

La réadaptation post-infarctus et l'éducation thérapeutique

À la suite d'une hospitalisation, une réadaptation cardio-vasculaire est nécessaire, d'abord dans le cadre hospitalier puis en ambulatoire. Par ailleurs, des programmes d'éducation thérapeutique ont été élaborés à destination des professionnels désireux d'optimiser la prise en charge des patients insuffisants cardiaques.

La réadaptation cardiaque du coronarien au sein d'un réseau cardiologique

Dr Thierry Denolle
Dr Majid Dib
Dr Florence Revault
d'Allonnes
Centre de prévention
et de réadaptation
cardio-vasculaire,
réseau RivaRance,
Dinard-Saint-Malo

Les hospitalisations au décours des syndromes coronariens aigus deviennent de plus en plus courtes, le patient bénéficiant le plus souvent d'une revascularisation coronarienne par angioplastie et d'un retour à domicile quelques jours plus tard. Néanmoins, revasculariser un patient coronarien nécessite parfois encore au décours de cette courte hospitalisation un pontage aorto-coronarien et donc une deuxième hospitalisation plus prolongée. Un séjour en centre de réadaptation est-il encore nécessaire, l'alitement étant effectivement maintenant beaucoup plus réduit que par le passé, surtout si la revascularisation est effectuée seulement par angioplastie ? Quelles sont les indications d'une réadaptation pour le patient coronarien aujourd'hui ? Est-il encore justifié de maintenir ces patients en hospitalisation complète pour effectuer cette réadaptation ?

Les objectifs de la réadaptation sont précisés par l'OMS : « La réadaptation cardio-vasculaire est l'ensemble des activités nécessaires pour influencer favorablement le processus évolutif de la maladie, ainsi que pour assurer aux patients la meilleure condition physique, mentale et sociale possible, afin qu'ils puissent, par leurs propres efforts, préserver ou reprendre une place aussi normale que possible dans la vie de la communauté. »

À quel patient faut-il proposer une réadaptation ?

Après la phase aiguë de l'infarctus du myocarde, réadapter un patient constitue une indication de niveau A (recommandation reconnue par la Société française de cardiologie (SFC) [63] à la suite d'études randomisées multiples ou de méta-analyses). L'indication est de niveau B dans les suites de la chirurgie coronaire (recommandation acceptée à la suite d'une seule étude randomisée ou de plusieurs études non randomisées). Lorsque le patient présentait un angor stable ou que la revascularisation a été réalisée par angioplastie en l'absence d'infarctus du myocarde, surtout lorsque la revascularisation est complète, non compliquée, que la cinétique ventriculaire gauche n'est que peu ou pas altérée, une hospitalisation classique en structure de réadaptation cardiaque au décours immédiat de cette prise en charge paraît moins attractive (niveau C : recommandation possible à partir d'un consensus d'experts). Néanmoins, il est indispensable de proposer à ces patients un programme complet d'éducation et de prévention secondaire, surtout si ces programmes sont proposés sur le mode ambulatoire dans le cadre d'hôpital de jour ou d'un réseau comme nous venons de le créer sur le secteur sanitaire n° 6 en Bretagne.

La réadaptation cardio-vasculaire est classiquement divisée en trois phases :

- Phase 1, hospitalière, d'une durée de quelques jours, réalisée au décours immédiat de l'infarctus ou d'une revascularisation orientée vers la cicatrisation en postopératoire, la kinésithérapie respiratoire, l'adaptation thérapeutique...

- Phase 2 (dont nous parlerons plus particulièrement dans cet article) d'une durée de 3 à 6 semaines, réalisée au décours immédiat ou à quelques semaines de distance de l'hospitalisation. Cette phase peut être réalisée en hospitalisation complète ou de plus en plus souvent en ambulatoire.

- Phase 3, ou phase de maintenance, débutant avec la reprise d'une vie active du patient. Elle est réalisée en externe. Elle peut être favorisée par l'adhésion du patient à une association de patients, comme les clubs Cœur et santé affiliés à la Fédération française de cardiologie. Elle conditionne le maintien d'une bonne observance au long cours des conseils prodigués durant le stage de réadaptation (phase 2).

Que peut-on attendre d'une réadaptation chez le coronarien ?

Après un infarctus, la mortalité à trois ans des patients réadaptés est nettement diminuée (5 % vs 36 %) [102]. La survie des patients réadaptés est comparable à celle de la population générale. De même, après une revascularisation par angioplastie pour angor stable ou après infarctus, la réadaptation permet d'améliorer la survie sans événement cardio-vasculaire et cette amélioration se maintient au long cours [7]. Enfin, chez le coronarien stable, la réalisation fréquente d'exercices physiques d'intensité légère à modérée est significativement corrélée à une mortalité totale plus faible [101] et permet de reculer le seuil ischémique.

Les effets bénéfiques de l'activité physique concernent aussi les facteurs de risque. L'exercice physique au long cours s'accompagne effectivement d'une baisse de la pression artérielle comparable à celle d'une monothérapie chez l'hypertendu, ce qui lui confère d'ailleurs une indication de niveau B dans l'HTA. De même, la perte de poids, le meilleur équilibre du diabète et l'amélioration du bilan lipidique sont constamment observés chez les patients qui augmentent leur activité physique témoignant d'une diminution de l'insulinorésistance.

Enfin, la réadaptation entraîne une amélioration de la qualité de vie, une meilleure réinsertion socioprofessionnelle et une diminution des syndromes anxio-dépressifs particulièrement fréquents après un accident coronarien.

La réadaptation cardio-vasculaire dans le cadre d'un réseau

Compte tenu de la multiplicité des interventions effectuées au cours d'un stage en réadaptation cardio-vasculaire, il est difficile de départager les effets du réentraînement de ceux des autres mesures de prévention

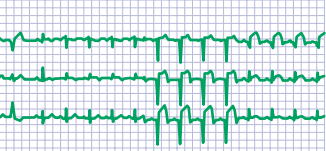
secondaire. En effet, une réadaptation ne doit pas se limiter à un stage de «vélothérapie», mais à une véritable rééducation physique, diététique et thérapeutique du patient coronarien. Si l'éducation diététique et thérapeutique dans le cadre d'une réadaptation cardio-vasculaire apparaît en effet de plus en plus fondamentale, il est certain qu'elle nécessite des moyens importants : diététicienne, infirmière, secrétaire, psychologue, tabacologue... Jusqu'à présent, seules des structures hospitalières pouvaient parfois, et souvent difficilement, fournir ce personnel paramédical, les actes d'éducation n'étant pas codifiés, ni valorisés. En ambulatoire, le paiement des actes effectués en externe par les cardiologues libéraux pour la réadaptation (28,80 euros par séance et par patient) ne permet pas de financer ce personnel. Il est donc rare que celle-ci soit réalisée en cardiologie libérale. La réadaptation s'inscrit donc administrativement dans la très grande majorité des cas dans le cadre des «services de soins de suite et de réadaptation» soit en hospitalisation complète ou ambulatoire.

Depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, les réseaux de santé commencent à voir le jour. Ils permettent de faire collaborer des professionnels libéraux, des établissements de santé, des représentants des usagers... afin de répondre à un besoin de santé ou médico-social insatisfait par les structures existantes pour une population donnée. Des financements spécifiques régionaux existent et permettent de répondre à ces besoins, mais un véritable parcours du combattant attend le coordinateur du projet avant de débloquer ces fonds! Le SNSMCV (Syndicat national des cardiologues libéraux) a créé, pour venir en aide aux cardiologues désireux de se lancer dans une telle aventure, le Collège des réseaux de la cardiologie. D'autres structures régionales comme les unions régionales des médecins libéraux (URML) et les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) en lien avec les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) fournissent aussi leur aide ou au moins les renseignements nécessaires à la création de tels réseaux de santé. En cardiologie, moins d'une quinzaine de réseaux ont été créés essentiellement pour aider à la prise en charge des patients insuffisants cardiaques.

La réadaptation cardio-vasculaire peut-elle s'inscrire dans le cadre de tels réseaux et bénéficier de financements spécifiques pour sa réalisation ?

Dans le cadre du secteur sanitaire n° 6 de Bretagne, nous avons constitué un réseau de santé prenant en charge l'ensemble de la pathologie cardio-vasculaire : le réseau Rivarance. Il est constitué de trois services de cardiologie situés dans trois hôpitaux différents (deux publics et un PSPH), de la quasi-totalité des cardiologues libéraux du secteur, de médecins généralistes, spécialistes (néphrologues, endocrinologues, neurologues et angiologues), de pharmaciens, d'infirmiers libéraux ainsi que d'associations de patients. Actuellement, ce réseau compte près de 150 membres

*Les références
entre crochets renvoient
à la bibliographie p. 92.*



réunis au sein d'une association type 1901. Parmi les objectifs de ce réseau, nous avons souhaité répondre à un manque de prévention et surtout de réadaptation cardio-vasculaire dans le secteur. Un centre de prévention et de réadaptation cardio-vasculaire a donc été créé, constitué de deux cardiologues libéraux et d'un personnel recruté par le réseau : infirmières, diététicienne, secrétaire, psychologue, médecin tabacologue et professeur d'éducation physique APA. Ce centre se situe dans des locaux loués au réseau par un des trois établissements à proximité d'un des services de cardiologie. Tout le matériel et l'environnement pour la sécurité ont été validés par une commission indépendante des membres du centre. Les patients sont adressés directement par les cardiologues libéraux et hospitaliers du réseau, habituellement un à deux mois après leur hospitalisation, et sont repris en charge par leur cardiologue habituel dès la sortie du stage. En moins de trois mois, la structure tournait déjà au maximum de ses possibilités. L'évaluation exigée dans le cadre de tout réseau a été réalisée à trois ans et montre une grande satisfaction des patients, une amélioration de leurs facteurs de risque et de leur performance à l'effort. À l'inverse de la plupart des centres de réadaptation qui ne renvoient pas les patients une fois leur stage terminé, le travail en réseau permet un meilleur suivi et une meilleure adhésion dans la durée des patients en les reprenant à distance du stage en consultation par la même équipe paramédicale. Ils reviennent ainsi à trois, six et douze mois pour une nouvelle séance de réentraînement à l'effort et le contrôle de l'observance des règles hygiéno-diététiques uniquement par l'équipe paramédicale, les médecins n'assurant que la sécurité de la séance d'éducation physique et vérifiant le suivi cardiologique effectué depuis leur stage. Cela nous permet de plus une évaluation à distance du bénéfice apporté aux patients par cette organisation.

L'éducation thérapeutique et diététique, réalisée par deux infirmières à mi-temps et une diététicienne, comprend 18 demi-journées par stage. Il s'agit de cours et d'ateliers pratiques (cuisine, supermarché, self, apprentissage à l'automesure tensionnelle). Chaque cycle

dure quatre semaines. Ainsi, l'éducation thérapeutique et diététique constitue la moitié du temps passé par le patient au cours de son stage, l'autre moitié étant réservée à la réadaptation physique réalisée par la professeur d'éducation physique sous la responsabilité des cardiologues libéraux.

Cette organisation ne peut pas, bien entendu, remplacer la réadaptation en hospitalisation classique car elle est strictement ambulatoire. Elle ne peut concerner que des patients bien stabilisés, ayant un domicile proche du centre. Néanmoins, l'expérience que nous avons acquise en quatre ans d'exercice nous montre que, dans le cadre de notre réseau, les patients justifiant d'une réadaptation de phase 2 nécessitent de manière exceptionnelle une hospitalisation complète pour un motif cardiologique.

L'apport favorisé par le réseau : l'éducation thérapeutique

Selon l'OMS, « l'éducation thérapeutique du patient est un processus continu, intégré dans les soins et centré sur le patient. Il comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psycho-social concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernées, et les comportements de santé et de maladie du patient. Il vise à aider le patient et ses proches à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre le plus sainement possible et maintenir ou améliorer la qualité de vie. L'éducation devrait rendre le patient capable d'acquiescer et maintenir les ressources nécessaires pour gérer optimalement sa vie avec la maladie ».

Cette acquisition de compétences a pour objectif de favoriser un changement de comportement des patients. Elle est capitale pour l'observance thérapeutique et permet de diminuer l'incidence des complications à court, moyen et long termes.

L'éducation thérapeutique pour le patient coronarien devrait être assurée par une équipe pluridisciplinaire composée de différents professionnels, formés à l'éducation thérapeutique : cardiologue, infirmier, diététicien, psychologue, kinésithérapeute ou professeur d'édu-

tableau 1

Efficacité à un an du réseau				
	J0	Fin de stage	1 an	EuroAspire 2
Pression artérielle ≤ 140/90 mmHg	71 %	80 %	66 %	45 %
Cholestérol total ≤ 5 mmol/l	47 %	88 %	80 %	40 %
Tabagisme	24 %	7 %	9 %	24 %
Diabète	10 %	10 %	10 %	27 %
Obésité	21 %	18 %	18 %	37 %
Activité insuffisante	39 %	5 % à 3 mois	10 %	Non précisé

cation physique, éventuellement en collaboration avec une assistante sociale et si possible un médecin du travail.

Le contenu de l'enseignement prend en compte les recommandations de la Haute Autorité de santé et des sociétés savantes (Société française de cardiologie et Société française d'hypertension artérielle plus particulièrement).

Les séances éducatives effectuées au cours du stage se déclinent dans le cadre de formations de groupe permettant de mieux connaître l'anatomie cardiaque et des vaisseaux, la maladie athéromateuse et plus particulièrement coronarienne, les signes prémonitoires d'une rechute, la conduite à tenir en cas de signes anormaux (dyspnée, douleur thoracique...), les intervenants de l'urgence cardiologique, les activités physiques, sexuelles et professionnelles possibles, les traitements et leurs effets secondaires et les risques en cas de mauvaise observance. Elles permettent d'expliquer les gestes d'angioplastie ou de chirurgie effectués, mais aussi d'envisager le suivi médical après cet accident.

L'éducation nutritionnelle constitue aussi une part importante de cet enseignement. L'implication de la diététicienne, mais aussi du personnel de restauration de l'hôpital, dans ce programme éducatif est fondamentale. L'éducation doit être pratique en invitant si possible aussi les conjoints à ces séances : cours, ateliers « cuisine », au self mais aussi, comme nous le proposons, en supermarché pour que le patient apprenne à lire les étiquettes et choisir les produits les plus adaptés à ses facteurs de risque.

Afin que ce programme de réadaptation ne soit pas

« qu'un coup d'épée dans l'eau » vite oublié, il est souhaitable que les médecins habituels du patient puissent être informés du niveau de ses connaissances, des cours et ateliers suivis pendant le cycle, de ses questions, mais aussi des problèmes de suivi qui risquent de se poser. C'est pourquoi, dans le cadre du réseau, nous avons créé un dossier médical partagé entre tous les professionnels du réseau qui comprend plus de 12 000 patients après trois ans de fonctionnement. De plus, il est souhaitable de pouvoir proposer au patient dans l'année qui suit, des contacts réguliers avec l'équipe paramédicale qu'il aura rencontrée au cours de cet enseignement.

Conclusion

Après quatre ans d'ouverture du centre Educoeur et plus de 400 patients ayant participé à ce stage en ambulatoire et suivis à distance, l'évaluation effectuée [31] nous démontre que la sécurité des patients est bien assurée, que le bénéfice en termes d'atteinte des recommandations sur les facteurs de risque à un an est bien meilleur que celle retrouvée dans l'étude européenne EuroAspire 2 et 3 (tableau 1), ainsi qu'en termes de performance physique qui s'est améliorée de 22 % à un an pour les patients suivis. Enfin, nous avons noté une nette amélioration de leur anxiété et une satisfaction en fin de stage d'après les grilles d'évaluation.

Néanmoins, la pérennité d'une telle structure en pleine expansion nécessitera à court terme son transfert en hôpital de jour, structure administrative plus adaptée au moins pour la partie réentraînement physique à l'effort, l'éducation thérapeutique et diététique restant l'objet même du réseau de soins. 