

LA READAPTATION CARDIAQUE EN CABINET

La réadaptation cardiaque est indiquée dans de nombreux cas. La littérature en démontre largement les bénéfices et elle bénéficie aujourd'hui de recommandations internationales de grade I A sur la base de l'evidence-based medicine.

La réadaptation cardiaque est indiquée dans plusieurs indications mais trop peu de patients en bénéficient.....II

Les recommandations 2018 de la SFC pour les épreuves d'effort.....IV

Faire de la réadaptation cardiaque en ville.....VI

Zoom sur les expérimentations SLL

L'exemple du SISA centre de prévention et de promotion de la santé - strasbourg.....VII

ACRONYMES

ARS Agence régionale de santé

CNAM Caisse nationale de l'Assurance-maladie

ETP Education thérapeutique

EE Epreuve d'effort

EEVO₂ Test cardiorespiratoire basé sur l'analyse de la mesure des gaz expirés

SFC Société française de cardiologie

SLL Structures libérales légères

SSR service de soins de réadaptation



LA RÉADAPTATION CARDIAQUE EST INDICUÉE DANS PLUSIEURS INDICATIONS MAIS TROP PEU DE PATIENTS EN BÉNÉFICIENT

LES INDICATIONS DE LA RÉADAPTATION CARDIAQUE

La réadaptation cardiaque est indiquée dans la prise en charge de nombreuses atteintes cardiaques, notamment la maladie coronaire :

- dans les suites de la chirurgie coronaire (pontage) ;
- dans les suites d'infarctus du myocarde ;
- dans l'angor (angine de poitrine) stable, en cas de facteurs de risque associés (hypertension artérielle, surpoids, diabète) ;
- dans les suites d'angioplastie coronaire ;
- en cas d'insuffisance cardiaque chronique, transplantation cardiaque, artériopathie des membres inférieurs.

POURQUOI FAIRE DE LA RÉADAPTATION CARDIAQUE ?

Les bénéfices pour les patients : la réadaptation cardiaque entraîne des effets favorables sur plusieurs plans :

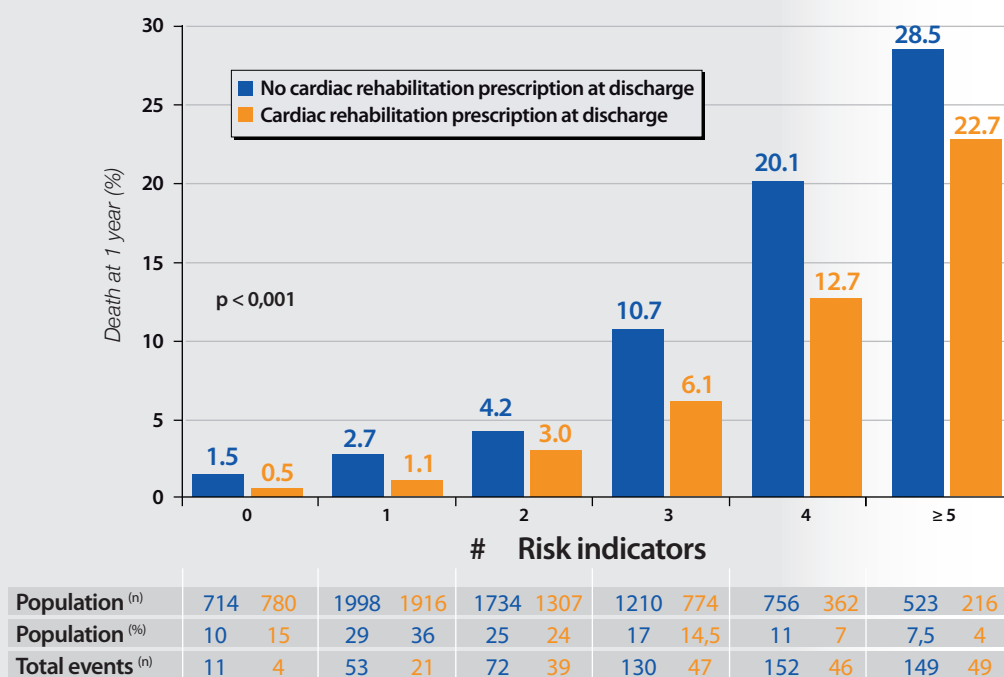
- les facteurs de risque ;
- les systèmes cardiovasculaire, respiratoire et musculaire ;
- les capacités d'effort et d'autonomie (prise en charge personnelle) ;
- la qualité de vie ;
- le pronostic.

Donnée encore trop méconnue par les tutelles et les décideurs, les systèmes de santé bénéficient également de la réadaptation cardiaque notamment sur le plan médico-économique :

Patients coronariens :

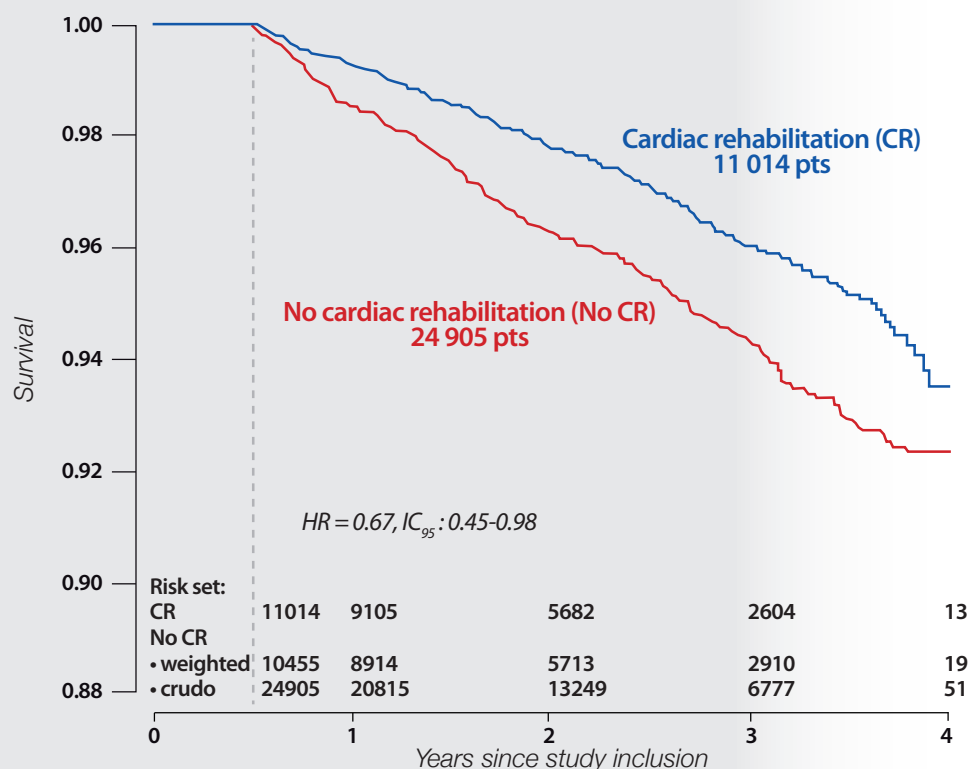
- on observe des réductions de mortalité cardiovasculaire (-26 %) et de réhospitalisations (-18 %), y compris lorsqu'on intègre la prise en charge du syndrome coronarien aigu (SCA).

FIGURE 1. BÉNÉFICE DE LA RÉADAPTATION DANS LE POST SCA



Risk indicators : CHF ; HTN ; âge ≥ 75 ; DM ; prior stroke ; prior CABG ; PAD ; eGFR < 60 ; current smoking

(Arch Cardiovasc Dis 2019;112:459–68)

FIGURE 2. PRONOSTIC AVEC OU SANS RÉADAPTATION


(European Heart Journal (2015) 36, 1519-1528.

■ les données de vie réelle montrent une réduction de la mortalité à 1 an de 28% notamment chez les patients à plus haut risque. (1)

■ en dehors du SCA, chez les coronariens chroniques traités médicalement ou par angioplastie ou par pontages aortocoronariens, les preuves du bénéfice de la réadaptation ont été démontrées.

Patients insuffisants cardiaques :

■ une réduction de mortalité de 12 % et des réhospitalisations de 20-30 % est observée essentiellement chez les patients avec une fraction d'éjection réduite et largement dépendante de l'observance à l'entraînement.

■ les études randomisées ou en vie réelle montrent une amélioration des capacités d'effort (paramètre essentiel du pronostic) et de la qualité de vie.

DES BÉNÉFICES AU-DELÀ DE LA SANTÉ CARDIAQUE

La réadaptation cardiaque nécessite l'intervention de plusieurs acteurs concourant à la prise en charge multidisciplinaire et globale des patients. Elle comprend notamment l'optimisation thérapeutique, le démarrage ou la poursuite de l'éducation thérapeutique ainsi que des aides et des conseils sur les plans psychologique et social (dont le retour à l'emploi).

Optimisation et personnalisation des thérapeutiques

L'évaluation de la tolérance aux traitements, globalement et dans la vie courante permet de les personnaliser et donc d'améliorer l'observance des patients. La surveillance étroite réalisée dans le cadre de la réadaptation permet de faciliter le respect des recommandations internationales en matière de titration.

L'Education thérapeutique (ETP)

L'ETP a démontré une amélioration des connaissances, de l'observance comportementale avec des effets bénéfiques sur les facteurs de risque et également, selon les pathologies, sur le pronostic. Dans le cadre des programmes de réadaptation cardiaque, elle constitue une obligation réglementaire soumise à validation. La démarche est individualisée et personnalisée. Elle peut être initiée ou renforcée et approfondie selon le profil, la situation et les besoins du patient.

(1) Puymirat E, Bonaca M, Iliou MC, et al. Outcome associated with prescription of cardiac rehabilitation according to predicted risk after acute myocardial infarction: insights from the FAST-MI registries. Arch Cardiovasc Dis 2019;112:459-68.

Accompagnement psychosocial

Les troubles psychologiques et le niveau socioéconomique des patients entraînent des répercussions sur le pronostic. Le retour au travail notamment est reconnu comme un des marqueurs de santé au point que des recommandations européennes proposent des organisations en réadaptation pour permettre l'évaluation et la délivrance de conseils pour une reprise dans les meilleures conditions. La prise en charge psychologique vient donc en deuxième position après l'entraînement physique chez les patients coronariens.

EN FRANCE, UN TROP FAIBLE NOMBRE DE PATIENTS ÉLIGIBLES ONT ACCÈS À LA RÉADAPTATION CARDIAQUE

En France, seuls environ 30 % des post-SCA et moins de 20 % des insuffisants cardiaques peuvent bénéficier d'une réadaptation cardiaque. Cela est essentiellement lié au manque de lits et de places pour les accueillir en hospitalisation. Il est donc nécessaire d'organiser et d'adapter la prise en charge à la condition de chaque patient, l'hospitalisation complète devant être réservée aux patients nécessitant une surveillance cardiologique rapprochée.

Pour les autres patients, une prise en charge en ambulatoire est possible. Autrefois accessible uniquement en hospitalisation de jour, elle est désormais possible en ville sous certaines conditions.



LES RECOMMANDATIONS 2018 DE LA SFC POUR LES ÉPREUVES D'EFFORT

La réadaptation cardiaque impose la réalisation d'une épreuve d'effort (EE) pour évaluer l'état physique général du patient. Les résultats permettent de créer ensuite un programme personnalisé et adapté à sa situation et à sa condition. A mi-programme, une nouvelle EE est effectuée pour ajuster le programme si nécessaire. Enfin, la dernière EE a lieu à la fin du programme pour évaluer les progrès du patient et lui prodiguer des conseils personnalisés pour la suite.

La SFC a formulé en 2018 de nouvelles recommandations (2-3) concernant la réalisation des EE. La première partie décrit les conditions de sécurité et la méthodologie requises pour effectuer et interpréter une EE ou une EE cardiorespiratoire (EEVO₂), qui consiste en une EE couplée à une analyse des gaz expirés ; la partie 2 propose les indications pour les EE et les EEVO₂ en cardiologie.

LES RÈGLES DE SÉCURITÉ ENVIRONNEMENTALES

Le laboratoire

e d'épreuve d'effort doit comprendre, soit une unité de soins intensifs cardiaques, soit avoir la possibilité de transférer rapidement le patient vers une unité de soins intensifs cardiaques dans un autre centre médical.

Dans ce dernier cas, la salle d'urgence dédiée doit être équipée du matériel nécessaire à la réanimation cardiaque à effectuer en attendant le transfert du patient.

Le laboratoire d'épreuves d'effort doit contenir :

- un téléphone pour appeler les secours ;
- une source d'oxygène ;
- un système d'aspiration prêt à l'emploi ;
- un ou plusieurs ergomètres ;
- un enregistreur d'électrocardiogrammes (ECG) à 12 dérivations avec surveillance permanente du tracé (au moins trois dérivations simultanées) ;
- un dispositif de mesure de la pression artérielle (PA) ;
- un chariot d'urgence avec un défibrillateur.

Il est également recommandé, mais non obligatoire, d'y inclure un oxymètre et un appareil de mesures des gaz expirés.

Avant l'EE, le patient doit recevoir une informations orale, notamment sur les avantages, les risques et les alterna-

(2) sfcadio.fr/sites/default/files/2019-10/2018-recommandations-sfc-2018-epreuves-effort.pdf

(3) realites-cardiologiques.com/2018/04/02/vers-de-nouvelles-recommandations-de-la-societe-francaise-de-cardiologie-sur-les-tests-d-effort/

tives possibles à l'examen, en plus des informations écrites sur le formulaire de consentement qui doit être signé et inclus dans le dossier du patient (voir modèle sur le site internet de la Société Française de Cardiologie [4]), conformément à l'article L1111-2 du code de la santé publique.

L'EE doit être menée sous la responsabilité d'un cardiologue.

Pendant une EE ou EEVO₂, le laboratoire doit être en mesure d'assurer une réanimation cardiaque effectuée par le cardiologue, avec l'aide d'un assistant qualifié (technicien, paramédical ou médecin), formé régulièrement en EE, EEVO₂ et aux gestes d'urgence (attestation de formation de niveau 1 en gestes et soins d'urgence).

TABLEAU 1. LES CONTRE-INDICATIONS À LA RÉALISATION D'UNE EE

	Contre-indications [2]
Contre-indications absolues	SCA ST+ ou ST-(< 2jours) Trouble du rythme sévère ou mal toléré Obstruction sévère ou symptomatique à l'éjection ventriculaire gauche Insuffisance cardiaque décompensée Thrombose veineuse aiguë avec ou sans embolie pulmonaire Myocardite, péricardite ou endocardite aiguës Dissection aortique aiguë Thrombus intracardiaque à haut risque emboligène Incapacité à effectuer un exercice physique Refus du patient
Contre-indications relatives^(a)	Sténose significative du tronc commun Anévrisme ventriculaire Tachycardia supraventriculaire avec fréquence ventriculaire mal contrôlée Bloc acquis de haut degré ou complet AVC ou AIT récents Cardiomyopathie obstructive avec gradient de repos élevé Etat clinique mal contrôlé, telles qu'une anémie marquée, trouble électrolytique significatif : une hyperthyroïdie... Manque de coopération de la part du patient PA > 200/110 mmHg (voire moins selon l'âge du patient)

CI : contre-indications ; PA : pression artérielle ; SCA : syndrome coronarien aiguë avec ou sans sus-décalage du ST ; AVC : accident vasculaire cérébral ; AIT : accident ischémique transitoire

(a) A la discrétion du cardiologue.

TABLEAU 2. LES CRITÈRES D'ARRÊT D'UNE ÉPREUVE D'EFFORT

	Critères d'arrêt des tests d'effort, modifiés selon [2]
Critères absolus	Angor, évère Diminution ou absence d'augmentation de la TA malgré l'augmentation de la charge Sus-décalage du segment ST (en dehors d'un territoire infarci) Arythmies sévères ou mal tolérées : tachycardie ventriculaire, fibrillation ventriculaire, bloc auriculo-ventriculaire du deuxième ou du troisième degré (complet) Signes de bas débit cardiaque: pâleur, extrémités froides. cyanose, faiblesse, vertiges Signes neurologiques : ataxie, confusion, vertiges, etc. Problème. techniques qui empêchent une surveillance adéquate (ECG, PA) Demande du patient
Critères relatifs^(a)	Douleur thoracique qui s'aggrave Sous-décalage du segment ST ≥ 2 mm ou descendant Fatigue ou essoufflement Auscultation pulmonaire anormale (crépitations, sibillants) Douleur des membres inférieurs ou incapacité à poursuivre l'exercice PA $\geq 250/115$ mmHg Arythmies moins sévères et bien tolérées : ESV fréquentes et polymorphes, tachycardia supra-ventriculaire, bradycardie Bloc de branche

PA : pression artérielle ; ESV : extrasystoles ventriculaires

(a) A la discrétion du cardiologue.

(4) sfcardio.fr/publication/fiche-dinformation-et-de-consentement-programme-de-readaptation-cardiaque



FAIRE DE LA READAPTATION CARDIAQUE EN VILLE

COLLABORATION ENTRE SSR ET ÉQUIPES DE SOINS PRIMAIRES

Une expérimentation article 51 est en cours en Corse. Baptisée « Eva Corse », elle a pour objet de mettre en place un programme de réadaptation cardiaque au plus près des patients en s'appuyant sur les SSR et les équipes de soins primaires en mobilisant un mode de financement forfaitaire intégrant une prime d'efficacité et de qualité.

Ce programme est initié et supervisé par les centres de soins de suites et de réadaptation cardiaque référents. Il comprend vingt séances de réadaptation cardiaque, les six premières sont réalisées en SSR, les quatorze suivantes sont réalisées avec l'équipe de soins primaires. Ces séances de réadaptation ont une durée de trois heures.

Plus d'informations sur le site du ministère de la santé :

▼ sante.gouv.fr/IMG/pdf/eva_corse-arrete_et_cdc_modifies-raa_12.01_24.pdf

LA TÉLÉRÉADAPTATION : UNE AUTRE MANIÈRE DE GÉRER LA RÉADAPTATION CARDIAQUE

La téléréadaptation propose de réaliser un programme « hors les murs » des SSR et des SMR cardiovasculaires : après la prise en charge initiale dans le centre pour l'évaluer et déterminer le programme à suivre, le patient poursuit ensuite à son domicile les activités prescrites. Une équipe de réadaptation l'accompagne au quotidien grâce à une plateforme numérique de suivi.

La télé-réadaptation est particulièrement intéressante dans les zones dans lesquelles les patients doivent faire de longs trajets pour accéder à l'offre de réadaptation.

Deux programmes de télé-réadaptation cardiaque font actuellement l'objet d'expérimentations article 51 : Read Hy et Walk Hop :

Leurs cahiers des charges sont accessibles sur le site du ministère de la santé :

▼ **Walk Hop** : sante.gouv.fr/IMG/pdf/walk_hop_arrete_et_cdc_060423.pdf

▼ **Read Hy** : sante.gouv.fr/IMG/pdf/read_hy-arrete_et_cdc.pdf

LES STRUCTURES LIBÉRALES LÉGÈRES (SLL)

Arrivant au terme de leur expérimentation (prévu le 31 juillet 2024), les structures libérales légères sont destinées à répondre à la non prise en charge après leur hospitalisation aiguë de 70 % des patients cardiaques (insuffisants coronariens et insuffisants cardiaques).

La structure libérale légère est une organisation souple, en lien avec le médecin traitant et les établissements de santé, permettant la prise en charge pluri-professionnelle, flexible et sur le long terme des patients nécessitant une réhabilitation cardiaque.

Elle permet une prise en charge complète conforme aux recommandations de la Société française de cardiologie (SFC).

Elle propose des horaires d'ouverture élargis adaptés aux horaires de travail des patients (par exemple entre 8 heures et 9 heures, durant le déjeuner ou le soir) et permet d'accueillir des patients jusqu'alors non pris en charge pour leur réhabilitation.

Une équipe pluridisciplinaire

La SLL rassemble une équipe pluridisciplinaire, comprenant a minima :

- 3 cardiologues ;
- un kinésithérapeute ;
- un infirmier diplômé d'état ;
- un diététicien ;
- un psychologue ;
- un médecin addictologue ;



- un éducateur thérapeutique (IDE, aide-soignante (AS) diplômée éducation thérapeutique) ;
- un éducateur sportif.

Le lieu d'exercice de la SLL est le cabinet de groupe de cardiologues, une clinique ou un hôpital avec une salle de déchoquage.

Le cahier des charges complet de la SLL est disponible sur le site internet du ministère de la santé, ainsi que le résumé du protocole :

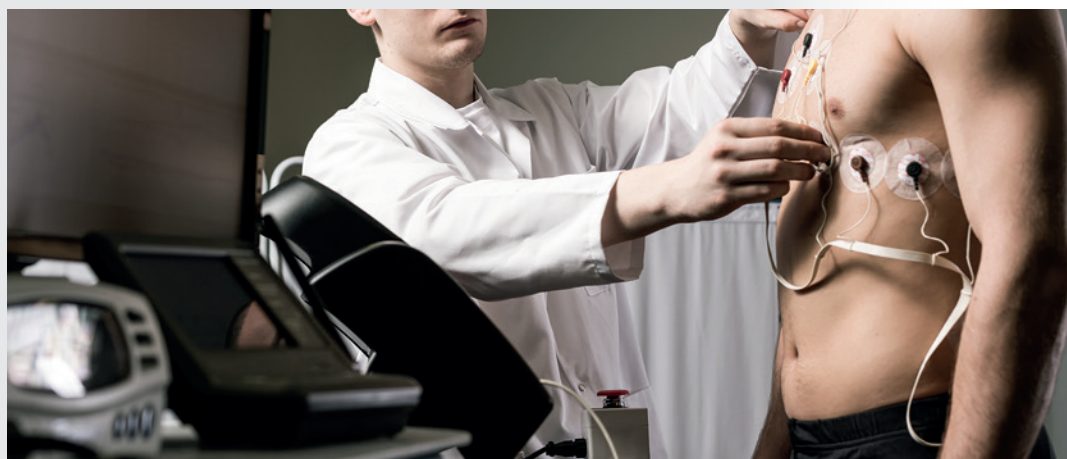
▼ sante.gouv.fr/IMG/pdf/sll_cahier_des_charges_fevrier_2024.pdf

▼ sante.gouv.fr/IMG/pdf/a51_resume_du_protocole_18n17_sll_marcadet.pdf



ZOOM SUR LES EXPÉRIMENTATIONS SLL

L'EXEMPLE DU SISA CENTRE DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ - STRASBOURG



depositphotos - photographie.eu

Dans le Bas-Rhin, trois mois après une hospitalisation pour décompensation cardiaque, seuls 10 % des patients passent par un service de soins de réadaptation (SSR), et seulement 1 % des patients par un SSR cardiologique.

C'est ce constat de sous-utilisation de la réadaptation cardiaque qui a conduit le Dr Florian Zores et ses associés à ouvrir un centre de réadaptation cardiaque ambulatoire en plein cœur de Strasbourg.

Jusque-là, la capitale européenne ne recensait que deux centres de réadaptation cardiaque.

OUVERTURE ET FILE ACTIVE

Le centre a ouvert en janvier 2020, dans de grands locaux situés à proximité du cabinet principal des cardiologues. L'activité a été dégradée en 2020 et 2021 en raison de la crise sanitaire et se développe régulièrement depuis janvier et surtout septembre 2022. Au mois de septembre, 105 patients actifs sont suivis par l'équipe pluridisciplinaire à l'œuvre au sein du centre.

QUI PREND EN CHARGE LES PATIENTS ?

Outre deux salariés (secrétaire et aide-soignante), l'équipe se compose de plusieurs professionnels de santé libéraux : diététicienne, éducateur en activité physique adaptée en santé, infirmière et infirmier, infirmier en pratique avancée, kinésithérapeute, cardiologues, neurologue, hypnothérapeute et psychologues.

QUI ADRESSE LES PATIENTS AU CENTRE ?

Parmi les patients, certains sont adressés par leur médecin traitant, souvent encouragé par le retour positif des patients ayant déjà bénéficié de la prise en charge du centre, que ce soit pour insuffisance cardiaque, post-infarctus, syndrome post-Covid 19.

D'autres sont envoyés par leur oncologue après avoir été traités pour un cancer du sein. Certains enfin sont adressés par leur cardiologue référent. Le service de chirurgie cardiaque a désormais référencé le centre dans son livret d'accueil comme possibilité de lieu de réadaptation postopératoire.

COMMENT LA STRUCTURE EST-ELLE FINANCÉE ?

■ **CNAM – Article 51.** Le centre bénéficie d'un financement lié à l'expérimentation article 51 réalisée en association avec les Drs Dany Marcadet (Paris) et Dominique Janody (Reims). Cette expérimentation a pour objectif de démontrer qu'une structure libérale ambulatoire peut faire aussi bien en matière de réadaptation cardiaque qu'un centre classique, afin de compléter l'offre de soins de réadaptation. Il s'agit d'un forfait versé pour la prise en charge des patients rentrant dans le champ de l'expérimentation.

■ **Agence Régionale de Santé.** L'ARS octroie une aide pour les consultations d'éducation thérapeutique.

■ **Actes cotés.** Les consultations médicales et les actes de la nomenclature sont cotés normalement (consultations d'inclusion et de sortie, acte de réadaptation cardiaque, etc.).

LES PROJETS

Le Dr Zores et ses associés ont de nombreux projets :

■ **Finaliser l'expérimentation article 51** (prévue le 31 juillet 2024) ; des résultats positifs permettraient de faire passer dans le droit commun les financements aujourd'hui attribués dans le cadre de l'expérimentation.

■ **Equilibrer la file active et faire connaître la structure aux confrères**, plus particulièrement aux cardiologues libéraux.

■ **Proposer un parcours de prise en charge** post-chirurgie bariatrique.

■ **Développer la téléadaptation** pour les patients âgés, éloignés ou ne pouvant pas se déplacer (par exemple les patients aidants).

PLUS D'INFOS SUR LES CENTRES DE RÉADAPTATION CARDIAQUE EN SLL :

■ **Paris :** le Centre Cœur et Santé du Dr Dany Marcadet : centre-coeur-et-sante.fr

■ **Strasbourg :** le Centre Ellipse du Dr Zores : centre-ellipse.fr

■ **Reims :** Espace Cœur et Santé, Dr Janody.

Contact du syndicat secretaire@sncardiologues.fr

