



COMMUNIQUÉ DE PRESSE AUX MÉDIAS SPÉCIALISÉS – Berne, en mars 2013

Les groupes de maintenance cardio-vasculaire – un suivi structuré pour patients cardiaques

Depuis 2001, la Fondation Suisse de Cardiologie encourage la création et l'activité de groupes de maintenance dans toute la Suisse. Dans ces groupes axés sur la prévention secondaire cardio-vasculaire, il règne une forte motivation à mettre en place les nécessaires changements de mode de vie et à s'y tenir. La Fondation Suisse de Cardiologie invite donc les médecins et autres spécialistes médicaux à recommander à leurs patients cardiaques de rejoindre l'un des plus de 130 groupes de maintenance existants. Une brochure gratuite sur le sujet est à leur disposition.

Claudia Pohl, Fondation Suisse de Cardiologie, conseil et coordination des groupes de maintenance, accompagnement scientifique des groupes: Pr Andreas Hoffmann, Bâle

«Le groupe de maintenance me permet d'entretenir non seulement ma forme physique mais m'aide aussi à garder un bon équilibre psychique» confie lors d'une interview la présidente d'un groupe romand de maintenance. Ce sont des propos que l'on retrouve régulièrement dans la bouche de nombreux membres: une activité physique régulière est un remède aux multiples facettes. Elle améliore la fonction circulatoire (et tous les systèmes de l'organisme), chez les personnes en bonne santé comme chez les malades du cœur dans la mesure où un organisme entraîné doit produire un moindre effort cardiaque pour la même performance physique. Le mouvement est la clé d'un mode de vie sain qui améliore aussi le bien-être psychique.

Des professionnels garants de la qualité

Le public cible des groupes de maintenance cardio-vasculaire, ce sont les patients cardiaques à l'état de santé stabilisé. Idéalement, le groupe de maintenance succède directement à une réadaptation ambulatoire ou stationnaire selon le modèle de l'OMS (1980) pour la réadaptation cardio-vasculaire:

Phase I: Mobilisation précoce pendant le séjour en hôpital ou clinique de soins aigus

Phase II: Programme structuré ambulatoire ou stationnaire en institution spécialisée. Phase III:

Poursuite d'un mode de vie favorable à la santé, récemment acquis, dans des groupes de maintenance ambulatoires proches du domicile, sans limites de temps.

Les membres se retrouvent avec d'autres patients du même type pour pratiquer une activité physique régulière. La direction du groupe est assurée par des spécialistes de la réadaptation cardio-vasculaire, en général des physiothérapeutes ou des maîtres de sport avec formation complémentaire de cardiothérapeutes (GSRC). Un médecin est l'interlocuteur de référence qui s'occupe des questions médicales et apporte des informations sur divers thèmes de prévention secondaire.

Les avantages majeurs du groupe de maintenance sont:

- Un programme d'activité physique sur mesure au moins une fois par semaine
- La sécurité pendant toutes les activités grâce à une direction professionnelle
- Un échange d'expériences avec des patients du même type
- Des conseils et des informations en prévention secondaire, en particulier sur l'arrêt du tabagisme, la réorientation diététique et la gestion du stress

Forts de leur coopération avec la Fondation Suisse de Cardiologie, les groupes de maintenance disposent toujours d'informations de première main, actualisées et neutres, sur la santé cardio-vasculaire et grâce au Forum annuel des groupes, d'une précieuse plateforme d'échanges et de formation continue.

Réadaptation cardiaque à long terme

Si la Fondation Suisse de Cardiologie accorde une grande importance à l'encouragement des groupes de maintenance, ce n'est pas uniquement en raison des réactions positives des participants. C'est d'abord parce que de nombreuses études ont montré que les bons résultats de la réadaptation en Phase I et II n'avaient en partie qu'une durée limitée, que les patients aient suivi une réadaptation ambulatoire ou stationnaire (Niederhauser 1986). D'autre part, des études ont montré que l'on peut pérenniser ces bons résultats par des interventions ciblées à long terme. Cela peut se faire déjà par le biais de mesures simples comme le conseil et l'aide à l'autocontrôle, le suivi téléphonique, mais aussi, précisément, par des activités de groupe (Hildingh 2003, Mittag 2006, Arrigo 2007, Hanssen 2007). Pourtant, il n'y a à ce jour que 10% à peine des patients issus des programmes de réadaptation structurés de Phase II qui poursuivent avec une prise en charge organisée au long cours de Phase III (Jaggi 2008). Même si l'on considère que celle-ci n'est pas nécessaire pour tous les patients, ou que tous ne souhaitent pas profiter d'avantages pourtant indéniables, on peut en déduire un besoin de rattrapage significatif.

C'est pourquoi la Fondation Suisse de Cardiologie demande à tous les spécialistes du cœur de recommander activement à leurs patients cardiaques de prendre part à un groupe de maintenance et met gratuitement à leur disposition la brochure «Pour votre cœur – le groupe de maintenance régional».

La Fondation Suisse de Cardiologie continuera de son côté à encourager la création de nouveaux groupes au moyen de conseils personnalisés et de documents adaptés. Le manuel «Ensemble vers un mode de vie sain – Comment fonder un groupe de maintenance cardio-vasculaire» contient tout ce qu'il faut savoir sur le travail de groupe et offre son soutien à tous les médecins, physiothérapeutes et maîtres de sport comme aux non professionnels lors de la création d'un groupe et de sa gestion ultérieure.

Le nombre de personnes concernées s'accroît

Environ 40% à 50% des patients cardiaques dans les pays occidentaux industrialisés meurent d'une forme aiguë de maladie coronarienne (MC) comme l'infarctus du myocarde et la mort subite cardiaque (www.bfs.admin.ch). La MC est une manifestation de l'athérosclérose, cette maladie dégénérative qui est aussi responsable de l'attaque cérébrale ischémique, de la maladie artérielle occlusive périphérique et de l'insuffisance rénale aiguë. Les 40% de patients cardiaques restants souffrent avant tout d'affections valvulaires mais aussi de séquelles d'hypertension artérielle ou de myocardiopathies primitives.

Relevons à ce stade un paradoxe: tandis que durant les 2 dernières décennies la mortalité par MC n'a cessé de diminuer (Ford 2007), le nombre des patients cardiaques a continué de croître en raison de la forte augmentation de l'espérance de vie. De plus en plus de patients vivent toujours plus longtemps avec une fonction cardiaque altérée, ce que l'on peut mettre en parallèle avec le nombre croissant d'insuffisances cardiaques (Redfield 2003).

Un traitement invasif ne suffit pas

Pour le traitement efficace des formes aiguës menaçantes de MC ainsi que pour l'angine de poitrine chronique, on utilise aujourd'hui presque sans limitation d'âge des procédés thérapeutiques invasifs. Parmi ceux-ci, l'angioplastie (dilatation au cathéter et pose de stent) et le pontage coronarien (Tu 1997, Heidenreich 2001, Pfisterer 2004). Le point commun de ces méthodes est qu'elles ne traitent pas la cause de la maladie mais débloquent la situation en levant une sténose menaçante ou une obturation vasculaire, le plus souvent pour une période limitée. En d'autres termes: dans la plupart des cas, ces procédés thérapeutiques invasifs représentent certes une mesure efficace, mais en fin de compte uniquement palliative car n'ayant pas de prise sur le cours naturel progressif de l'athérosclérose qui en est la première responsable.

La prévention au long cours est efficace

Une mortalité de MC réduite de 36% est réjouissante, mais seuls 11% sont à mettre sur le compte des traitements invasifs tandis que 25% sont à porter au crédit des mesures de prévention secondaire comme les changements de mode de vie et les médicaments (Ford 2007).

Les procédés thérapeutiques invasifs doivent donc toujours s'accompagner de mesures non médicamenteuses et médicamenteuses qui stabilisent l'athérosclérose des vaisseaux coronaires et peuvent même idéalement la faire régresser. Il s'agit d'une part de médicaments antiplaquettaires, d'hypoglycémisants, d'hypotenseurs et de bêtabloquants (Ades 2001), qui ont tous prouvé qu'ils pouvaient freiner l'apparition de nouveaux épisodes pathologiques et la mortalité. D'autre part, les modifications du mode de vie sont, chez la plupart des patients, inéluctables et constituent la vraie base de la prévention secondaire. C'est ici que les groupes de maintenance entrent en action: ils peuvent aider les patients à mettre en place à long terme les nécessaires changements de leur mode de vie, leur apporter plus de sécurité et une nouvelle confiance dans leurs capacités physiques tout en renforçant leur psychisme.

Active contre les maladies cardiaques et l'attaque cérébrale

La Fondation Suisse de Cardiologie s'investit

- pour qu'il y ait moins de personnes touchées par des maladies cardio-vasculaires ou une attaque cérébrale,
- pour qu'il y ait moins de handicaps et de décès précoces dus aux maladies cardio-vasculaires
- pour que les patients puissent mener une vie digne de ce nom.

La Fondation Suisse de Cardiologie, créée en 1967, est une organisation indépendante, essentiellement financée par des dons, reconnue d'utilité publique par la fondation ZEWO.

→ sur le site www.swissheartgroups.ch, vous trouverez des informations supplémentaires pour les patients et tous les professionnels intéressés ainsi qu'une liste des (déjà) plus de 130 groupes de maintenance en Suisse.

Renseignements: Fondation Suisse de Cardiologie, Claudia Pohl, conseil et coordination des groupes de maintenance, Schwarztorstrasse 18, Case postale 368, 3000 Berne 14. Téléphone: 031 388 80 93; Mail: pohl@swissheart.ch.

Diriger un groupe avec les compétences requises

Le groupe de travail de la réadaptation cardio-vasculaire suisse GSRC (www.gsrc.ch) propose une formation postgrade de cardiologue GSRC ainsi qu'une demi-journée de formation pour responsables de groupes médecins. Les universités de Genève et Lausanne proposent un CAS Prévention et réadaptation cardiovasculaire.

www.kardrehab.insel.ch, www.herztherapeuten-sakr.ch et www.unige.ch/formcont/cardio.html

Bibliographie

Ades PA. Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease. *N Engl J Med* 2001; 345: 892-902.

Arrigo I, Brunner-La Rocca H, Lefkovits M, Pfisterer M, Hoffmann A. Comparative outcome one year after formal cardiac rehabilitation: the effects of a randomized intervention to improve exercise adherence. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2008; 15: 306-311.

Ford ES, Ajani UA, Croft JB et al. Explaining the decrease in US deaths from CAD 1980-2000. *N Engl J Med* 2007; 356: 2388-2398.

Hanssen TA, Nordrehaug JE, Eide GE, Hanestad BR. Improving outcomes after myocardial infarction: A randomized controlled trial evaluating effects of a Telephone follow-up intervention. *Eur J Prev Rehabil* 2007; 14: 429-437.

Hildingh C, Fridlund B. Participation in peer-support groups after a cardiac event. A 12-month follow-up. *Rehabil Nurs* 2003; 28: 123-128.

Jaggi S, Sommerfeld K, Piazzalonga S, Hoffmann A. Lifestyle and risk factors four years after cardiac rehabilitation. *Kardiovask. Medizin* 2009; 12, suppl. 17: 64S

Mittag O, China C, Hoberg E, et al. Outcomes of cardiac rehabilitation with versus without a follow-up intervention rendered by Telephone (Luebeck follow-up trial): overall and gender-specific effects. *Int J Rehabil Res* 2006; 29: 295-302.

Niederhauser, H.U./Sieber, R. Untersuchungen zum Gesundheitsverhalten nach Herzinfarkt und nach Herzoperationen: Werden die Ziele verwirklicht? *Schweiz. Med. Wschr.* 1986; 116: 1729-33.

Pfisterer M et al. Longterm outcome in elderly patients with chronic angina managed invasively versus by optimized medical therapy: four-year follow-up of the randomized trial of invasive versus medical therapy in the elderly patients (TIME). *Circulation* 2004; 110: 1213-1218.

Redfield MM, Jacobsen SJ, Burnett JC, et al. Burden of systolic and diastolic ventricular dysfunction in the community: appreciation the scope of the heart failure epidemic. *JAMA* 2003; 289: 194-202.

Tu, J.V. et al. Use of Cardiac Procedures and Outcomes in Elderly Patients with Myocardial Infarction in the United States and in Canada. *N Engl J Med* 1997; 336:1500-1523.

Heidenreich PA et al. Trends in treatment and outcomes for acute myocardial infarction 1975-1995. *Am J Med* 2001; 110: 165-174.