



© iStock

INFARCTUS DU MYOCARDE :

le cœur en crise

Lorsque le cœur se retrouve soudainement privé d'oxygène, le muscle cardiaque souffre et se détériore irrémédiablement : c'est l'infarctus. Chaque jour en France, il frappe plus de 300 personnes. **Des progrès importants ont déjà été faits pour prendre en charge cette urgence vitale. Médecins et chercheurs continuent cependant de travailler pour améliorer la prévention, prévenir les récurrences et réduire les séquelles.**

— PARRAIN : PR MICHEL OVIZE —

Quelques données d'épidémiologie en France



• **80 000 personnes touchées** chaque année



• **10 % de décès immédiats**, et 15 % dans l'année qui suit



• À l'origine de **12 000 décès par an**

Source : Inserm

Le cœur est un muscle qui fonctionne sans relâche : durant une vie de 80 ans, il aura battu près de 3 milliards de fois ! Son rôle : propulser le sang dans l'ensemble de l'organisme. Pour cela, il a lui-même besoin de sang contenant de l'oxygène. S'il en est privé, même momentanément, il s'abîme. Ainsi, l'infarctus du myocarde se définit par la destruction d'une partie

du muscle cardiaque, le myocarde, suite à un manque d'oxygène. Il s'agit d'une urgence vitale. Dès les premiers symptômes, une véritable course contre la montre s'engage pour sauver le patient.

Ces dernières années, les progrès de la prévention et de la **cardiologie interventionnelle** ont

permis de faire considérablement diminuer la mortalité par infarctus en France : d'après l'Inserm, la mortalité à 30 jours a diminué de 80 % en 20 ans. Mais des efforts restent à faire, notamment pour diminuer les séquelles et prévenir les récurrences. La situation reste aussi très inquiétante du côté des femmes (voir encadré p. 26).

Des facteurs de risque évitables

Dans la très grande majorité des cas, l'origine d'un infarctus du myocarde est un caillot sanguin, ou thrombus, qui vient soudainement boucher une **artère coronaire**. Ce thrombus



© DR

3 QUESTIONS AU PARRAIN DU DOSSIER

PR MICHEL OVIZE

CHEF DU SERVICE D'EXPLORATIONS FONCTIONNELLES CARDIOVASCULAIRES, CHU DE LYON

Quels sont les types d'infarctus les plus fréquents ?

Actuellement, la classification des infarctus repose sur les anomalies visibles sur l'électrocardiogramme (ECG). Les plus graves sont les infarctus avec élévation du segment ST, ou STEMI, soit environ un tiers des cas. L'autre type fréquent est appelé non-STEMI (NSTEMI) : ils sont moins graves. Par ailleurs, l'ECG peut donner très tôt des informations sur la zone du muscle cardiaque qui souffre et sur l'artère coronaire qui est obstruée. Mais cela ne donne pas d'information sur l'importance d'éventuelles séquelles.

Les STEMI peuvent avoir des conséquences différentes. Sont-ils tous pris en charge de la même façon ?

Oui, et le traitement est assez lourd : toute victime d'un infarctus STEMI (et beaucoup de NSTEMI) se voit prescrire 5 à 6 médicaments pour éviter que l'artère ne se rebouche et que ne survienne une insuffisance cardiaque. Or, grâce aux progrès de la prise en charge initiale, qui est de plus en plus rapide et efficace, plus de 80 % des patients sortent de l'hôpital deux jours après leur infarctus avec une fonction cardiaque quasi normale et donc un excellent pronostic. Doit-on donc vraiment les traiter de la même façon que ceux qui ont un risque très élevé de développer une insuffisance cardiaque ? Cette prise en charge indifférenciée n'est donc pas sans poser de questions quant aux éventuels effets secondaires des médicaments, à l'observance thérapeutique et au coût pour la société.

Peut-on optimiser la personnalisation de la prise en charge de l'infarctus ?

Certains cardiologues y pensent sérieusement, mais les essais cliniques sont difficiles à mettre en place. Aucun laboratoire pharmaceutique n'est prêt à financer une étude qui aurait pour objectif d'utiliser moins ses médicaments ! Par ailleurs, le risque éventuel pour les patients doit être mesuré et donc, éthiquement, ce n'est pas simple à organiser. Pour autant, la personnalisation de la prise en charge et la désescalade thérapeutique sont envisagées dans de nombreuses disciplines. Le risque d'insuffisance cardiaque après un infarctus n'est pas le même pour tous les patients : il n'y a aucune raison pour que les patients à très faible risque reçoivent des médicaments qui ne leur apporteront rien à titre individuel.

peut avoir plusieurs origines, mais le plus souvent, il est consécutif à la rupture d'une plaque d'**athérome**. En effet, avec l'âge notamment, des dépôts essentiellement composés de cholestérol se forment dans la paroi des artères coronaires et créent un phénomène d'inflammation chronique qui fragilise cette paroi. Le problème survient lorsque la plaque d'athérome se rompt : cela peut provoquer la formation d'un caillot sanguin (voir encadré p. 26) et potentiellement un infarctus.

Ces plaques d'athérome sont l'expression d'une maladie appelée athérosclérose. Les facteurs de risque sont aujourd'hui bien connus. Il y a l'âge d'abord, et le sexe, les hommes développant la maladie plus tôt que les femmes qui, selon les périodes de leur vie, sont naturellement protégées par leurs hormones, les œstrogènes. Ces dernières assurent en effet la souplesse des vaisseaux sanguins, réduisant ainsi le risque d'athérome et donc de formation d'un caillot sanguin. L'hypertension artérielle, le diabète ou en-

La mortalité à 30 jours a diminué de 80 % en 20 ans. Mais des efforts restent à faire.

core le stress peuvent aussi être impliqués. Mais il y a aussi et surtout de mauvaises habitudes de vie, parmi lesquelles la consommation de tabac, la sédentarité et le manque d'activité physique, le surpoids ou encore un excès de cholestérol aggravé par un régime alimentaire déséquilibré. Autant de facteurs de risque qui fragilisent les artères et favorisent la formation de plaques d'athérome, mais sur lesquels il est aisé d'agir préventivement. On estime ainsi que plus des trois quarts des maladies cardiovasculaires sont évitables par une bonne hygiène de vie.

Agir au plus vite

Chez l'homme, les symptômes d'un infarctus sont en général assez caractéristiques : douleur à la poitrine, oppression qui se poursuit dans le dos, la mâchoire, le bras gauche. Chez la femme par contre, les symptômes prennent plus souvent la forme d'une fatigue intense, d'une sensation de mort imminente, d'un essoufflement, de palpitations et de nausées...
« En cas de suspicion, il n'y a qu'une seule



© iStock

ATHÉROME :
dépôt fibreux composé essentiellement de graisses qui bouche progressivement les artères.

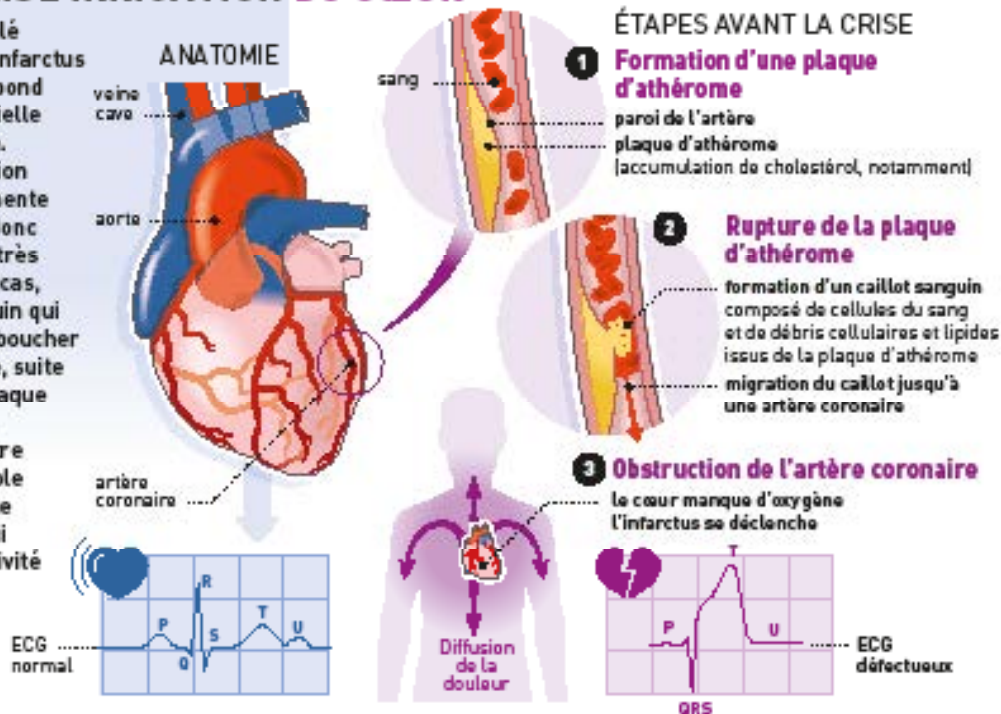
→ **L'infarctus du myocarde est une urgence vitale.**
Dès les premiers symptômes, une véritable course contre la montre s'engage pour sauver le patient.

UNE MAUVAISE IRRIGATION DU CŒUR

Communément appelé "crise cardiaque", l'infarctus du myocarde correspond à la destruction partielle du muscle cardiaque.

En cause : l'obstruction d'une artère qui alimente le cœur en sang, et donc en oxygène. Dans la très grande majorité des cas, c'est un caillot sanguin qui vient soudainement boucher une artère coronaire, suite à la rupture d'une plaque d'athérome.

Le diagnostic peut être posé grâce à un simple électrocardiogramme (ECG), un examen qui rend compte de l'activité électrique du cœur.



© Lorenzo Timon

chose à faire : appeler le 15 », insiste le Pr Denis Angoulvant, responsable de l'Unité de soins cardiologiques intensifs du CHU de Tours. En effet, privé en partie d'oxygène, le muscle cardiaque peut s'affoler ou ralentir, jusqu'à s'arrêter. « Plus vite une équipe du Samu est au côté du patient, plus vite elle peut poser un diagnostic grâce à un examen clinique et un simple **électrocardiogramme** (ECG). Et plus vite les soins débutent sur place avec l'injection de médicaments qui fluidifient le sang. Le patient est ensuite orienté en urgence vers un service de cardiologie interventionnelle. » Objectif : déboucher l'artère au plus vite et éviter des dégâts irréversibles.

La cardiologie interventionnelle consiste d'abord à visualiser la position du thrombus dans l'artère coronaire touchée grâce à une **coronographie**. Une fois le thrombus localisé, l'objectif est d'y placer un stent par voie artérielle : il s'agit d'un petit tube métallique qui ressemble à un ressort qui va maintenir l'artère ouverte. « Plus on agit vite, et moins l'infarctus sera grand, de même que le risque

ÉLECTRO-CARDIO-GRAMME :

tracé obtenu par l'enregistrement de l'activité électrique du cœur.

CORONO-GRAPHIE :

technique d'imagerie médicale utilisée en cardiologie pour visualiser les artères coronaires.

FIBRILLATION VENTRICULAIRE :

trouble du rythme cardiaque correspondant à des contractions rapides, irrégulières et inefficaces du ventricule.

de séquelles, résume le Pr Angoulvant. Dès cette intervention, on peut, selon les circonstances, administrer aussi plusieurs médicaments pour augmenter le débit sanguin du patient, réduire le risque de **fibrillation ventriculaire**, empêcher la formation d'un nouveau caillot et réduire l'hypertension, qui sont autant de conditions qui fragilisent le cœur. » Dans de très rares cas, l'intervention consiste d'abord à injecter dans une veine du bras un médicament qui va dissoudre le thrombus, sans coronarographie ni pose de stent immédiate. C'est une thrombolyse. « Si elle est réalisée dans les 2 ou 3 heures après le début de la douleur, cette technique est très efficace et permet de déboucher l'artère coronaire dans 70 % des cas, commente le Pr Angoulvant. Mais c'est aussi risqué car cela augmente le risque de saignement. » D'après la Fédération française de cardiologie, quel que soit le traitement, il permet de réduire de 50 % la mortalité s'il est effectué dans l'heure qui suit le début de la douleur, et de 30 % s'il intervient durant la deuxième heure.

Limiter les séquelles de la reperfusion

Au moment où la circulation sanguine est rétablie, un afflux massif de sang et donc d'oxygène pénètre dans le muscle cardiaque. Cette reperfusion survient sur des cellules cardiaques déjà en souffrance : elle provoque un **stress oxydant** qui peut engendrer la mort d'une partie des cellules préalablement privées d'oxygène. Ainsi, déboucher l'artère coronaire évite que l'infarctus ne s'étende, mais peut paradoxalement s'accompagner de dégâts collatéraux en tuant jusqu'à 30 % des cellules « sauvables ». C'est ce que l'on appelle des lésions de reperfusion.

Mais ce n'est pas tout. Plus l'infarctus est grand, plus il y a un risque d'**insuffisance cardiaque** et de décès par la suite. Or la taille de l'infarctus dépend de l'importance de l'ischémie principale, c'est-à-dire quand l'artère s'est bouchée, et des lésions de reperfusion survenues par la suite. « *De nombreuses pistes ont été explorées ces dernières années pour essayer de réduire les lésions de reperfusion, on appelle cela du "conditionnement". Par exemple, un conditionnement mécanique, qui consiste à reperfuser progressivement en réalisant de courtes séquences successives de reperfusion (artère débouchée) puis d'ischémie (artère rebouchée volontairement) pendant quelques minutes avant de laisser l'artère dé-*

On estime que plus des trois quarts des maladies cardiovasculaires sont évitables par une bonne hygiène de vie.

bouchée pour de bon. Des études ont aussi évalué un conditionnement pharmacologique avec l'utilisation de substances actives et/ou de médicaments qui bloquent certains mécanismes de mort cellulaire », explique le Pr Angoulvant. Très intéressantes lors des phases préliminaires de recherche, ces approches ont malheureusement toutes échoué par la suite à démontrer un réel gain en termes de survie des patients, ou même de diminution du risque d'insuffisance cardiaque. « *Probablement parce qu'on soigne déjà bien les patients et parce que l'on n'est pas encore capable d'identifier ceux qui peuvent tirer un réel bénéfice de ces approches.* » Les recherches dans le domaine se poursuivent donc (voir témoignage p. 25).

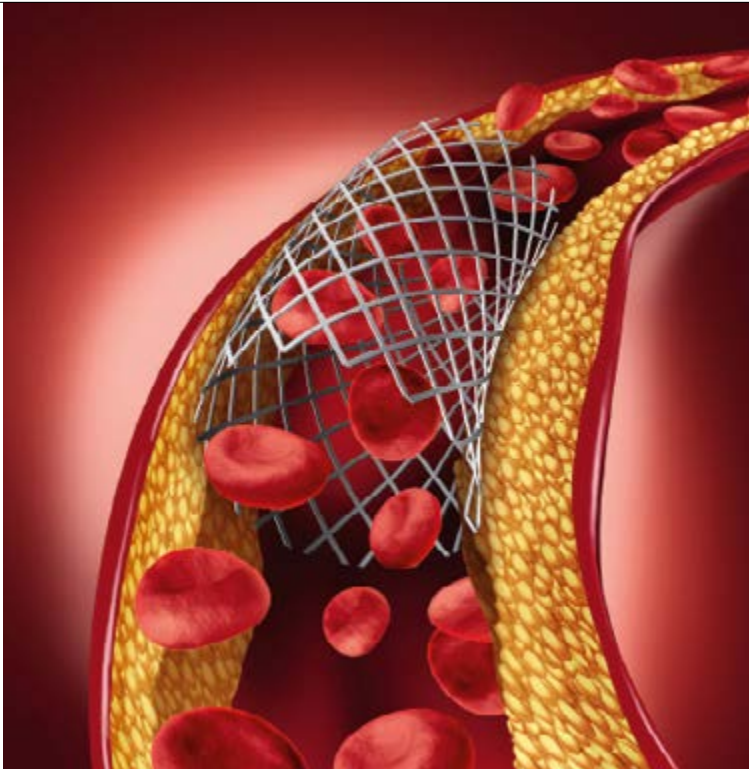
Éviter la récurrence et l'insuffisance cardiaque

Après un infarctus, les deux risques majeurs sont la récurrence et l'insuffisance cardiaque. Pour minimiser le risque de récurrence, l'essentiel est de comprendre quels sont les facteurs qui ont conduit au premier infarctus, par exemple une hypercholestérolémie non dépistée ou le tabagisme, et alors les prendre en charge. Il convient aussi d'éviter la formation d'un nouveau thrombus au niveau du stent lui-même. Plusieurs classes de médicaments sont données aux patients, comme les **bêta-bloquants**, les **anti-agrégants plaquettaire**s, les anti-cholestérol et les antihypertenseurs.



Prendre en compte l'hérédité

« *L'infarctus résulte d'une suite d'événements complexes dont certains, comme l'hypercholestérolémie, peuvent avoir une composante génétique »,* rappelle la Pr Tabassome Simon, cardiologue et chercheuse à l'hôpital Saint Antoine (Paris). Mais il ne faut pas oublier que les trois quarts des accidents cardiovasculaires sont évitables par de simples mesures d'hygiène de vie, comme l'arrêt du tabac et un régime alimentaire équilibré. Fait intéressant du côté de l'hérédité : « *Des études ont montré que la génétique influe sur la réponse aux traitements, souligne la Pr Simon. Par exemple, 30 % de la population de type caucasien et jusqu'à 50 % de la population asiatique sont porteuses de variants génétiques qui diminuent grandement l'efficacité du clopidogrel, un antiplaquettaire que l'on donne au long cours aux patients qui ont fait un infarctus. Savoir cela permet d'adapter les traitements et donc de personnaliser la prise en charge.* »



→ Une fois le caillot localisé, l'objectif est d'y placer un stent afin de maintenir l'artère ouverte.

STRESS OXYDANT :

agression de la cellule due à des espèces chimiques (les radicaux libres) produites à partir de l'oxygène.

INSUFFISANCE CARDIAQUE :

état pathologique chronique dans lequel le cœur, endommagé, ne peut plus se contracter correctement pour alimenter en sang les organes.

BÊTABLOQUANTS :

médicaments utilisés pour diminuer la pression artérielle, réduire les troubles du rythme cardiaque et ralentir le cœur.

ANTIAGRÉGANTS PLAQUETTES :

médicaments qui inhibent l'agrégation des plaquettes et empêchent ainsi la formation de caillot sanguin (ou thrombus).

« L'objectif est surtout d'empêcher le remodelage cardiaque, c'est-à-dire une cicatrisation anormale avec une hypertrophie et une dilatation du cœur qui évolue vers l'insuffisance cardiaque », explique le Pr Christophe Bauters, cardiologue au CHRU de Lille. En effet, si une partie importante du muscle cardiaque a été détruite par le manque d'oxygène, le cœur ne parvient plus à se contracter correctement et donc à envoyer du sang dans l'ensemble de l'organisme : environ 15 % des victimes d'infarctus souffrent par la suite d'insuffisance cardiaque. « De nombreuses équipes ont essayé de mettre au point des médicaments pour bloquer le remodelage cardiaque et l'évolution vers l'insuffisance cardiaque. Mais sans succès pour l'instant, détaille le Pr Bauters. Aujourd'hui, on revient à des projets de recherche plus fondamentale. Grâce aux progrès des outils d'analyse qui permettent d'étudier en parallèle de très nombreuses valeurs métaboliques issues de prises de sang, par exemple, des consortiums de recherche analysent des milliers de données sur des milliers de patients pour mieux comprendre les mécanismes de ce remodelage. »

Des équipes étudient aussi des méthodes de thérapie cellulaire pour régénérer le muscle cardiaque : greffes de **cellules-souches**

ÉCLAIRAGE DE CHERCHEUR



STÉPHANIE BARRÈRE-LEMAIRE,
INSTITUT DE GÉNOMIQUE FONCTIONNELLE
(CNRS, INSERM, UNIVERSITÉ DE
MONTPELLIER)

« Protéger le cœur au moment de la reperfusion »

« Lorsque l'on rétablit la circulation sanguine dans une artère bouchée pour traiter un infarctus, le retour massif d'oxygène sur des cellules cardiaques en souffrance peut avoir des effets néfastes : cela crée un phénomène de stress oxydant, qui conduit à la mort de certaines cellules. Ces lésions de reperfusion ont des conséquences qui peuvent être transitoires, comme une arythmie ou un défaut de contractilité du muscle, ou définitives avec un risque accru d'insuffisance cardiaque. Actuellement, il n'existe aucun traitement spécifique pour minimiser ces lésions de reperfusion. Notre équipe travaille à l'identification des mécanismes en cause, et notamment ceux qui provoquent la mort immédiate ou retardée des cellules (on parle d'apoptose, NDLR). Les identifier devrait nous permettre de développer des médicaments qui favoriseraient au contraire la survie des cellules cardiaques. Récemment, nous avons testé un cocktail de plusieurs molécules qui pourrait avoir un effet cardio-protecteur mais, à terme, il faudra encore pouvoir prouver son intérêt réel en termes de risque d'insuffisance cardiaque et de survie des patients. »



© iStock

embryonnaires ou issues de la moelle osseuse, patch de cellules précurseurs du muscle cardiaque... Pour autant, aucune de ces thérapies testées n'a pour l'instant démontré une réelle efficacité quant à la régénération du muscle cardiaque et à la diminution du risque d'insuffisance cardiaque post-infarctus.

Même si l'infarctus est une maladie aujourd'hui bien connue, voire banalisée, il ne faut surtout pas baisser les bras : les progrès de la prise en charge ont permis de diminuer considérablement la mortalité, il faut désormais s'attaquer à la qualité de vie des patients en réduisant les séquelles post-infarctus, sans négliger la prévention des facteurs de risque. ■

CELLULES SOUCHES EMBRYONNAIRES :

cellules indifférenciées capables de s'autorenouveler et de donner naissance à des cellules spécialisées (ici, des cellules cardiaques). Il s'agit de cellules-souches issues d'un embryon.

Prévenir est plus utile que prévoir

Depuis des années, les chercheurs sont en quête de biomarqueurs annonçant une rupture de plaque d'athérome pouvant conduire à un infarctus. Mais sans succès pour l'instant. En effet, tout comme on peut observer l'activité d'un volcan sans pour autant être capable de prédire le moment précis d'une éruption, « nous ne savons pas aujourd'hui prévoir une rupture de plaque d'athérome, déclare le Pr Gérard Finet, cardiologue à l'hôpital Louis-Pradel (HCL, Lyon). C'est un phénomène biologique et mécanique complexe qui génère des situations très hétérogènes. Par ailleurs, en cas de rupture, il n'y a formation d'un caillot sanguin, et donc risque d'infarctus du myocarde, que dans 15 % des cas. » Et même si l'on trouvait ces biomarqueurs, cela aurait-il un impact en termes de santé publique et de prévention des infarctus ? « Non, à moins de suivre tous les patients à risque en temps réel et en continu ! estime le Pr Finet. Il est beaucoup plus utile de faire de la prévention et de lutter contre la formation de ces plaques d'athérome. »

« En cas de suspicion, il n'y a qu'une seule chose à faire : appeler le 15 ! »

Pr Denis Angoulvant

Lourd bilan pour le cœur des femmes



© Julie Bourgies

Actuellement, les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité chez les Françaises : elles tuent sept fois plus que le cancer du sein ! Les grands coupables sont l'accident vasculaire cérébral (AVC) et l'infarctus du myocarde. « On pense à tort que les femmes sont plus protégées que les hommes face aux risques cardiovasculaires, c'est faux ! » rappelle la Pr Claire Mounier-Vehier, cardiologue au CHRU de Lille et présidente de la Fédération française de cardiologie. Il existe en effet trois grandes périodes critiques pour les femmes, durant lesquelles elles ne sont plus naturellement protégées par leurs hormones : lors de la première prise d'une pilule contraceptive, au moment de la grossesse et à la ménopause. Par ailleurs, les femmes souffrent très souvent d'une moins bonne prise en charge : en moyenne, elles arrivent une heure plus tard aux urgences que les hommes car les symptômes de l'infarctus sont moins spécifiques chez elles, et reçoivent moins souvent de traitements médicaux et de conseils d'hygiène de vie que les hommes.

À noter : la Pr Claire Mounier-Vehier est lauréate du prix Jean Bernard 2019 de la FRM.

Tous les lauréats sur : <https://www.frm.org/laureats-des-prix-2019-de-la-frm>

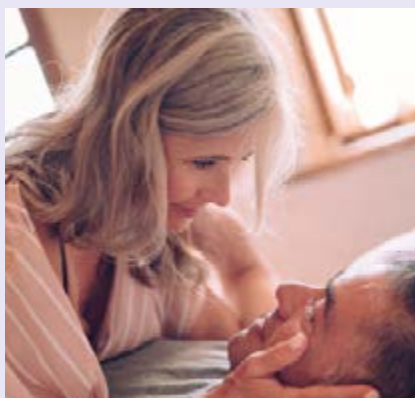
VRAI FAUX

L'infarctus est de plus en plus fréquent chez les femmes jeunes.

VRAI Une étude publiée en mars 2016 montre que le taux d'hospitalisation pour infarctus chez des femmes de 45 à 54 ans augmente d'environ 5 % par an depuis 10 ans. En cause, une modification profonde des habitudes de vie : plus de sédentarité et de stress, un déséquilibre alimentaire, le manque d'activité physique... et l'augmentation du tabagisme. Or l'association tabac et contraception hormonale constitue un cocktail explosif chez les moins de 50 ans : il multiplie par 30 le risque d'infarctus!

Un infarctus peut survenir sans aucun signe caractéristique.

VRAI Face à une douleur violente et persistante dans la poitrine, de type serrement qui irradie dans le bras gauche voire dans la mâchoire, tout le monde pense à un infarctus. Cependant, une étude américaine menée entre 1994 et 2006 a montré que ces symptômes typiques peuvent être absents chez près des deux tiers des victimes d'infarctus! Il peut alors s'agir d'une grosse fatigue, de malaises et vertiges, de douleurs à l'estomac ou de nausées, d'une sensation de danger immédiat... De sorte qu'on estime qu'en France entre un tiers et la moitié des patients font l'erreur d'aller voir leur médecin de famille ou de se rendre eux-mêmes aux urgences par leurs propres moyens au lieu d'appeler immédiatement le 15.



© iStock

Après un infarctus, il faut stopper toute activité sexuelle.

FAUX

Comme toute autre activité physique, l'activité sexuelle augmente le rythme cardiaque et la pression artérielle. D'après la Fédération française de cardiologie, elle peut être comparée à une marche de 3 à 6 km/h sur une surface plane, ou à 20 marches d'escalier montées en 10 secondes. Juste après un infarctus, mieux vaut donc faire une pause dans sa vie sexuelle. Après une période de rétablissement de un à deux mois en revanche, le risque de crise cardiaque pendant l'activité sexuelle est à nouveau très faible, comparable à celui d'une personne saine. Il est même moins important que lorsqu'on se met en colère! À condition, bien sûr, de pratiquer une activité physique régulière, et de bien prendre son traitement cardiovasculaire protecteur.

Les séquelles d'un infarctus sont toujours les mêmes.

FAUX

D'un patient à l'autre, les conséquences d'un infarctus peuvent être extrêmement variables. Tout dépend de la localisation de l'artère obstruée et donc de la partie du muscle cardiaque qui va manquer d'oxygène, et surtout de la durée de l'obstruction de cette artère. En effet, plus elle dure et plus le muscle cardiaque va être lésé irrémédiablement, et donc plus il y a un risque d'insuffisance cardiaque par la suite. Ainsi, plus l'infarctus est pris en charge tôt, plus vite l'artère est désobstruée, et moins il y a de risque de séquelles. Pour résumer cela, les cardiologues anglophones ont une formule simple : *time is muscle* (« le temps, c'est du muscle »).

Une bonne hygiène dentaire diminue le risque d'infarctus.

VRAI

La prolifération de certaines bactéries buccales, notamment à cause d'une gingivite ou d'une parodontite, pourrait favoriser la survenue d'un infarctus. En effet, lorsque la gencive saigne, elle favorise le passage des bactéries dans le sang. Celles-ci provoqueraient alors une inflammation chronique au niveau de la paroi des artères, qui favoriserait la formation de caillots sanguins pouvant boucher une artère.

EN SAVOIR PLUS

S'INFORMER

Sur son site, la **Fédération française de cardiologie** propose des informations sur les risques cardiovasculaires, les facteurs de prévention, les suites d'un accident cardiaque... On y trouve aussi de nombreuses brochures d'information à télécharger (« cœur et stress », « tabac », « insuffisance cardiaque », etc.), des idées de recettes équilibrées et des tests pour évaluer son propre risque cardiovasculaire.

www.fedecardio.org

Dossier d'information sur l'infarctus du myocarde sur le site de l'Inserm. L'Inserm propose aussi l'ouvrage « **Infarctus : s'en relever et s'en protéger** » dans la collection Choc Santé (éditeurs Le Muscadier, mai 2016).

www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/infarctus-myocarde



APRÈS UN INFARCTUS

L'**Assurance maladie** propose un dossier d'information très complet sur le suivi médical après un accident cardiaque, les mesures d'hygiène de vie qui doivent être mises en place, le retour à la vie professionnelle...

www.ameli.fr/paris/assure/sante/themes/infarctus-myocarde/vivre-infarctus

« **L'infarctus, et après ?** » est une brochure éditée par l'Alliance du cœur, l'union nationale des associations de malades cardiovasculaires. Elle présente des informations et des témoignages pour aider les victimes à passer un cap parfois difficile, à se réadapter en faisant des choix différents.

www.alliancecoeur.fr/brochures.html



LES GESTES QUI SAUVENT

Sur le site de la Croix-Rouge, découvrez comment réagir face à une personne qui fait un malaise cardiaque

www.croix-rouge.fr/Je-me-forme/Particuliers/Les-6-gestes-de-base/Le-malaise-cardiaque

L'**appli qui sauve** est une application pour smartphones, disponible gratuitement sur toutes les plateformes de téléchargement.



LIRE



« **5 minutes avant l'infarctus. Les mémoires d'un cardiologue cardiaque** », du Dr Yves El Bèze, aux éditions Marabout (2018). En nous montrant que la santé de notre cœur passe par un mode de vie équilibré, mais aussi la richesse de nos relations avec les autres et l'environnement dans lequel nous vivons, ce cardiologue passionné délivre de nombreux conseils pour protéger notre cœur et vivre plus longtemps, mais surtout plus heureux.



« **Mon combat pour le cœur des femmes. Agir avant qu'il ne soit trop tard** » de la Pr Claire Mounier-Vehier, aux éditions Marabout (2019). En s'appuyant sur son expérience, de nombreux témoignages de ses patientes mais aussi son parcours semé d'embûches avant d'être reconnue par ses collègues masculins, la Pr Mounier-Vehier raconte son combat humaniste en faveur du cœur des femmes et d'une meilleure prévention des maladies cardiovasculaires.