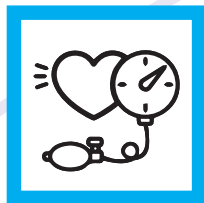




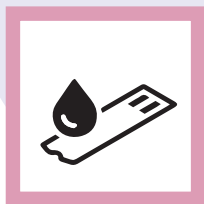
**Capacité
de travail**



**Exercice physique
régulier**



Tension artérielle



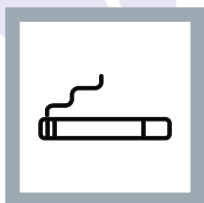
Diabète de type 2



**Alimentation
équilibrée**



Lipides



Nicotine



**Facteurs de risque
psychosociaux**

Contenu

Capacité de travail	4/5
Exercice physique régulier	6/7
Tension artérielle	8/9
Diabète de type 2	10/11
Alimentation équilibrée	12/13
Lipides	14/15
Nicotine	16/17
Facteurs de risque psychosociaux	18/19

SCPRS tient à remercier les auteurs pour leur précieuse contribution:

Capacité de travail: Prof. Dr méd. Jean-Paul Schmid, Clinique Gais SA
Exercice physique: PD Dr méd. Christian Schmied, Hôpital Universitaire de Zurich
Tension artérielle: Prof. Dr méd. Isabella Sudano, Hôpital Universitaire de Zurich
Diabète de type 2: Dr méd. Mirjam Löffel, Clinique Barmelweid SA
Alimentation équilibrée: Prof. Dr méd. David Fäh, Haute École Spécialisée Bernoise
Lipides: Prof. Dr méd. Georg Noll, Clinique Cardiologie Hirslanden Zurich
Nicotine: Prof. Dr méd. Isabella Sudano, Hôpital Universitaire de Zurich
Facteurs de risque psychosociaux: Dr phil. Sven Schmutz, Hôpital Universitaire de Berne
Coordination du projet: Prof. Dr méd. David Spirk, Université de Berne et Sanofi Vernier

Capacité de travail

- Le conseil aux patients pendant la réadaptation cardiaque en ce qui concerne la capacité de travail et l'estimation du moment de la reprise de l'activité professionnelle constitue une tâche centrale dans la prise en charge des patients actifs.
- Le fait que nous puissions suivre les progrès des patients sur une période prolongée et que nous puissions évaluer les performances de manière fiable sur la base des tests d'effort réalisés nous permet d'évaluer la capacité de travail à la fin d'un séjour en réadaptation, au moins à court voire à moyen terme.
- L'émission d'un certificat de travail correspondant, ou sa mention dans le rapport de sortie, fait partie des critères de qualité exigés pour la réadaptation cardiovasculaire.

Définition de l'incapacité de travail (IT)

L'IT est toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude du travailleur à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, cette perte résultant d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.

But du certificat médical d'incapacité de travail

Selon la loi, le certificat d'incapacité de travail doit prouver que l'exercice de l'activité professionnelle:

- est impossible pour des raisons médicales
- peut contrecarrer le succès du traitement
- pourrait provoquer une rechute ou une aggravation
- pourrait mettre en danger d'autres personnes
- est impossible pour des raisons esthétiques

Enregistrement au moment de l'entrée

Activité et charge de travail, effort physique pendant le travail, influence de l'activité professionnelle sur la cicatrisation.

Établissement du certificat d'incapacité de travail

Il n'existe aucune norme légale ou médicale permettant de définir une IT pour cause de maladie ou d'accident. De même, les dispositions légales en vigueur en Suisse contiennent peu de critères concernant le degré d'IT ou la durée en cas d'atteinte à la santé. Seul le médecin peut en décider.

L'évaluation de la capacité de travail comporte les 3 éléments suivants:

①

Activité

Quelle est la performance/la capacité?

②

Facteurs environnementaux

Quelles sont les exigences en termes de travail?

③

Participation

Comparaison de l'exigence et de la capacité: Qu'est-ce qui est possible, qu'est-ce qui ne l'est pas?

(In)capacité de travail partielle

Dès que le salarié est à nouveau en mesure de fournir une prestation partielle, il faut clarifier la question de la capacité de travail partielle. L'évaluation se rapporte toujours à l'activité qu'il a exercée avant le début de l'incapacité de travail. L'évaluation permet de déterminer quelle prestation le salarié peut fournir dans quelle période, par exemple:

- 50% de capacité de travail = 50% de prestation en cas de temps de présence total (sauf indication contraire sur le certificat d'incapacité de travail)
- 50% de capacité de travail = présence à mi-temps en cas de prestation à 100% – par ex. le matin (mais doit être mentionné explicitement par le médecin)

Lors de l'évaluation, il est également possible de combiner présence et prestation. Les avantages d'une reprise du travail progressive sont évidents.

Le collaborateur peut ainsi revenir à son poste de travail de manière plus douce et le processus de guérison est souvent plus agréable.

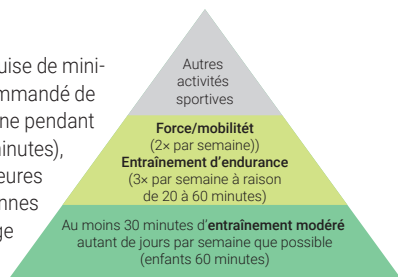
L'employeur profite d'une remise à l'emploi précoce et indirectement aussi des indemnités journalières inférieures.

Exercice physique régulier

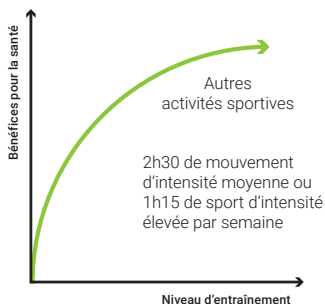
- Le manque d'exercice physique est l'un des facteurs de risque cardiovasculaire les plus importants et il est très répandu (environ 60% de la population suisse bouge trop peu).
- En revanche, le risque cardiovasculaire peut être considérablement réduit par l'exercice régulier et l'activité sportive. Ceci vaut aussi bien pour la prévention primaire que la prévention secondaire.

Une activité physique efficace commence au quotidien

«Chaque pas compte» – mais en guise de minimum d'activité efficace, il est recommandé de bouger au moins 5 jours par semaine pendant **au moins 30 minutes** (mieux, 60 minutes), avec une **intensité modérée** (2,5 heures par semaine, des activités quotidiennes comme la marche rapide, le ménage ou les travaux de jardinage – donc légère transpiration, léger essoufflement 4 à 6 MET, 4 à 7 kcal/min).



Les mêmes effets positifs peuvent également être obtenus grâce à un entraînement intensif plus court (1,25 heures par semaine, entraînement d'endurance/de force, >6 MET, >7 kcal/min, >70% de la fréquence cardiaque maximale).



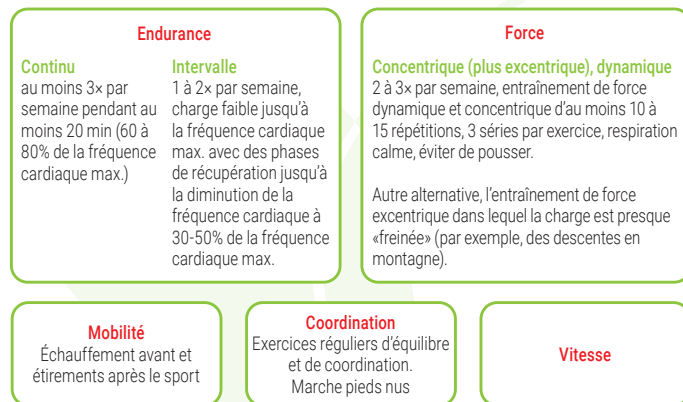
Courbe dose-effet

Les effets positifs sur la santé sont soumis au principe de dose-effet.

Plus on en fait, mieux c'est!

Polyvalence et individualité

L'entraînement physique peut être divisé en zones d'entraînement. Les exercices d'endurance et de force sont au premier plan. Mais la mobilité, la coordination et dans une certaine mesure la vitesse sont également importantes.



«Le chemin est le but» – La conception d'un plan d'exercices individuel intégré au quotidien, qui contient les principaux composants de l'entraînement, mais qui reste varié et motivant et peut ainsi être maintenu à long terme, est déterminante.

Les mêmes recommandations et objectifs s'appliquent également à la prévention secondaire (en cas de maladie cardiovasculaire préexistante). Dans cette situation, il convient de conseiller les patients en fonction de leur maladie sous-jacente et de leur limitation fonctionnelle. Pour les patients ayant des objectifs sportifs ambitieux, un programme d'exercices et d'entraînement individuel sur mesure doit être élaboré avec un spécialiste.

Références: 1. Enquête suisse sur la santé 2012 de l'Office fédéral de la statistique (OFS). 2. Recommandations suisses de l'Office fédéral du sport OFSPO, Réseau hepa.ch. 3. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice European Heart Journal (2016) 37, 2315-2381.

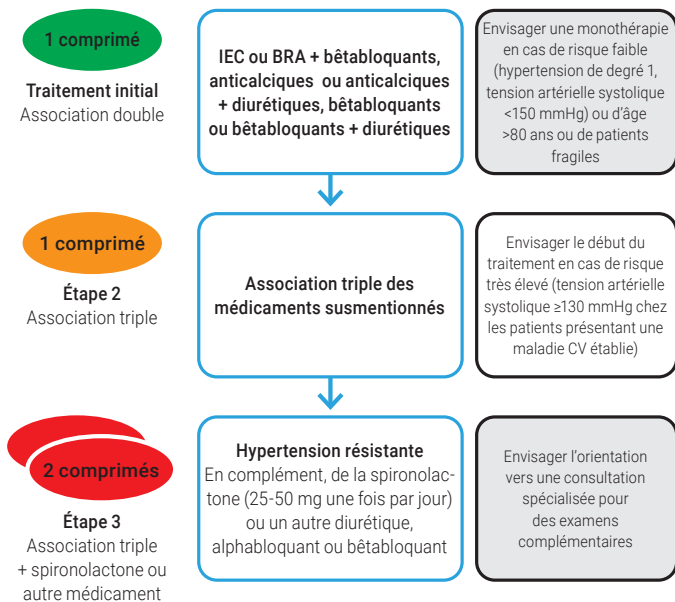
Tension artérielle

Réduire la tension artérielle de 20 mmHg, c'est réduire de 50% le risque d'AVC et de MC

Objectif dans la prévention secondaire:

- Tension artérielle systolique <140 mmHg, idéalement <130 mmHg, mais pas <120 mmHg
- Tension artérielle diastolique <90 mmHg, idéalement <80 mmHg, mais pas <70 mmHg

Schéma de traitement



ATTENTION Populations particulières de patients:

Chez les patients >65 ans, en cas d'insuffisance rénale ou d'insuffisance cardiaque significative, il convient de procéder de manière personnalisée, conformément aux recommandations spécifiques des directives de l'ESC et de la SCS.

Examens biologiques avant la sortie: sodium, potassium, créatinine.

- Durée du traitement: à vie.
- Fréquence des examens biologiques chez le médecin généraliste/spécialiste: 3, 6 et 12 mois/1 par an, si possible mesure de la tension artérielle sur 24 heures.
- Examens biologiques réguliers à la maison (fournir des instructions écrites).

MC maladie coronarienne; **CV** cardiovasculaire; **ACEi** = angiotensin converting enzyme inhibitor; **ARB** = angiotensin receptor blocker; **CCB** = calcium channel blocker

Références: 1. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R; Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet*. 2002 Dec 14;360(9349):1903-13; 2. Williams B, Mancia G, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal* (2018) 39, 3021-3104.

Diabète de type 2

Modification du mode de vie avec personnalisation de la valeur cible glycémique en fonction de l'espérance de vie et de la tolérance du traitement.

Mise en œuvre et optimisation du traitement en fonction du risque cardiovasculaire (voir Fig.)

En cas d'espérance de vie d'au moins 10 ans:

HbA_{1c} ≤ 7% → Réduction du risque de maladie microvasculaire

Traitement de base

En cas de maladie vasculaire athérosclérotique ou de risque cardiovasculaire élevé/très élevé
Inhibiteurs du SGLT-2 ou analogues du GLP-1

En cas de risque cardiovasculaire faible/moyen

Metformine (protection cardiovasculaire, réduction du risque de cancer du côlon).

Attention: metformine en cas d'insuffisance rénale:

- eGFR > 45 ml/min/1,73 m²: max. 2,5 g/jour (formellement jusqu'à 3 g, mais alors les EL l'emportent sur l'effet thérapeutique potentiel)
- eGFR 30 à 45 ml/min/1,73 m²: réduction de la dose × 500 mg/jour
- eGFR < 30 ml/min/1,73 m²: contre-indication pour la metformine

Si le taux cible de HbA_{1c} n'est pas atteint 3 à 6 mois après le premier diagnostic, alors prolongation du traitement.

Association avec (selon les maladies concomitantes):

- Privilégier les analogues du GLP-1 en cas de maladie cardiovasculaire athérosclérotique
- Privilégier les inhibiteurs du SGLT-2 en cas d'insuffisance cardiaque (réduction des événements cardiovasculaires et d'hospitalisations pour insuffisance cardiaque) et présence d'une insuffisance rénale chronique (si eGFR > 45 ml/min/1,73 m²)
- En cas d'eGFR < 30 ml/min/1,73 m² (ou si les inhibiteurs du SGLT-2 ne sont pas tolérés). Le liraglutide (analogue du GLP-1) et le sitagliptine (inhibiteur de la DPP-4) sont autorisés (attention: pas de saxagliptine en cas d'insuffisance cardiaque)

Si aucune maladie athérosclérotique:

Il est particulièrement important de réduire le poids, c'est pourquoi il est préférable d'utiliser des analogues du GLP-1 ou des inhibiteurs du SGLT-2.

En raison de l'effet anabolique et du risque d'hypoglycémie, il est important de ne pas commencer par une substance insulinothérapeute. Si le taux d'HbA_{1c} ne se situe pas encore dans l'intervalle cible: privilégier si possible une trithérapie sans substance insulinothérapeute avant l'insuline.

Analogues du GLP-1

Utilisation d'analogues du GLP-1 indiquée uniquement en cas d'IMC > 28 kg/m² et prise en charge par les caisses-maladie

Inhibiteurs du SGLT-2

Favorisent l'élimination du glucose dans les urines, indépendamment de l'insuline en inhibant la résorption du glucose dans le tubule rénal, d'où glucosurie; réduisent la pression artérielle et le poids. Attention: L'acidocétose est masquée car la glycémie est manquante et le glucose peut toujours être détecté dans les urines; donc, recherche de corps cétoniques dans les urines.

Inhibiteurs de la DPP-4

(en raison de son mécanisme d'action identique, ne pas compléter en cas de présence simultanée d'un analogue du GLP-1); stimulation de la sécrétion d'insuline en fonction de la glycémie.

Utilisation de l'inhibiteur de la DPP-4 en cas d'eGFR < 30 ml/min/1,73 m².

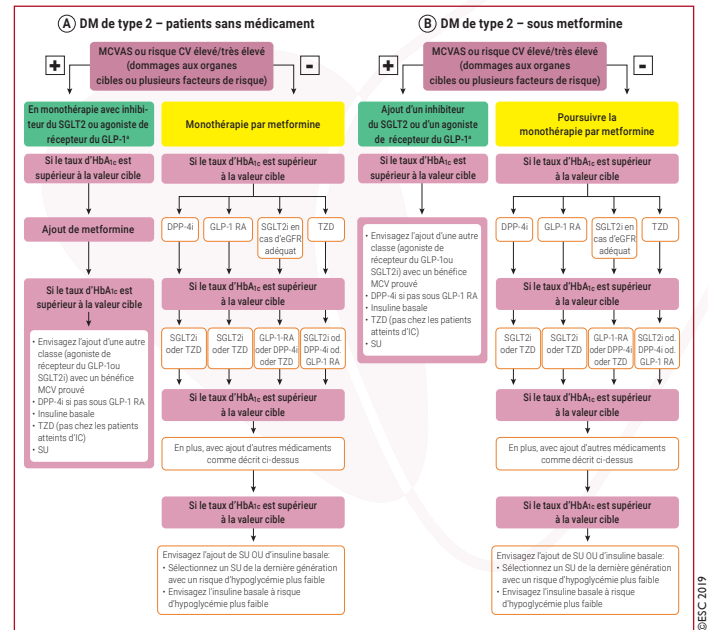
Exige une adaptation posologique de presque tous les principes actifs de ce groupe; si les inhibiteurs de la DPP-4 ne sont plus efficaces: remplacement par des inhibiteurs du SGLT-2, car l'effet est indépendant de l'insuline ou utilisation d'une insuline basale.

Insulinothérapie

Attention: Prise de poids et propension aux hypoglycémies; en fonction de la situation professionnelle, surveiller l'aptitude à conduire des véhicules. Chez les patients atteints d'une affection hépatique sévère et avancée, l'insuline est la substance la plus sûre (seules quelques substances ont de bonnes données pour l'utilisation en cas d'insuffisance hépatique avancée)

À l'âge de 75 ans et plus (env. 20 à 25% de tous les patients atteints de diabète de type 2)	HbA _{1c} cible
Patients indépendants sur le plan fonctionnel	6,5 à 7,5 %
Patients légèrement dépendants sur le plan fonctionnel	≤ 8,0 %
Patients fortement dépendants	≤ 8,5 %

Algorithme de traitement pour les patients atteints de diabète de type 2 en fonction du profil de risque cardiovasculaire



Algorithme de traitement pour les patients atteints de diabète de type 2 et présentant des maladies vasculaires athérosclérotiques ou un risque CV élevé/très élevé; algorithme de traitement pour (A) les patients sans médicament et (B) les patients atteints de diabète traités par metformine. MCVAS = maladie cardiovasculaire athérosclérotique, CV = cardiovasculaire, MCV = maladie cardiovasculaire, DM = diabète, DPP4i = inhibiteur de la dipeptidylpeptidase-4, eGFR = débit de filtration glomérulaire estimé, GLP-1-RA = agoniste des récepteurs du glucagon-like peptide-1, HbA_{1c} = hémoglobine A_{1c}, IC = insuffisance cardiaque, SGLT2i = inhibiteur du co-transporteur sodium-glucose 2, SU = sulfonylurée, T2DM = diabète de type 2, TZD = thiazolidinedione.

* Utilisez des médicaments avec un bénéfice MCV prouvé.

Références: 1. Recommandations de la SGED/SSED: mesures de contrôle de la glycémie chez les patients diabétiques de type 2 (30mars 2017). 2. Cosentino F et al. 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. Eur Heart J 2019, doi:10.1093/eurheartj/ehz486.

Alimentation équilibrée

- L'alimentation influence le risque cardiovasculaire, tant directement via les nutriments qu'indirectement via le bilan calorique et l'accumulation et la distribution de la masse graisseuse.
- La composition et la quantité des aliments sont décisives, mais aussi leur qualité et leur transformation.
- La plupart des preuves scientifiques d'un effet protecteur sont issues d'un régime alimentaire méditerranéen, également adapté à la réduction et au contrôle du poids. Ceci vaut aussi bien pour la prévention primaire que pour la prévention secondaire.

Modèle d'assiette pour un régime alimentaire méditerranéen (ou bénéfique pour le cœur) avec accent sur le contrôle du poids

Protéines

Les sources de protéines végétales, telles que les légumes secs, les noix ou les graines, sont bonnes. Le soja et les produits dérivés offrent une part élevée de protéines facilement métabolisables. Mieux vaut consommer des produits laitiers (notamment du yaourt nature) que du lait. Les œufs sont de bonnes sources de protéines: un œuf par jour est toujours OK. La consommation de viande rouge/transformée est associée à un risque cardiovasculaire accru (CV). Consommer de la viande de porc, de bœuf et de veau au maximum 1 à 2 fois par semaine. Préférer la poitrine de poulet et le poisson. Saucisse, lard, jambon, pâté et haché: ne consommer qu'exceptionnellement et en quantités limitées.

Fruits

Parfaits comme dessert et, de temps en temps, comme encas entre les repas. Éviter la consommation continue ou l'encas fruité, car cela maintient le taux d'insuline élevé, ce qui inhibe la dégradation des réserves d'énergie.

Boissons

La boisson idéale est sans calories et n'a pas un goût sucré. Les boissons «zéro» sont au mieux une solution transitoire sans calories vers la consommation d'eau ou de thé non sucré. Boire de l'eau peut aider à perdre du poids, en particulier si elle est consommée environ 30 minutes avant un repas. Café de préférence noir ou avec un peu lait. Les jus de fruits et les smoothies ne s'en tirent pas beaucoup mieux que les sodas et même les jus de légumes contiennent souvent du sucre ajouté.

Hydrates de carbone

Si possible, privilégier les variantes de céréales complètes. Privilégier les sources riches en fibres peu transformées, telles que: quinoa, amarante, riz complet, sarrasin, lentilles, pois chiches, millet, grain vert d'épeautre, orge. Pour le pain complet, lire les informations sur la teneur en fibres. Riz blanc, mais, pommes de terre et pain blanc à titre exceptionnel uniquement.

Légumes

Ils devraient représenter la plus grande partie de l'assiette. Plus il y en a, mieux c'est. Crus ou cuits (pourquoi pas légumes ET salade au lieu de OU?). Rien ne s'oppose à l'huile d'olive pour la cuisson ou l'assaisonnement. Les légumes sont aussi parfaits comme friandise entre les repas, car ils n'influencent quasiment pas l'insuline. Les pommes de terre et le maïs ne font pas partie des légumes.

Huile d'olive

Le mieux est d'utiliser une huile de qualité supérieure pressée à froid à faible taux d'acidité (<0,5%). Les huiles d'olive fortes, qui grattent la gorge lorsqu'elles sont consommées pures, sont idéales. Dans le cadre d'une alimentation saine, une telle huile peut réduire le risque CV et soutenir la perte de poids, surtout si elle remplace les graisses saturées. Convient pour la cuisine froide et chaude. L'huile de colza présente une composition similaire, mais ses propriétés sont inconnues pour le contrôle du poids. Cela vaut également pour les autres huiles végétales à pression à froid. Éviter la graisse de coco, l'huile de palme et la margarine. Ne consommer le beurre qu'en faible quantité et provenant uniquement d'animaux nourris sainement (beurre de pâturage ou beurre des Alpes).

Un rapide questionnaire validé permet de déterminer dans quelle mesure l'alimentation méditerranéenne correspond au propre régime alimentaire d'un individu.

N° Question	Réponse	Points
Utilisez-vous principalement de l'huile de colza ou de l'huile d'olive...		
1 ...pour cuisiner?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
2 ...pour les salades?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Consommez-vous (presque) chaque jour...		
3 ...des légumes cuits en accompagnement?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
4 ...des légumes crus comme encas ou en salade?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
5 ...des fruits frais?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
6 ...un plat avec de la viande rouge ou de la saucisse?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
7 Votre petit-déjeuner et/ou votre souper comporte-t-il du pain beurré?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
8 Avez-vous consommé hier un coca ou une autre boisson sucrée?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
9 Dans votre alimentation, veillez-vous à la teneur en fibres alimentaires (variante de céréales complètes plutôt que normale)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
10 Mangez-vous des légumes secs tels que des lentilles, des pois chiches ou des haricots au moins une fois par semaine?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
11 Mangez-vous du poisson ou des fruits de mer une à deux fois par semaine?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
12 Consommez-vous des noix au moins trois jours par semaine?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
13 Appréciez-vous généralement davantage la viande de poulet, de dinde ou de lapin que la viande de bœuf, de porc, les hamburgers ou la saucisse?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
14 Les légumes cuits à la vapeur, les pâtes, le riz ou d'autres plats servis avec une sauce à la tomate, à l'ail, à l'oignon sautée à l'huile de colza ou d'olive font-ils partie de votre alimentation?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
15 Les légumes cuits à la vapeur, les pâtes, le riz ou d'autres plats servis avec une sauce à la tomate, à l'ail, à l'oignon sautée à l'huile de colza ou d'olive font-ils partie de votre alimentation?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

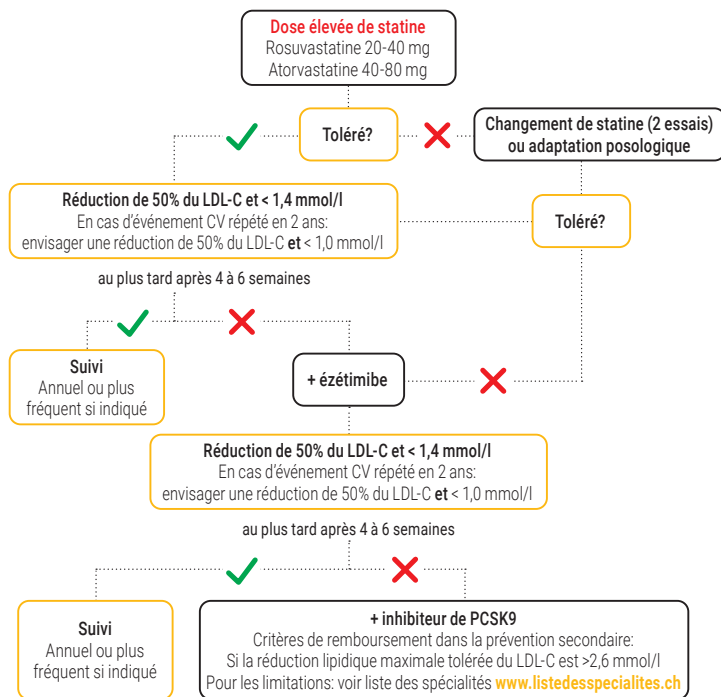
Comptage

Toutes les questions, sauf 6, 7, 8 et 15, donnent un point en cas de «Oui». Les questions 6, 7, 8 et 15 donnent un point en cas de «Non». Plus le nombre de points atteint est élevé, plus l'adhésion au régime alimentaire méditerranéen est bonne.

Lipides

- Pour une diminution de 1 mmol/l de LDL-C: réduction de 21% du risque de MACE (Major Adverse Cardiovascular Events)
 - LDL-C cible en prévention secondaire: réduction de 50% et < 1,4 mmol/l (niveau de preuve 1A)
- LDL-C cible en cas d'événement CV répété en 2 ans: envisager une réduction de 50% et < 1,0 mmol/l (niveau 2bB)

Examens biologiques à l'arrivée: LDL-C, Lp(a): si non disponible, observance du traitement hypolipémiant



ATTENTION Populations particulières de patients: Chez les patients >65 ans et présentant une insuffisance rénale significative ou des interactions médicamenteuses, commencer avec une statine à faible dose et augmenter (niveau 1C)

- Dépistage du diagnostic de HF: en cas de MC chez les hommes <55 ans et chez les femmes <60 ans, LDL-C >5 mmol/l, maladie CV prématurée ou xanthomes tendineux dans la famille (niveau 1C)
- Dépistage en cascade auprès des membres de la famille des patients indexés (niveau 1C)
 - > pour le score DLCN, voir la page suivante

Examens biologiques après 4 à 6 semaines: LDL-C, transaminases (ALAT/ASAT)

- Durée du traitement: à long terme
- Fréquence des examens biologiques chez le médecin généraliste/spécialiste: 3, 6 et 12 mois/1 par an
 - Prochaine mesure du LDL-C: 4 à 6 semaines après l'événement ou toute modification du traitement

Diagnostic clinique d'une HFhe au moyen du DLCN¹

1. **Calcul:** Additionner les valeurs maximales des catégories 1 à 5
2. Les **HFhe confirmées** sont les **HFhe sûres** (>8 points) et les **HFhe probables** (6 à 8 points)

Catégorie	Critère	Points	
1. Anamnèse familiale	Parents au 1 ^{er} degré avec MC précoce (<55 ans chez les hommes; <60 ans chez les femmes) ou parents au 1 ^{er} degré avec LDL-C >5,0 mmol/l	1	
	Parents au 1 ^{er} degré avec xanthomes tendineux et/ou arc cornéen ou enfants de moins de 18 ans avec LDL-C >3,4 mmol/L	2	
2. Anamnèse personnelle	MC précoce (<55 ans chez les hommes; <60 ans chez les femmes)	2	
	Troubles vasculaires périphériques ou cérébraux précoces (<55 ans chez les hommes; <60 ans chez les femmes)	1	
3. Examen médical	Xanthomes tendineux	6	
	Arc cornéen <45 ans	4	
4. Valeur initiale LDL-C	> 8.5 mmol/l	8	
	AVANT tout traitement hypolipémiant	6.5-8.4 mmol/l 5.0-6.4 mmol/l 4.0-4.9 mmol/l	5 3 1
5. Preuve génétique	Mutation sous-jacente identifiée (gènes <i>LDLR</i> , <i>APOB</i> , ou <i>PCSK9</i>)	8	

ALAT = alanine aminotransférase; **ASAT** = aspartate aminotransférase; **DLCN** = Dutch Lipid Clinic Network; **PCSK9** = proprotéine convertase subtilisine kexine de type 9; **HF** = hypercholestérolémie familiale; **DLCN** = Dutch Lipid Clinic Network; **HFhe** = hypercholestérolémie familiale hétérozygote; **MC** = maladie coronarienne.

Références: 1. Mach F et al. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *European Heart Journal* 2019, doi:10.1093/eurheartj/ehz455. 2. Knuuti J et al. ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. *European Heart Journal* 2019, doi:10.1093/eurheartj/ehz425. 3. Nordestgaard BG et al. Familial hypercholesterolaemia is underdiagnosed and undertreated in the general population: guidance for clinicians to prevent coronary heart disease: consensus statement of the European Atherosclerosis Society. *Eur Heart J*. 2013;34(45):3478-3490a.

Nicotine

Les fumeurs présentent un risque plus élevé d'infarctus du myocarde mortel et non mortel par rapport aux non-fumeurs. Le risque augmente d'environ 5,6% pour chaque cigarette fumée. Dans les 3 ans suivant l'arrêt du tabac, le risque cardiovasculaire baisse de 3,0 à 1,9%. Un risque excédentaire persistant subsiste 20 ans ou plus après l'arrêt du tabac. La directive de l'ESC/EACPR relative à la prévention des risques de maladie cardiovasculaire ne recommande pas l'usage du tabac sous quelque forme que ce soit et recommande l'arrêt immédiat de la consommation de tabac chez les patients présentant des facteurs de risque ou des maladies cardiovasculaires.

Examens biologiques à l'arrivée:

Consommation de tabac (PY), éventuellement date de l'arrêt du tabac, motivation à arrêter de fumer, recours nécessaire aux consultations de sevrage tabagique?

Schéma de traitement

Un substitut de la nicotine doit être proposé aux patients fumeurs hospitalisés qui ne peuvent pas fumer ou qui souhaitent arrêter de fumer pendant l'hospitalisation, pour atténuer les symptômes de sevrage.

Dépendance	Posologie recommandée pour le substitut de la nicotine
forte	
<ul style="list-style-type: none">• ≥20 cig./jourou• Première cigarette dans les 5 à 30 minutes après le lever	<ul style="list-style-type: none">• Patch phase 1 (Nicotinell® 21 mg/24 h ou Nicorette® 15 mg/16 h)• En plus: substitut de la nicotine à courte durée d'action si nécessaire (Nicotinell® ou Nicorette® chewing-gum, Nicotinell® comprimés à sucer, Nicorette® micro-comprimés/comprimés sous-linguaux, Nicorette® inhalateur)

Abhängigkeit	Empfohlene Dosierung Nikotinersatz
moyenne	<ul style="list-style-type: none">• Patch phase 2 (Nicotinell® 14 mg/24 h ou Nicorette 10 mg/16 h)• En plus: substitut de la nicotine à courte durée d'action si nécessaire (Nicotinell® ou Nicorette® chewing-gum, Nicotinell® comprimés à sucer, Nicorette® micro-comprimés/comprimés sous-linguaux ou Nicorette® inhalateur)
légère	<ul style="list-style-type: none">• Substitut de la nicotine à courte durée d'action si nécessaire (Nicotinell® ou Nicorette® chewing-gum, Nicotinell® comprimés à sucer, Nicorette® micro-comprimés/comprimés sous-linguaux ou Nicorette® inhalateur)

• Durée de la prise: 2 à 3 mois, réduction lente de la posologie après 2 à 4 semaines

• Contre-indication:

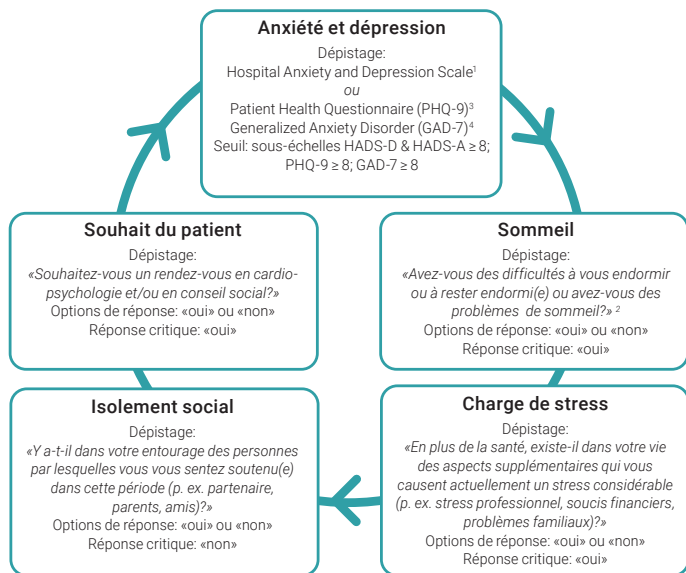
Arrêt du tabac pendant une dépression, en particulier en cas de tentative de suicide/d'idées suicidaires. Les préparations ne conviennent pas aux fumeurs occasionnels et aux adolescents (moins de 18 ans). La grossesse/des maladies du cœur ne constituent pas de contre-indications, dans la mesure où la prise d'un substitut de la nicotine empêche de fumer des cigarettes.

Chez les fumeurs présentant une dépendance sévère à la nicotine, le bupropion (Zyban®, comp.) ou la varécline (Champix®, comp.) constituent une option thérapeutique. Les deux médicaments sont pris en charge par les caisses-maladie. Des informations sur les indications, les contre-indications et les limitations sont disponibles sous www.compendium.ch et www.listedesspecialites.ch.

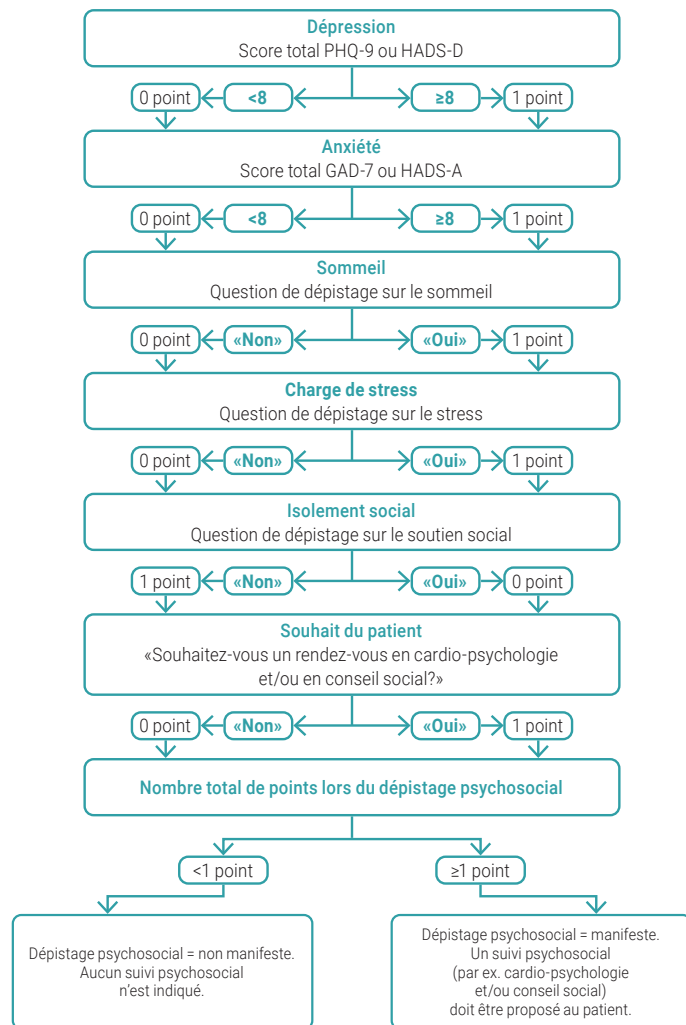
Références: 1. Teo KK et al, Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study. Lancet. 2006 Aug 19;368(9536):647-58; 2. Piepoli MF et al, 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J. 2016 Aug 1;37(29):2315-2381.

Facteurs de risque psychosociaux

- Les principaux facteurs de risque psychosociaux sont l'état psychopathologique, la charge de stress subjective et l'isolement social subjectif.
- Les facteurs de risque psychosociaux associés à un infarctus du myocarde représentent un risque global attribuable à 43% de la population.
- En conséquence, un dépistage psychosocial est recommandé en ce qui concerne la dépression, l'anxiété, les troubles du sommeil, la charge de stress subjective et l'isolement social subjectif (cf. aperçu ci-dessous).



- Le souhait du patient doit toujours être questionné (même si les autres facteurs ne sont pas manifestes), car, parfois, le patient ne veut pas aborder les problèmes psychiques en détail au cours de la consultation médicale/cardio-logique.
- Si l'un des facteurs psychosociaux est manifeste au cours du dépistage, un soutien cardio-psychologique et/ou un conseil social doit être proposé au patient.



Références: 1. Herrmann-Lingen, C., Buss, U., & Snaith, R. P. (2011). Hospital Anxiety and Depression Scale—German Version (HADS-D). Édition Hans Huber: Berne, Suisse. 2. Basé sur: MacGregor, K. L., Funderburk, J. S., Pigeon, W., & Maisto, S. A. (2012). Evaluation of the PHQ-9 Item 3 as a screen for sleep disturbance in primary care. Journal of general internal medicine, 27(3), 339-344. 3. Haddad, M., Walters, P., Phillips, R., Tsakok, J., Williams, P., Mann,

A., & Tylee, A. (2013). Detecting depression in patients with coronary heart disease: a diagnostic evaluation of the PHQ-9 and HADS-D in primary care, findings from the UPBEAT-UK study. PLoS one, 8(10), e78493. 4. Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Monahan, P. O., & Löwe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. Annals of internal medicine, 146(5), 317-325.



Swiss Working Group for Cardiovascular Prevention,
Rehabilitation and Sports Cardiology

Contact: info@scprs.ch