

## **Réhabilitation cardiaque stationnaire : pour quoi, pour qui et comment ?**

*Dre Elena Tessitore*

La réhabilitation cardiaque stationnaire est un programme mis en place en novembre 2020, avec la Dre Dechambre. L'unité comprend maintenant 12 lits.

C'est une collaboration avec le service de cardiologie et de chirurgie cardio-vasculaire.

En Suisse, les troubles cardiovasculaires restent une des causes principales de décès, en particulier chez les personnes âgées.

Une étude rétrospective d'un registre suédois montre que le pronostic dans la première année après un infarctus du myocarde reste délicat, avec 34 % de risque d'infarctus, d'AVC ou de mortalité cardiovasculaire chez les  $\geq 80$ ans.

- 50% des patients avec un syndrome coronarien aigu ont des antécédents d'infarctus
- 20% des patients qui survivent à un infarctus en font un deuxième dans l'année, malgré des traitements et soins optimaux
- jusqu'à 45% des décès après un infarctus pourraient être évités par de la prévention secondaire

Définition selon l'OMS (1993):

“ la réadaptation cardiovasculaire 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'il puissent par leurs propres efforts, préserver ou reprendre une place aussi normale que possible dans la vie de la communauté.”

L'entraînement physique, les habitudes de vies et le soutien psychologique sont les trois axes travaillés durant les trois phases de la réhabilitation:

- phase 1: hospitalisation aiguë avec mobilisation précoce
- phase 2: à la sortie, avec une réadaptation stationnaire ou ambulatoire quotidienne
- phase 3: maintenance avec intégration dans la vie quotidienne sur le long terme

L'exercice physique a un “effet polypill” avec de nombreux bénéfices, sur le système cardiovasculaire mais aussi locomoteur, respiratoire, neurohumoral, métabolique, psychologique...

Cette étude rétrospective suit pendant 10 ans des patients après un infarctus traités par PCI. Elle détermine une baisse de la mortalité de 39% chez ceux qui ont suivi le programme de réadaptation (14.7% vs 23.5%). Et une baisse de 46% pour ceux qui le complètent (14% vs 19%)

Une autre étude sur des patients avec infarctus mais traités par pontage, montre que ceux qui suivent la réadaptation réduisent leur mortalité de 3 à 5% dans les deux ans de la procédure.

La plus grande réduction est constatée chez les patients qui ont suivi 36 séances, mais seuls 12% les complètent bien que 94% soient spécifiquement adressés à un programme.

[Une revue systématique](#) de 63 études montre les bénéfices de la réhabilitation sur la maladie coronarienne:

Pour le syndrome coronarien aigu, les recommandations européennes classent la réhabilitation en grade 1A.

Bénéfices	Diminution de risque
Mortalité globale à 12 et 24 mois	↓ 13% et ↓ 47%
Mortalité cardiovasculaire	↓ 26%
Nombre d'admissions à 12 mois	↓ 31 %
Risque d'infarctus du myocarde	↓ 17%
FRCV	↓ TAS, ↓ cholestérol total, ↓ tabagisme
Psychologique	↓ dépression

Côté insuffisance cardiaque, [ce panel d'experts](#) rappelle tous les bénéfices qui peuvent être tirés de la réadaptation, avec une amélioration des fonctions vasomotrices et endothéliales, musculo-squelettique, de la pression de remplissage ventriculaire, de la performance à l'exercice et de la qualité de vie.

[Cette étude](#) de Lombardie observe 40'000 patients insuffisants cardiaques en réadaptation. Elle montre une réduction de la mortalité toutes causes et des réhospitalisations pour insuffisance cardiaque.

Pour l'insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection sévèrement et moyennement diminuée, la recommandation de l'ESC pour une réadaptation est de grade 1A également.

- fraction d'éjection préservée → 1C
- appareil d'assistance ventriculaire (VAD) → 1B

La réadaptation cardiaque devrait être vue comme un des piliers de soins pour l'insuffisance cardiaque, aux côtés des ARNI, BB... Ce n'est malheureusement pas le cas, puisque moins de 20% des patients, en Europe comme aux USA, participent à un programme de réadaptation.

#### Réadaptation cardiaque stationnaire à beau-séjour

C'est le premier centre à Genève. Avant cela, les patients étaient envoyés à la clinique de la lignière à Gland.

Il permet un suivi étroit, avec des activités physiques plus intenses, et une adaptation aux besoins.

Les indications selon le [SCPRS](#):

Après un syndrome coronarien, après une chirurgie cardiovasculaire, en cas de multiples facteurs de risques cardiovasculaires, lors d'insuffisance cardiaque symptomatique, après implantation de dispositif d'assistance ventriculaire... après implantation de défibrillateur ou de resynchronisateur si il y a des difficultés physiques, thérapeutiques ou psychiques.

D'autres maladies cardiovasculaires peuvent s'améliorer par la réadaptation, comme l'artériopathie périphérique, l'embolie pulmonaire, l'HTA pulmonaire, la fibrillation auriculaire...

Critères d'inclusion - établis avec les physiothérapeutes

- Déplacement  $\geq$  200m en autonomie
- Être orienté dans l'espace et le temps, pour arriver à l'heure et suivre les autres
- Pouvoir retenir des consignes simples
- Être motivé à participer à toutes les activités pendant 3 semaines
- Être capable de faire 30 min d'effort physique sur une heure, pauses incluses.

Deux niveaux sont atteignables, avec un groupe de marche qui va à l'extérieur de beau-séjour, lorsque la personne fait > 350m en 6 min, et un autre qui reste dans l'enceinte.

L'activité physique a lieu tous les jours pour 1 à 2h. La personne soignée est poussée à s'habiller, à sortir de son lit et rester active.

Une table ronde d'éducation thérapeutique a lieu 3 fois par semaine, à laquelle participent également celles et ceux en réadaptation ambulatoire. Un conseil nutrition et une séance d'art-thérapie ont également lieu une fois par semaine. Permissions le week-end.

La forme stationnaire permet la prise en charge de cas plus complexes, comme lors de risques de chute, d'un âge avancé, de co-morbidités... et facilite la transition de l'hôpital au domicile, évitant parfois la mise en place d'une dépendance aux aides à domicile.

Les patients avec des multi-morbidités sont ceux qui bénéficient le plus de la réadaptation.

Une évaluation médicale a lieu au début et à la fin de la réadaptation: FRCV, état clinique, ECG, échographie, test d'effort, évaluation de la qualité de vie, soutien psychologique, calcul de risque (SMART).

Les facteurs de risque modifiables sont passés au crible, dans l'objectif d'atteindre les seuils tolérables pour le cholestérol, la TA, le BMI...Le score de risque SMART permet de faire un pronostic de récurrence, qui est utilisé pour fixer des cibles plus ou moins sévères.

Une équipe multidisciplinaire est essentielle: diététicien.ne, physio, ergo, art-thérapeutes...

Contre-indications: infarctus menaçant, angor instable, arythmies malignes mal contrôlées, hypoxie grave, affections interdisant l'activité, manque de potentiel d'autonomie, psychopathie grave...

Depuis le covid, les pays du nord de l'europe proposent un programme de télé-réadaptation. Cela permet une forme à domicile ou hybride. La recherche montre une bonne efficacité, sécurité, observance et une meilleure acceptabilité.

En suisse, la gestion des facteurs de risque cardiovasculaire est meilleure que dans d'autres pays européens, mais reste médiocre. 1 an après un infarctus:

- < 50% des fumeurs sont abstinents
- < 25% des personnes en surpoids perdent >5% de leur poids
- < 30% atteignent la cible pour le cholestérol-LDL
- < 30% effectuent >150min/sem d'activité physique modérée...



Compte-rendu de Valentine Borcic  
[valentine.borcic@gmail.com](mailto:valentine.borcic@gmail.com)  
Transmis par le laboratoire MGD  
[colloque@labomgd.ch](mailto:colloque@labomgd.ch)