une maladie coronaire. En effet ce traitement a bien montré un effet bénéfique de stabilisation des plaques d'athérome et une diminution au long cours des récurrences d'accidents cardiaques majeurs par réduction de la progression de l'athérosclérose.

**DEMANDEZ NOTRE BROCHURE « Cholestérol, devenez acteur de votre santé ».**





**En pratique, pour un coronarien, il est fortement déconseillé de se livrer à des activités stressantes telles qu'un exercice physique violent, après un repas copieux en plein trafic dans une ville polluée.**

### Le stress psychosocial

Le stress psychosocial est responsable de **33 %** des infarctus du myocarde. Le stress est une réponse normale de l'organisme face à un ensemble de contextes modifiant son fonctionnement habituel. Positif, il peut être perçu comme agréable et pousse à l'action. Négatif, il met en péril les capacités de l'individu à faire face et engendre des émotions désagréables : anxiété, colère, découragement. Lorsqu'elle se prolonge et devient incontrôlable, une situation de stress peut mener à un **syndrome d'épuisement**. Ce dernier associe une forte irritabilité, une démoralisation et un manque d'énergie. Lorsque cet état aboutit à un vécu de tristesse et à une perte de l'élan vital persistant, **c'est la dépression**.

Un **stress aigu** causé soit par une circonstance exceptionnelle, (un accident, un attentat, une catastrophe naturelle...) soit par un événement tout à fait banal, peut déclencher une émotion intense, avec plusieurs conséquences physiques : la fréquence cardiaque s'accélère, la pression artérielle augmente, les artères coronaires se rétrécissent, le volume sanguin diminue, le sang a tendance à coaguler plus facilement.

Le **stress aigu** peut alors provoquer un **accident coronaire**, surtout s'il survient sur un organisme déjà fragilisé, chez une personne à haut risque ou ayant déjà eu un problème cardiaque.

La survenue brutale d'**accès de colère** est le facteur déclenchant le plus nocif du stress aigu pouvant multiplier par 15 le risque d'infarctus ! En revanche, le rire a un effet bénéfique démontré sur la fonction vasculaire.

Les circonstances déclenchant un infarctus du myocarde liées au stress sont : un exercice physique violent, des émotions qu'elles soient négatives (colère) ou positives, une activité sexuelle inhabituelle, et des circonstances exceptionnelles (catastrophe naturelle, accident, guerres, actes de terrorisme...).

Si le stress augmente les risques de maladie cardio-vasculaire, celle-ci renforce à son tour l'état de stress de ceux qui en souffrent... Après un infarctus, il existe un risque de dépression chez de nombreux patients, lié au profond bouleversement psychologique qu'ils ont vécu. Pour beaucoup d'entre eux, en particulier les personnes jeunes, il s'agit d'une première confrontation avec la maladie et le risque de mort.

La prescription d'un **antidépresseur** peut être indiquée, mais les **approches psychothérapeutiques** ont également leur importance. Il a été démontré un bénéfice des programmes de thérapies comportementales sur les paramètres lipidiques et sur le niveau d'activité physique. À cet égard, la réadaptation cardiaque joue un rôle important après un infarctus. Elle permet ainsi de dépister et de prendre en charge une dépression.

L'éducation thérapeutique du patient est essentielle pour améliorer ses connaissances et surtout pour lui redonner confiance et envie de mieux prendre soin de lui. Ensuite, l'activité physique est à privilégier, car elle est un puissant antidépresseur, tout en étant très bénéfique pour le cœur.



### TROIS QUESTIONS A SE POSER APRES UN INFARCTUS A LA RECHERCHE D'UNE DEPRESSION :

**Ai-je peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses ?**

**Me suis-je senti abattu, déprimé ou sans espoir ?**

**Ai-je besoin d'une aide en ce moment ?**

La réponse oui à l'une des deux premières questions et à la demande d'aide doit entraîner au minimum une consultation avec un professionnel de l'écoute (psychologue du centre de réadaptation).

**CONSULTEZ NOTRE BROCHURE**  
**« Cœur et stress, combattre le stress pour réduire le risque cardio-vasculaire ».**



### L'obésité abdominale

L'obésité abdominale qu'on appelle syndrome métabolique ou syndrome du gros ventre, est responsable de **20 %** des infarctus du myocarde. Au sein d'une population de coronariens français, **55 %** de ces patients présentent une obésité abdominale.

**Le tour de taille**, qui est au centre de la définition du syndrome métabolique, est un bon révélateur de la quantité de graisse abdominale, qui comporte la graisse qui est juste en dessous de la peau et celle qui est dans le ventre appelée graisse viscérale. C'est cette graisse située autour des viscères qui est mauvaise pour la santé et qui est en partie responsable des anomalies métaboliques.

La mesure du tour de taille permet très simplement d'évaluer le **degré de graisse abdominale** d'une personne. Tout le monde peut le faire : il suffit de prendre **un mètre ruban** (de couturière) et de mesurer son tour de taille ou périmètre abdominal en prenant bien soin de placer le mètre entre la dernière côte et le haut de l'os de la hanche et de le tendre autour du ventre sans le serrer ni l'éloigner de la peau. Attention, il est essentiel que le ventre soit le plus relâché possible, il ne faut pas retenir sa respiration ni rentrer son ventre ! Pratiquer l'auto-mesure de son tour de taille **au moins tous les ans**, permet de suivre dans le temps l'évolution de sa graisse abdominale. Cette mesure doit être notée sur un carnet de surveillance qui sera très utile au long cours pour la prise en charge médicale. **Il faut retenir que, par an, la prise de poids d'un kg associée à l'augmentation d'un centimètre de tour de taille représente le stockage d'un kilogramme de graisse pure.**

Pour les Européens, on parle de tour de taille élevé dès qu'il se situe entre 94 et 102 cm pour les hommes et entre 80 et 88 cm pour les femmes. Au-dessus de 102 cm pour un homme et 88 cm pour une femme, le tour de taille est considéré comme très élevé !

Cette mesure doit être associée au calcul de **l'indice de masse corporelle ou IMC** (division du poids en kg par le carré de la taille en mètre) qui renseigne sur l'état pondéral : maigre (IMC en dessous de 18,5 kg/m<sup>2</sup>), poids normal (IMC entre 18,5 et 24,9 kg/m<sup>2</sup>), surpoids (IMC entre 25 et 29,9 kg/m<sup>2</sup>), obésité (IMC entre 30 et 35 kg/m<sup>2</sup>), obésité sévère (IMC entre 35 et 40 kg/m<sup>2</sup>) et obésité massive (IMC d'au moins 40 kg/m<sup>2</sup>).

Le traitement du syndrome métabolique est avant tout **non pharmacologique** associant approche diététique (moins d'alcool, moins de gras, moins de sucre), augmentation de l'activité physique régulière (idéalement journalière) et approche psychologique. Une simple **diminution de 10 %** du poids va avoir un effet majeur sur le plan cardio-vasculaire. Cette perte de poids devra être **progressive** et jamais brutale. Elle devra se faire par un simple rééquilibrage de l'alimentation sans s'aider de médicaments hormonaux, diurétiques ou de coupe-faim qui sont formellement contre-indiqués. Il est essentiel de recourir à l'aide d'un(e) diététicien(ne) et d'un(e) psychologue qui décèleront vos erreurs alimentaires (portions, grignotage,...) et vous aideront à retrouver votre **poids de forme**, ce qui vous est proposé au mieux dans un centre de réadaptation cardiaque.

**En pratique, il faut retenir qu'à partir d'un tour de taille de 94 cm pour un homme et de 80 cm pour une femme, il ne faut pas grossir et dès 102 cm pour un homme et 88 cm pour une femme, il faut perdre du poids.**



**IL EST ESSENTIEL DE CONNAÎTRE LES OBJECTIFS TENSIONNELS EN FONCTION DU TYPE DE MESURE :**

En consultation médicale : moyenne d'un minimum de deux mesures de PA < 140/90 mmHg.  
En automesure tensionnelle (AMT) à domicile sur 18 mesures suivant la règle des trois recommandée par la Société française d'hypertension artérielle : 3 le matin, 3 le soir pendant 3 jours de suite : moyenne de PA < 135/85 mmHg  
En Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle sur 24 heures (MAPA ou holter tensionnel) : en période d'éveil (diurne) moyenne de PA < 135/85 mmHg.  
En période de sommeil (nocturne) moyenne de PA < 120/70 mmHg.  
Pendant 24 heures moyenne de PA < 130/80 mmHg.

### L'hypertension artérielle

L'hypertension artérielle (HTA) est responsable de **18 %** des infarctus du myocarde. En France, on retrouve **48 %** d'hypertendus au sein de la population des patients ayant une maladie coronaire et seulement **44 %** de ces hypertendus sont contrôlés.

La pression artérielle (PA) normale s'élève légèrement au cours de la vie. Elle ne doit pas dépasser 140 pour la maxima (dite pression artérielle systolique) et 90 pour la minima (dite pression artérielle diastolique), exprimées en mm de mercure (soit 14 et 9 en cm de mercure). Ces chiffres doivent être mesurés au repos et être constatés à plusieurs reprises. En effet le stress, l'émotion, le travail, l'activité physique augmentent la pression artérielle. Un certain nombre de patients ont des niveaux de pression artérielle élevés uniquement lorsque la mesure est effectuée soit par un médecin soit par une infirmière soit au travail soit dans une pharmacie, on parle **d'HTA de « stress » ou de « blouse blanche »**. Chez ces patients, quand la mesure de la pression artérielle est réalisée à domicile par **automesure tensionnelle (AMT)** ou de façon automatique par **mesure ambulatoire de la pression artérielle sur 24 heures** (MAPA ou holter tensionnel), les niveaux de pression artérielle sont normaux. Inversement il y a des patients qui ont des chiffres de pression artérielle normaux en consultation médicale et élevés en auto mesure et/ou en MAPA, on parle alors d'HTA « masquée ». Il est très important de bien définir ces types d'HTA car les traitements médicamenteux antihypertenseurs sont actuellement indiqués dans **l'HTA permanente** (en consultation et à domicile) et dans **l'HTA « masquée »** mais pas dans l'HTA de stress ou de blouse blanche isolée. La Société française d'hypertension artérielle a fait en novembre 2011 une recommandation concernant

les mesures de la pression artérielle et en particulier pour l'automesure tensionnelle à domicile, elle recommande que les mesures soient réalisées en position assise avec **trois mesures le matin au petit-déjeuner, trois mesures le soir avant le coucher, trois jours de suite (règle des trois)**, les mesures étant espacées de quelques minutes.

Il faut noter qu'après un infarctus du myocarde ou même après un pontage aorto-coronaire, les chiffres de pression artérielle baissent au moins transitoirement. L'hypertension artérielle, si elle persiste après l'accident coronaire, doit être l'objet d'un traitement au long cours qui doit être surveillé. À distance d'un événement coronaire (syndrome coronaire aigu, dilatation coronaire avec stent, ou pontage coronaire...) actuellement seulement **un hypertendu coronarien sur trois** est normalisé sur le plan tensionnel.

Le traitement de l'hypertension artérielle permanente repose sur des règles hygiéno-diététiques (alimentation peu salée, peu ou pas d'alcool, pas de réglisse, activité physique régulière) associées à un traitement médicamenteux qui a bien montré au long cours un bénéfice majeur en termes de réduction du risque d'événements cardio-vasculaires. Il existe dans ce domaine une gamme de médicaments très actifs, d'emploi relativement simple, permettant de ramener les chiffres de pression artérielle à la normale. Ainsi, l'objectif thérapeutique pour un hypertendu coronarien est de normaliser ses niveaux de pression artérielle.



Un autre objectif tensionnel est de s'assurer qu'il n'existe **pas d'hypotension artérielle orthostatique** c'est-à-dire que la pression artérielle ne s'abaisse pas de façon excessive en position debout. On parle d'hypotension orthostatique dès que la pression artérielle systolique chute d'au moins 20 mmHg et /ou la pression diastolique chute d'au moins 10 mmHg quand on passe de la position couchée à la position debout, après une à trois minutes d'orthostatisme.

**CONSULTEZ NOTRE BROCHURE « Hypertension artérielle, des chiffres qui comptent ».**



## Le diabète

Le diabète est responsable de **10 %** de l'ensemble des infarctus du myocarde. On retrouve **34 %** de patients diabétiques au sein de la population des coronariens français et seulement 8 % de ces patients ont une glycémie contrôlée.

La maladie coronaire liée au diabète est souvent **indolore**, on parle alors d'ischémie myocardique silencieuse, mais il arrive fréquemment que le diabète soit diagnostiqué à l'occasion d'un syndrome coronaire aigu ou d'un infarctus du myocarde. Les diabétiques sont victimes de 30 000 infarctus du myocarde par an. Les complications cardio-vasculaires jouent un rôle majeur dans la mortalité liée au diabète, elles représentent 60 % des décès des diabétiques.



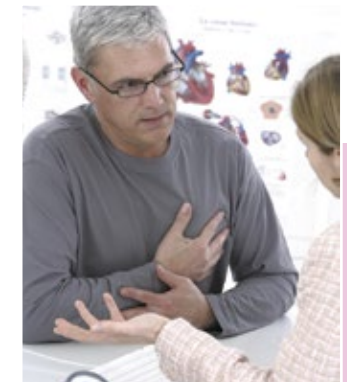
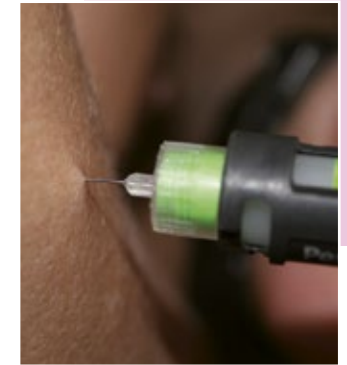
Le diabète représente un trouble du métabolisme des hydrates de carbone, se traduisant notamment par une élévation anormale du taux de sucre dans le sang, on parle de glycémie élevée. Il y a diabète quand, sur une prise de sang à jeun, **la glycémie est supérieure à 1,26 g/l (7 mmol/l) à deux reprises ou à n'importe quel moment de la journée si elle est supérieure à 2 g/l (11,1 mmol/l) à deux reprises.**

Le diabète, suivant son type (insulinodépendant ou non) doit être équilibré au moyen d'un régime associé à une activité physique régulière et d'une thérapie spécifique. En fait le diabétique doit avoir **une alimentation équilibrée**, il ne doit plus aujourd'hui faire un régime hypoglycémique, mais doit faire un régime **normoglycémique, modérément hypocalorique**, grâce à une réduction des boissons alcoolisées et des graisses. L'exercice physique régulier est aussi important pour le traitement du diabète que l'équilibre alimentaire.

Après un accident coronaire, le traitement pharmacologique du diabète doit être initié et suivi par un **diabétologue**. Il faut savoir que certains traitements antidiabétiques peuvent être contre-indiqués chez le cardiaque, il est donc essentiel qu'il y ait une discussion régulière entre votre cardiologue et votre diabétologue pour optimiser votre traitement au long cours.

Le contrôle des glycémies par **autosurveillance**, grâce aux appareils d'autosurveillance (les lecteurs de glycémie) est un élément essentiel dans la vie d'une personne diabétique. La fréquence et le recours à l'autosurveillance varient d'une personne à une autre et dépendent de la situation du patient. C'est pourquoi **l'autosurveillance glycémique** se détermine en concertation avec le diabétologue et le médecin traitant dans le cadre d'un programme d'éducation thérapeutique réalisée en diabétologie. Les prises de sang, dans un laboratoire d'analyses, seront régulières et permettront de doser l'hémoglobine glyquée (HbA1c) **tous les 3 mois**. Ce dosage reflète l'équilibre des glycémies pendant une plus longue période que la glycémie à jeun.

Il faut retenir qu'on considère que le diabète est contrôlé de façon optimale quand **l'HbA1C est inférieure à 6,5 %**. Le contrôle du diabète est acceptable quand **l'HbA1C est de l'ordre de 7 %**. En revanche ce contrôle est mauvais quand **l'HbA1C est au-dessus de 8 %** et il faut revoir l'approche thérapeutique globale.



**CONSULTEZ  
NOTRE BROCHURE**  
« Diabète, changez  
son évolution ».

### Les autres facteurs de risque acquis sont d'ordre hygiéno-diététique

L'absence de consommation journalière de **fruits et légumes**, la **sédentarité**, et l'absence de consommation régulière et modérée d'alcool sont respectivement responsables de **14 %**, **12 %** et **7 %** de l'ensemble des infarctus du myocarde.



#### ■ L'absence de consommation journalière de fruits et légumes :

Le fait de manger très peu de fruits et de légumes a un effet délétère sur le plan cardio-vasculaire. En effet ces aliments contiennent **des minéraux et des vitamines** qui ont des **effets antioxydants**, c'est-à-dire qui ont des effets protecteurs au niveau des cellules, particulièrement au niveau des cellules des artères et du cœur. Ils contiennent aussi des fibres et de l'eau qui facilitent le transit intestinal. Les aliments riches **en fibres** permettent une absorption intestinale plus lente des sucres et diminuent l'absorption intestinale du cholestérol. Enfin, les fruits et légumes sont des aliments **peu caloriques**, ils sont donc une aide précieuse en cas de surpoids lié à un excès de calories (alcool, graisses et sucres).

#### ■ La sédentarité :

La sédentarité, c'est-à-dire le fait d'avoir peu ou pas d'activité physique journalière (**moins de 30 minutes de marche par jour**) est délétère sur le plan cardio-vasculaire. L'équivalent d'au moins 30 minutes de marche rapide (d'un bon pas) protège les vaisseaux et le cœur : action préventive et thérapeutique de l'hypertension artérielle, du diabète, des dyslipidémies, du surpoids, des maladies cardio-vasculaires (de la maladie coronaire à l'insuffisance cardiaque) et de beaucoup d'autres maladies chroniques.



L'activité physique quotidienne améliore la qualité de vie en procurant une meilleure forme physique et un meilleur moral. Elle a en outre une action antistress majeure et c'est une des clés de l'arrêt du tabagisme. En effet elle va évacuer le stress, soulager l'envie et diminuer les risques de prise de poids. Enfin cette activité physique régulière est la seule thérapeutique à pouvoir créer des petits vaisseaux autour des artères malades, on parle d'augmentation de la **collatéralité**, tant au niveau des coronaires qu'au niveau des artères des membres inférieurs quand il existe une artérite des membres inférieurs.

#### ■ L'absence de consommation régulière et modérée d'alcool :

A partir de deux verres de vin (équivalents à 2 demis de bière ou 6 cl d'alcool fort) pour les femmes et trois pour les hommes, ce niveau d'absorption d'alcool journalier correspond à l'absorption de **calories inutiles**, qui vont augmenter les taux de triglycérides dans le sang et au long cours la graisse abdominale avec augmentation du tour de taille.

De même, à partir de deux verres de vin par jour l'alcool augmente la pression artérielle et entraîne à la longue une hypertension artérielle permanente. D'autre part, une étude récente a montré que dans une population d'hommes âgés de 50 à 59 ans, par rapport à une consommation régulière d'alcool, l'abstinence ou l'hyperalcoolisation aiguë (c'est-à-dire le « binge drinking », consommation **d'au moins cinq verres d'alcool** équivalent à 50 g d'alcool) au moins une fois dans la semaine est associée à un plus haut risque d'événements coronaires sévères. Contrairement à une croyance populaire, boire du vin augmenterait le risque de



Les dernières études épidémiologiques montrent que le vin tue beaucoup plus que la tuberculose et le SIDA réunis. La revue Lancet d'août 2018 démontrait dans une étude qu'un verre de vin par jour augmentait de 0.5% le risque de développer un cancer ou une maladie cardio-vasculaire. Tous ces éléments laissent à penser qu'il nous faudrait d'autres études et, bien entendu, une nouvelle recommandation du PNNS et de la HAS pour évaluer au mieux l'effet du vin sur le système cardio-vasculaire.

développer de nombreuses maladies : certains cancers, maladies cardio-vasculaires et digestives (cirrhose du foie par exemple), maladies du système nerveux et troubles psychiques (anxiété, dépression). **La consommation même modérée d'alcool majore le risque de cancer.** Il faut rappeler que l'alcool est le **deuxième facteur de risque de mortalité par cancers en France après le tabac.** En 2006, il a été estimé que la consommation d'alcool était responsable de 9 000 décès par cancer.

## VOTRE COMPORTEMENT



Un accident coronaire implique une modification du comportement de l'appréciation des événements, en un mot de l'échelle des valeurs. Retrouvez sur le site « fedecardio.com » cette brochure complétée de conseils simples pour agir sur votre comportement dans la famille, au travail, face à l'environnement et au climat, pour trouver un équilibre alimentaire, pour gérer le repos, le sommeil, l'activité sexuelle, et les déplacements (en voiture ou en avion).

## L'EXERCICE PHYSIQUE

Dans la pratique de l'exercice physique dont on a vu qu'elle faisait partie intégrante de la thérapeutique après un accident cardiaque, il faut tenir compte de deux éléments essentiels : l'activité physique elle-même et la façon dont on l'exerce.

### L'ACTIVITÉ MUSCULAIRE ELLE-MÊME

Il existe schématiquement deux types de travaux musculaires : les efforts dynamiques et les efforts statiques.

#### L'effort dynamique

Il aboutit à des déplacements de parties du corps ou du corps entier. Ces efforts sont bénéfiques. Mais ils doivent être adaptés à votre cas, **d'intensité modérée**, visant à augmenter l'endurance. Ils doivent se passer en trois phases : **échauffement** de cinq à dix minutes à un niveau d'intensité faible, puis progressivement croissant (cette première phase est capitale, car c'est alors que les artères se dilatent) ; phase de **stabilisation** qui doit être prolongée pendant une période suffisamment longue pour obtenir une amélioration de la capacité physique. Un bon moyen pour obtenir une intensité modérée est de retenir qu'il faut que vous soyez, en aisance respiratoire, juste **un peu essoufflé c'est-à-dire que vous puissiez toujours parler pendant votre activité.** Cette phase doit être augmentée au fur et à mesure de l'entraînement. Enfin, la phase de **récupération active**, à un niveau d'intensité faible, qui dure cinq à dix minutes, permet à l'organisme de retrouver progressivement l'équilibre antérieur.



La marche, une activité simple qui se pratique seul(e) ou en groupe, en ville ou dans la nature...

En pratique optez pour une activité physique ludique ou conviviale qui vous apporte du plaisir, marchez, trottez, nagez, faites du vélo, de façon régulière c'est-à-dire **tous les jours**. Reprenez cette activité physique toujours de manière progressive (votre cœur n'aime pas les activités brutales), commencez par un échauffement de 5 à 10 minutes, augmentez petit à petit l'intensité de l'effort jusqu'à un niveau d'intensité modérée dont la durée minimale est de **30 minutes** puis n'oubliez pas la phase de récupération active de durée cinq à dix minutes.

Les efforts brefs sont moins bien tolérés et donc à déconseiller, car ils risquent d'entraîner des symptômes qui n'apparaîtraient qu'à l'issue de l'effort, du fait de sa brièveté.

#### Les efforts statiques

Ils sont dangereux et donc déconseillés. Cette recommandation ne s'applique qu'aux **efforts intenses** associant une contraction permanente à un blocage plus ou moins complet des muscles respiratoires. Citons par exemple l'haltérophilie ou tout simplement l'action de pousser un véhicule.

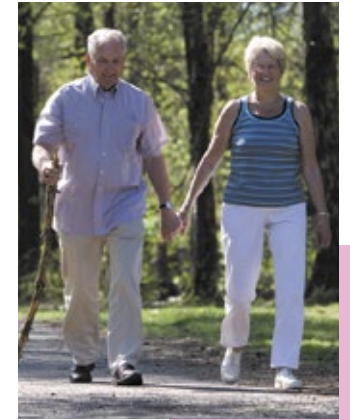
En revanche, les efforts pratiqués dans le cadre d'une « musculation adaptée », c'est-à-dire d'un **renforcement musculaire**, sont conseillés ; pour cela, on utilise des charges très légères - par exemple des haltères simples de 1 à 1,5 kg - entraînant des efforts bien supportés par le cœur et permettant la synchronisation des mouvements avec la respiration.

Il est ainsi possible de renforcer la musculature du tronc et des bras qu'on a tendance à négliger mais qui intervient dans les actes de la vie courante. Par exemple pour porter un paquet, bricoler ou jardiner.

## LES CONDITIONS D'EXERCICE DE L'ACTIVITÉ MUSCULAIRE

L'entraînement physique a des effets bénéfiques sur l'organisme. Pour cela, il doit avoir **une certaine intensité et une certaine fréquence**. La périodicité la plus favorable est une séance d'une **demi-heure à une heure, au moins trois à quatre fois par semaine**, l'idéal serait **tous les jours**. Car c'est la régularité qui paye ! De toute façon, au cours de ces activités, il faut respecter un certain nombre de règles :

- Éviter à tout prix les **efforts brutaux**, les efforts **trop intenses** (le fait de ne plus pouvoir parler lors de l'effort) et un esprit de **compétition** (le fait de vouloir gagner à tout prix).
- Éviter les activités physiques en cas de **fièvre** et dans la semaine qui suit un **épisode grippal** (fièvre, courbatures, toux).
- Respecter un **échauffement** avant chaque activité sportive et une récupération de **10 minutes**.
- Boire **3 à 4 gorgées** d'eau toutes les **30 minutes** d'exercice.
- Savoir prendre son temps et savoir se reposer.
- Savoir que certains sports sont **dangereux** pour les patients sous anticoagulants (risque d'hématome important par traumatisme).
- Se rappeler le rôle très néfaste **du vent, du froid** (< - 5 °C), **du chaud** (> + 30 °C), **des pics de pollution et de la digestion**.



■ Consulter rapidement votre médecin pour toute douleur dans la poitrine inhabituelle, tout **essoufflement anormal**, **toute palpitation cardiaque**, **tout malaise**, symptômes survenant à l'effort ou juste après l'effort.

### LES ACTIVITÉS PHYSIQUES À CONSEILLER

Il convient de privilégier les activités physiques de type « **endurance** », qui permettent d'améliorer les capacités cardio-vasculaires sans imposer d'efforts trop violents au cœur. Évidemment, l'augmentation de l'activité doit être progressive (au cours de la même séance et d'une séance à l'autre).

**La marche** est le sport idéal à condition que l'effort fourni soit suffisant en durée et en intensité. Il faut essayer de marcher d'un **bon pas**, d'un pas soutenu ce qu'on appelle la marche rapide, dont le niveau est différent pour chacun.

**Le « footing » ou course lente** réclame des efforts plus importants. Il est nécessaire de toujours rester en « **aisance respiratoire** » et de contrôler souvent, au moins au début, votre fréquence cardiaque avec l'aide d'un cardiofréquencemètre. L'idéal est de travailler votre **fréquence cardiaque d'entraînement** qui est donnée par votre cardiologue à l'occasion de la dernière **épreuve d'effort** réalisée. Cette fréquence d'entraînement va naturellement évoluer en fonction de vos progrès. Il faudra la réévaluer par votre cardiologue dans l'idéal à l'occasion d'une nouvelle épreuve d'effort.

**Le vélo** est aussi excellent, surtout en terrain plat. En revanche attention, évitez le vélo en côte, au froid, contre le vent, et le VTT, qui vont entraîner des efforts trop intenses et à risque. Il convient de consulter votre cardiologue avant de pratiquer ce type de sport. La pratique du vélo d'appartement

équipé d'un **capteur de fréquence cardiaque** est à faire régulièrement comme cela vous a été montré en centre de réadaptation cardiaque. Il est possible aussi de s'adonner chez vous à cet exercice qui présente le double avantage d'un exercice déjà pratiqué (au cours des épreuves d'effort) et facile à doser grâce au monitoring de votre fréquence cardiaque.

**La natation** est à conseiller sous réserve que vous soyez bon nageur (coordination et aisance respiratoire) car pour être efficace elle doit, comme la marche, donner lieu à des efforts suffisants, au moins en durée. Il faut se rappeler que la nage en **eau froide** est mal supportée. **Des exercices d'éducation physique**, « la gymnastique », peuvent également être pratiqués en alternance avec les sports d'endurance, car ils permettent de développer ou d'entretenir le système musculo-articulaire. Les séances de gymnastique et de renforcement musculaire qui vous ont été proposés dans le centre de réadaptation cardiaque doivent être répétées régulièrement. Rappelez-vous toutefois qu'il convient de proscrire formellement les exercices impliquant un « **blocage respiratoire** » et d'éviter les rythmes trop rapides pouvant provoquer une accélération intense de la fréquence cardiaque. Là encore un cardiofréquencemètre vous permet de bien doser les efforts en surveillant votre fréquence cardiaque.

### LES AUTRES SPORTS

Pour tous les autres sports, il est important de demander l'avis de votre cardiologue, qui vous proposera **une épreuve d'effort**, examen le mieux à même de définir votre capacité physique et d'évaluer vos limites cardiaques.





# LA REPRISE DU TRAVAIL



Dans tous les cas, n'hésitez pas à contacter votre médecin du travail dans le cas d'une visite de « pré-reprise » qui vous sera d'une grande aide dans votre reprise professionnelle, notamment si votre poste de travail doit être aménagé. Lors de cette visite n'oubliez pas d'amener le compte-rendu de votre dernière épreuve d'effort qui est l'examen le plus objectif pour évaluer votre capacité physique.

D'une façon générale, les possibilités de reprise d'activité professionnelle sont sous-estimées. Tout doit être fait pour une **reprise rapide du travail antérieur**, sauf en cas de travaux musculaires lourds incompatibles avec l'état cardiaque. La reprise du travail est évidemment plus facile lorsqu'il s'agit d'une activité **sédentaire** et intellectuelle que lorsqu'il s'agit d'un métier exigeant une activité physique importante. Dans ce dernier cas, l'aptitude au travail peut être évaluée en fonction des résultats de **l'épreuve d'effort**.

La notion de **stress professionnel** aigu ou chronique, susceptible d'être considéré comme facteur déclenchant de l'accident coronaire, ne doit pas être négligée. Dans ce cas, il est important de consulter un professionnel de l'écoute (psychologue) avant d'envisager une reprise professionnelle conflictuelle.

Si manifestement l'état cardiaque et physique ne permet pas la reprise de l'activité antérieure, un changement de poste est souhaitable, mais parfois difficile ou nécessitant une reconversion.

Dans les infarctus non compliqués, sans séquelles fonctionnelles, facilement identifiées par les épreuves d'effort, la reprise du travail peut se faire à la fin du **1<sup>er</sup> mois** chez ceux exerçant une profession ne nécessitant pas d'effort physique; **2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> mois** chez ceux qui ont un **métier physiquement actif**, dans l'idéal après un séjour en centre de réadaptation, soit en hospitalisation complète soit en ambulatoire.

Il peut être éventuellement intéressant de reprendre transitoirement votre activité à mi-temps. Dans le cas où la reprise d'activité professionnelle risque d'être problématique mais non formellement déconseillée, on peut suggérer de reprendre le travail afin de voir comment vous vous comportez, quitte à devoir interrompre secondairement cette activité.

# VOTRE ORDONNANCE DE SORTIE DE L'HÔPITAL

Après un accident coronaire (syndrome coronaire aigu avec ou sans infarctus du myocarde), le traitement médicamenteux associe 4 types de médicaments qu'on appelle « **BASI** » : B pour bêta-bloquant, A pour antiagrégant plaquettaire, S pour statine et I pour inhibiteur de l'enzyme de conversion. Ce traitement débuté à l'hôpital a pour but de vous soulager, de prolonger votre vie, et d'éviter les complications cardio-vasculaires ou la récurrence de l'accident cardiaque.

## BASI, BÊTABLOQUANT, ANTIAGRÉGANT PLAQUETTAIRE, STATINE, INHIBITEUR DE L'ENZYME DE CONVERSION

### B comme bêta-bloquant

Ces médicaments ralentissent le cœur et diminuent les besoins en oxygène du muscle cardiaque. En pratique sous bêta-bloquant **le matin au réveil** votre fréquence cardiaque doit être de l'ordre de **60 à 70 battements par minute**.

### A comme antiagrégant plaquettaire (AA)

Ces médicaments ont une action fondamentale pour prévenir la survenue des caillots sanguins. Ils agissent en empêchant l'agrégation des plaquettes sanguines. Le plus connu est **l'aspirine** qui doit être prescrite très rapidement à la dose de 150 à 300 mg puis poursuivie au long cours (à vie) à faible dose (75 à 100 mg/j, la même dose que pour le nourrisson !).

Une intense recherche pharmacologique a permis de mettre à disposition d'autres AA qui ont des actions complémentaires avec l'aspirine. Ces nouveaux AA



DEMANDEZ  
NOTRE BROCHURE  
« Cœur et stress ».



comme le clopidogrel, chef de fil, doivent être donnés en association à l'aspirine le plus tôt possible dans le cas d'un syndrome coronaire aigu et maintenu pendant 12 mois sauf en cas de contre-indications telles qu'un risque hémorragique important. Il ne faut jamais arrêter ces médicaments sans l'avis de votre cardiologue (en particulier pour des soins dentaires ou autres soins invasifs).

### **S** comme Statine

Ces médicaments sont des **hypolipémiants**, ils agissent sur le mauvais cholestérol, le LDL cholestérol et ils ont aussi une action dite de stabilisation de la plaque d'athérome. C'est pourquoi ils sont prescrits très tôt lors d'un syndrome coronaire aigu quel que soit le niveau du LDL cholestérol. Ils sont prescrits au long cours (à vie !) en association à une alimentation réduite en graisses saturées (les graisses animales).

### **I** comme Inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC)

Ces médicaments sont des vasodilatateurs dont l'action principale est d'inhiber un vasoconstricteur très puissant qui s'appelle **l'angiotensine 2**. Les IEC, prescrits quelques jours après l'épisode de syndrome coronaire aigu et au long cours, ont montré une action bénéfique en termes de diminution de récurrences d'accidents cardio-vasculaires surtout quand il existe une **altération de la contraction du cœur**, on parle d'altération de la fonction systolique du ventricule gauche (dysfonction systolique du ventricule gauche).

## **LE TRAITEMENT DE LA CRISE D'ANGINE DE POITRINE**

Pour la crise d'angine de poitrine, un des médicaments de base est la **trinitrine** qui est prescrite en cas de survenue d'une douleur angineuse. Il s'agit d'un médicament à action

rapide, qui dilate les vaisseaux sanguins du corps, y compris les artères coronaires, et diminue le travail cardiaque. La trinitrine, sous forme de comprimés, doit être croquée et laissée sous la langue. La trinitrine prescrite en spray doit être utilisée en pulvérisation, sous la langue. Il vaut mieux l'utiliser en position assise ou couchée que debout. En effet, la trinitrine peut entraîner une **hypotension en position debout** avec risque de malaises et vertiges.

Ce qu'il faut retenir c'est que la douleur, l'angor, doit disparaître rapidement, en moins d'une minute. **Si l'angor persiste au-delà de 20 minutes malgré la trinitrine, il ne faut pas hésiter à appeler le 15**, c'est un angor instable, un syndrome coronaire aigu qui doit être traité de toute urgence.

## **D'AUTRES MÉDICAMENTS PEUVENT VOUS ÊTRE PRESCRITS**

La liste de médicaments n'est pas limitative et votre médecin pourra vous prescrire d'autres traitements en fonction de votre état.

### **Les inhibiteurs calciques**

On peut également vous prescrire d'autres médicaments **anti-angineux**, du groupe dit des « inhibiteurs du calcium » qui ont aussi une action antihypertensive. Leur tolérance est le plus souvent bonne, avec quelquefois l'apparition de gonflement des chevilles, sans aucune gravité.

### **Les anticoagulants**

Vous aurez peut-être, dans les premiers mois de votre convalescence, un traitement anticoagulant. Après une phase initiale d'injection intraveineuse ou sous-cutanée, vous aurez en général un traitement sous forme de comprimés, ce sont des antivitamines K (AVK). L'effet anticoagulant est à surveiller de façon régulière, au moyen de prises

de sang pour déterminer **l'INR** (International Normalized Ratio). Celui-ci doit être **entre 2 et 3**. La surveillance doit être faite au minimum tous les quinze jours au début, puis tous les mois.

### Les antidiabétiques

Les antidiabétiques sont souvent introduits à l'occasion d'un syndrome coronaire aigu. La prise en charge et le suivi de ce traitement pharmacologique associé aux règles hygiéno-diététiques spécifiques au diabète est au mieux réalisé en relation avec **un service de diabétologie** pour proposer et planifier un programme d'éducation thérapeutique adapté à chaque patient.

### ATTENTION À CERTAINS MÉDICAMENTS QUI PEUVENT ÊTRE CONTRE-INDIQUÉS

Certains médicaments sont contre-indiqués de façon absolue chez le patient coronarien. C'est le cas pour les **œstrogènes** contenus dans la pilule œstroprogestative ou dans le traitement hormonal substitutif. D'autres sont contre-indiqués en association avec d'autres médicaments, c'est le cas pour les médicaments **des troubles de l'érection** qui ne doivent pas être donnés en association avec des dérivés nitrés. Enfin d'autres médicaments comme **les anti-inflammatoires non stéroïdiens** interagissent avec d'autres médicaments comme l'aspirine ou certains antihypertenseurs, ils peuvent être donnés à faible dose et pendant des périodes les plus courtes possibles. En pratique, il ne faut pas faire de **l'automédication** et toujours demander l'avis de votre médecin traitant et de votre cardiologue avant de prendre un nouveau médicament qui peut interférer avec votre traitement quotidien.

**DEMANDEZ LE CARNET d'information et de suivi de traitement anticoagulant par AVK (antivitamine K).**

## EN PRATIQUE, APRÈS L'ACCIDENT CORONAIRE CE QUE JE DOIS RETENIR

■ Une réadaptation en milieu spécialisé, soit en hospitalisation complète soit en ambulatoire est indiquée.

■ Je suis suivi régulièrement par mon médecin traitant et par mon cardiologue, que je vois au minimum une fois par an.

■ Je programme l'arrêt définitif du tabac, avec ou sans patch de nicotine, avec ou sans l'aide d'un professionnel du sevrage tabagique.

■ Si j'ai de l'angine de poitrine, je sais utiliser la trinitrine (en comprimés ou en spray sous la langue).

■ Je connais les signes d'alerte qui doivent déclencher l'appel du SAMU (le 15)

■ Je prends tous les jours mon BASI (sauf contre-indication) : B pour bêtabloquant, A pour antiagrégant plaquettaire, S pour statine, I pour Inhibiteur de l'enzyme de conversion. Je ne fais pas d'automédication et pour tous nouveaux médicaments, je demande l'avis à mon médecin traitant et à mon cardiologue.

■ Au long cours, dans l'idéal mon LDL cholestérol (contrôlé tous les six mois) doit être inférieur à 0,7 g/l, ma pression artérielle doit être en dessous de 140/90 mmHg. Si je suis en surpoids, je me donne comme objectif une perte de poids de 10 %





associée à un tour de taille inférieur à 94 cm (pour un homme) ou à 80 cm (pour une femme). Si je suis diabétique, je vise tous les trois mois une HbA1c de l'ordre de 7 % (optimale si inférieure à 6,5 %).

■ J'ai une activité physique régulière d'intensité modérée, dans l'idéal tous les jours à hauteur de 30 à 60 minutes, telle que marcher d'un bon pas, trotter, nager, faire du vélo d'appartement...



■ J'ai une alimentation équilibrée : trois repas, peu d'alcool, moins de graisses (en particulier moins de graisses animales), moins de sucre, moins de sel, plus de fruits, de légumes et de poissons (et plus d'omega 3).

■ Je combats le stress, qu'il soit à domicile et/ou au travail, avec si nécessaire l'aide d'un professionnel de l'écoute (psychologue).

■ Je peux reprendre mon travail à la fin du premier mois si ma profession ne nécessite pas d'effort physique ou du deuxième/troisième mois si j'ai un métier « physique », après évaluation de ma capacité fonctionnelle par une épreuve d'effort, avis de mon cardiologue et du médecin du travail.

## NOTES

## LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE, PREMIÈRE ASSOCIATION DE LUTTE CONTRE LES MALADIES CARDIO-VASCULAIRES S'INVESTIT DANS QUATRE MISSIONS ESSENTIELLES :

### INFORMER POUR PRÉVENIR

La FFC sensibilise les Français aux dangers des maladies cardio-vasculaires et aux moyens de s'en prémunir en diffusant gratuitement, chaque année, plus de 3 millions de documents de prévention. Elle organise également les Parcours du Cœur, plus grand événement de prévention santé de France, qui mobilisent plus de 730 000 participants dans plus de 1 156 villes de France et 2 850 établissements scolaires.

### FINANCER LA RECHERCHE CARDIO-VASCULAIRE

Elle a rendu possible des progrès technologiques spectaculaires ces vingt dernières années, permettant de sauver de nombreuses vies. Mise au point de nouveaux médicaments et de procédures plus performantes, meilleure connaissance des facteurs de risques, formation des chercheurs, la FFC consacre chaque année plus de 3 M€ au financement de projets de recherche.

### AIDER LES CARDIAQUES À SE RÉADAPTER

Parrainés par des cardiologues et animés par des bénévoles, nos 250 clubs Cœur & Santé accueillent plus de 17 000 malades cardiaques. La prévention secondaire des maladies cardio-vasculaires est encore très perfectible en France, seule une minorité de malades qui en relève étant adressée aujourd'hui dans les structures spécialisées.

### APPRENDRE LES GESTES QUI SAUVENT

50 000 personnes décèdent chaque année de mort subite. Chaque minute qui passe avant l'arrivée des secours, c'est 10 % de chances de survie en moins, sauf si un témoin sait pratiquer « les gestes qui sauvent ». La FFC sensibilise les Français à accomplir l'acte citoyen de se former et participe au développement du registre national de l'arrêt cardiaque RéAC.

### DONNEZ À LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE

Envoyez par courrier un chèque libellé à l'ordre de la Fédération Française de Cardiologie à l'adresse suivante : 5 rue des Colonnes du Trône - 75012 Paris ou par carte bancaire sur notre site sécurisé [www.fedecardio.org](http://www.fedecardio.org)

Vous pouvez aussi soutenir la Fédération Française de Cardiologie grâce à un don par prélèvement automatique, un don *in memoriam*, un legs et/ou une assurance-vie.

Retrouvez toutes les informations sur [www.fedecardio.org](http://www.fedecardio.org)  
ou appelez-nous au + 33 (0)1 44 90 83 83.

