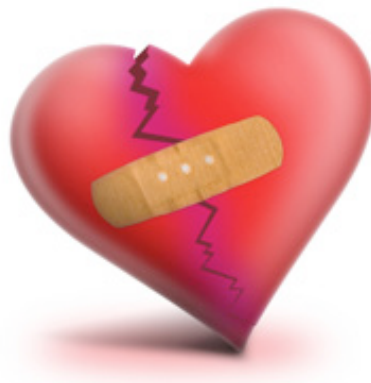


IMMERSION EN COMMUNAUTE

LA READAPTATION POST-INFARCTUS



Mathilde SCHMID
Guillaume SORET
Aurélie SEGUIN
juin 2012

Nous remercions Docteur Philippe Meyer pour le temps qu'il nous a consacré avant, pendant et après le stage.

Nous adressons aussi nos remerciements à toutes les personnes qui nous ont aidés et accompagnés: Docteur Elena Tessitore, Docteur Coralie Blanche, Docteur Frédéric Sittarame, Monsieur Allen Savard et l'équipe de physiothérapie, Madame Gabrielle Calderara, Madame Isabelle Hausmann, Madame Marie-Blanche Persoons, la Compagnie Générale de Navigation et les internes du 6AL.

Nous remercions nos tuteurs Madame Ludivine Soguel Alexander et Docteur Peter Rohner pour leurs aiguillages.

Sans la présence et l'aide des patients, ce travail n'aurait jamais eu lieu: Merci!

Plan

Introduction	p.4
Définition	p.5
Physiopathologie	p.6
Epidémiologie	p.9
Monde	p.9
Suisse	p.9
Canton de Genève	p.12
Hôpitaux Universitaires de Genève	p.12
Prévention de l'infarctus du myocarde : quels actions ?	p.14
Notre questionnaire	p. 16
Parcours du patient: De la douleur à la réadaptation	p. 27
La réadaptation	p. 29
La pluridisciplinarité : Entretiens avec... ..	p. 30
Pas si simple	p. 35
Réadaptation stationnaire versus ambulatoire: l'exemple de la Lignière	p. 37
L'éducation thérapeutique comme fil rouge	p. 40
Conclusion	p. 42
Références	p. 43
Annexe	p. 45

Introduction

Pendant ces quelques semaines d'Immersion en communauté, nous avons décidé de nous intéresser à un problème de santé publique, l'infarctus du myocarde. Notre idée de départ était de reconstituer le parcours complet du patient des examens de dépistage à la réadaptation post-infarctus. Au cours de notre travail, nous nous sommes rendus compte que c'était une tâche très vaste, et par conséquent, nous nous sommes plutôt focalisés sur la partie réadaptation de ce parcours, avec pour objectif de comprendre au maximum la complexité de la prise en charge d'un patient dans ce moment-clé de l' « après-infarctus ». Pour aborder cette problématique, nous nous discuterons dans un premier temps de ce qu'est l'infarctus et de son épidémiologie, puis nous dirons quelques mots sur la prévention primaire, nous aborderons ensuite le parcours du patient vers la réadaptation, puis finalement nous expliquerons plus en détails la phase de réadaptation.

Définition

L'infarctus du myocarde est la mort du tissu cardiaque à la suite d'une ischémie prolongée. On parle aussi de crise cardiaque.

Sa fréquence augmente avec l'âge, et ses facteurs de risques sont en outre l'âge, le sexe, la génétique (non-modifiables), l'hyperlipidémie, le diabète, l'hypertension artérielle, la fumée (modifiables), mais aussi l'inflammation, le syndrome métabolique, le manque d'activité physique, le stress, même si certains sont plus difficilement quantifiables etc.

Cliniquement, certains critères sont retenus pour le diagnostic d'infarctus, par exemple, dans les protocoles des Hôpitaux Universitaires de Genève, on retient comme critères pour déclencher l'alarme STEMI (ST Elevation Myocardial Infarction) :

- Des douleurs thoraciques typiques <12 heures
- Et des changements ECG caractéristiques (sus-décalage ST nouveaux ou bloc de branche gauche nouveau)

Toujours selon les protocoles des Hôpitaux Universitaires de Genève le diagnostic d'un infarctus non STEMI est le suivant :

- Des douleurs thoraciques typiques <12 heures
- Des anomalies ST/T, un ECG normal ou des anomalies non spécifiques
- Des troponines positives

Physiopathologie (1,2)

Infarctus du myocarde

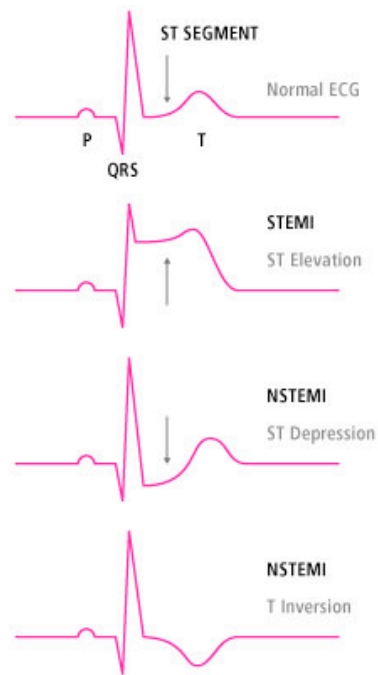
La plupart des cas d'infarctus sont liés au développement d'une plaque athéromateuse. L'athérosclérose se développe progressivement avec l'âge commençant progressivement dès la première décennie. Elle peut être la cause d'ischémie pour le cœur par exemple dans le cadre d'une plaque stable, mais avec une obstruction importante. Dans ce cas, dès que les besoins du cœur augmentent, par exemple à l'effort, le cœur n'est plus assez irrigué et une douleur est souvent perçue. C'est l'angine de poitrine stable. Il peut aussi y avoir rupture de la plaque, et formation d'un thrombus. Celui-ci peut plus ou moins obstruer l'artère, c'est la cause des infarctus du myocarde et des angines de poitrines instables, en fonction du degré d'occlusion notamment. Dans environ 10% des cas, l'infarctus n'est pas dû à une telle pathologie vasculaire. Les causes en sont alors :

- Le vasospasme
- Un embolie, qui peut par exemple être due à une fibrillation auriculaire et venir obstruer les coronaires.
- Autres causes comme par exemple les vasculites, les anomalies hématologiques etc.

La zone qui était irriguée par l'artère qui s'obstrue devient dysfonctionnelle. Les dégâts au long terme sur cette zone dépendent notamment de l'artère qui est obstruée (plus elle est proximale plus les dégâts concernent une zone importante et seront donc plus lourds de conséquence sur le fonctionnement du myocarde), du temps de l'obstruction (plus ce temps est court, moins nombreuses seront les cellules à en souffrir) et de la sévérité de l'obstruction (si elle est totale, les dégâts seront plus importants et on aura principalement à faire à un infarctus du myocarde aigu transmural, alors que si l'obstruction est partielle, on verra plutôt un cas d'angine de poitrine instable ou d'infarctus aigu sous-endocardique).

L'infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST (on parle d'infarctus du myocarde STEMI ST-Elevation Myocardial Infarction) est un infarctus du myocarde aigu qui nécessite une reperfusion, il correspond à une obstruction totale de l'artère coronaire, le sang ne passe plus du tout et la nécrose est massive, transmurale.

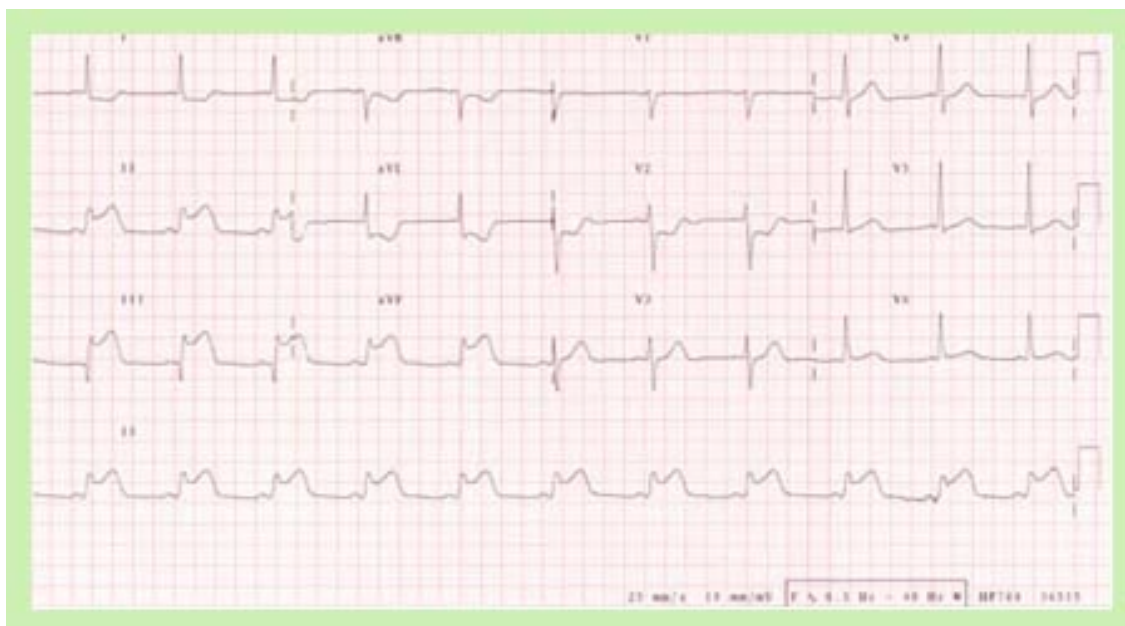
L'infarctus du myocarde sans élévation du segment ST (que l'on nomme infarctus du myocarde non STEMI), correspond à une obstruction partielle de l'artère coronaire. Dans ce cas, la circulation sanguine est diminuée et insuffisante mais ne s'est pas complètement arrêtée, la totalité de la paroi n'est donc pas impliquée, il n'y a pas d'infarctus transmural. La distinction entre cette seconde forme d'infarctus et l'angine de poitrine instable se fait par l'augmentation des enzymes cardiaques.



© 2008, Bayer Schering Pharma AG
www.thrombosisadviser.com

Source : thrombosisadviser.com

On voit ici l'aspect des différents ECG, on voit que l'ECG d'un patient avec un NSTEMI peut prendre plusieurs formes, celle d'un sous-décalage du segment ST et celle d'un inversion de l'onde T notamment.



Source : medconnect.in

On voit ici un infarctus avec un sus-décalage du segment ST (STEMI)

Les symptômes de l'infarctus sont, selon l'institut de cardiologie de l'université d'Ottawa (3) :

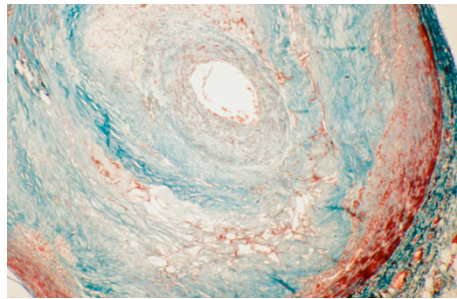
- douleurs thoraciques, souvent décrites comme un serrement ou une lourdeur dans la poitrine

- douleurs dans le haut de l'abdomen
- douleurs dans le dos, le cou, la mâchoire ou le bras
- essoufflement
- transpiration
- nausées
- évanouissement

Il est également possible qu'aucun symptôme ne soit présent.

Le diagnostic de STEMI est posé à l'aide de l'ECG (électrocardiogramme), qui est pratiqué le plus rapidement possible.

D'un point de vue clinique, la difficulté peut résider dans les diagnostics différentiels possibles pour une douleur thoracique aiguë. En effet, une telle douleur peut être d'origine cardiaque, mais aussi pulmonaire, digestive, pariétale, psychiatriques, autres.



Athérosclérose

Source : www.inserm.fr

Du point de vue de la plaque, sa fragilité est déterminée par des facteurs intrinsèques, sa composition est très importante pour déterminer son risque de rupture. Une plaque avec une coiffe fibreuse épaisse, composée notamment de cellules musculaires lisses et de collagène dense et avec une inflammation minimum est considérée comme stable. Elle peut provoquer une sténose critique du vaisseau mais sera peu susceptible à la rupture. Par contre une plaque avec une cape fibreuse fine et un cœur nécrotique important, composé de lipides, débris de cellules mortes, de cellules spumeuses (des macrophages et des cellules musculaire lisses remplies de lipides) et de cholestérol est beaucoup plus susceptible à la rupture.

D'autres facteurs agissent sur la fragilité de la plaque, son risque de rupture et le risque de thrombus, ce sont les facteurs extrinsèques. Il s'agit par exemple de la tension artérielle et de la réactivité des plaquettes. La pression artérielle agit comme un stress sur toutes les parois des vaisseaux, lorsque ces parois sont atteintes d'athérosclérose, ce stress peut mener à une rupture de la plaque. On n'a notamment remarqué la corrélation entre le cycle circadien de la pression artérielle, qui fait un pic notamment le matin, entre 6h et 12h et la fréquence des infarctus durant cette période de la journée.

Epidémiologie

Il n'est pas rare d'entendre que les pathologies cardiovasculaires sont une cause importante de mortalité et donc une préoccupation de santé publique. Qu'entend-on nous exactement par là ? Voici quelques statistiques illustrant l'ampleur de ce problème.

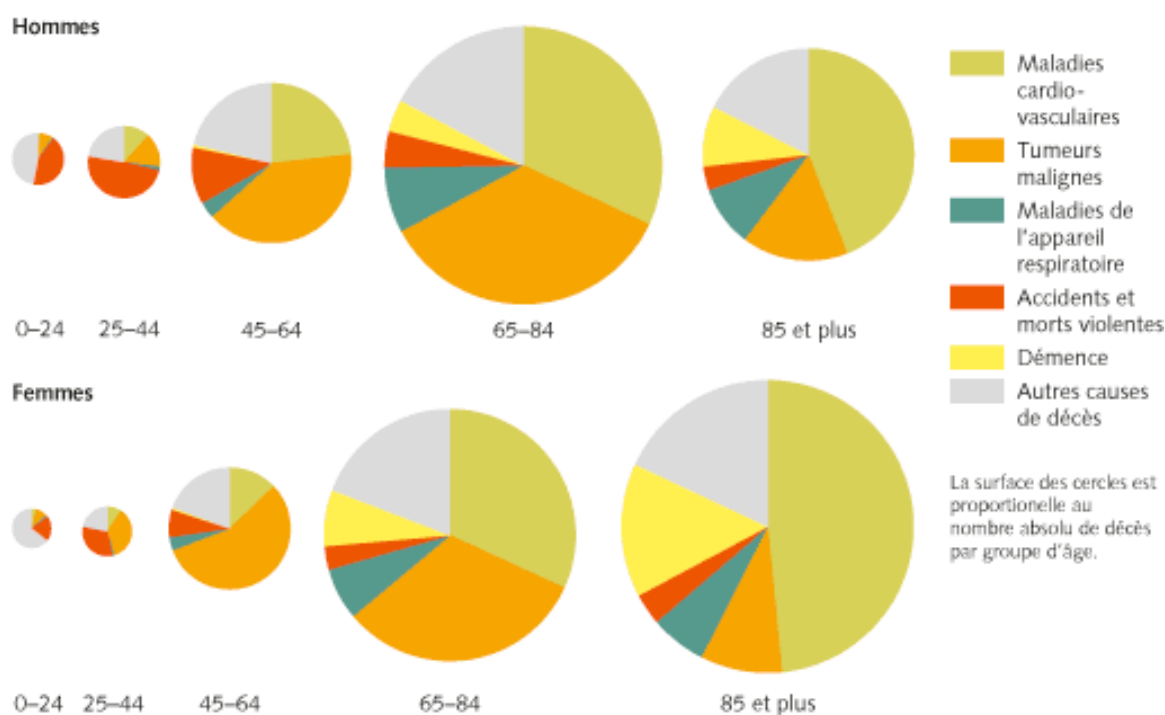
Monde

Au niveau mondial, selon l'OMS, les cardiopathies ischémiques sont responsables de 12,8% des décès dans le monde en 2008. C'est un problème de santé majeur, qui aujourd'hui un problème à la fois des pays en voie de développement que des pays développés. (4)

Suisse

Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de décès en Suisse. En effet, selon les chiffres de l'OFS (Office Fédéral des Statistiques), en 2009, 22'228 décès étaient dus à l'appareil circulatoire, ce qui donne un pourcentage de 35,6% par rapport aux autres causes de décès. Sur ces décès, 8'577 ont été imputés aux cardiopathies ischémiques, ce qui représente 13,7%. (5)

Parts des principales causes de décès selon le groupe d'âge, en 2009



Source: CD

© OFS

On peut voir sur ce graphique que la part des maladies cardio-vasculaires par rapport aux autres causes de décès augmente avec l'âge.

	Nombre de décès chez les hommes en 2009	Taux de mortalité chez les hommes pour 100 000 personnes	Nombre de décès chez les femmes en 2009	Taux de mortalité chez les femmes pour 100 000 personnes
Total	30 034	591.0	32 442	385.0
Maladies de l'appareil circulatoire	9 872	186.0	12 356	123.0
Cardiopathies, toutes formes	7 744	146.0	9 281	90.8
Cardiopathies ischémiques	4 479	85.1	4 098	40.6

Source : OFS (Office Fédéral des Statistiques)

On voit donc globalement que les femmes sont moins atteintes par les maladies cardiovasculaires que les hommes, et que ce problème de santé représente une cause majeure de mortalité.

Un fait intéressant est la létalité des syndromes coronariens aigus (Angine de poitrine instable et infarctus du myocarde), c'est-à-dire le pourcentage de personnes succombant l'infarctus sur la totalité des personnes souffrant d'un SCA. On remarque, dans certaines études réalisées (6,7) en Suisse grâce à la base de données AMIS-PLUS (qui est un registre national qui réunit les données concernant les infarctus aigus du myocarde), que dans le cadre d'une prise en charge avec clopidogrel (antiagrégant plaquettaire) et avec une intervention de reperfusion coronarienne percutanée, la mortalité intrahospitalière atteint 3,4% des patients avec un STEMI et 1,7% de ceux avec un NSTEMI.

La mortalité pré-hospitalière est plus difficile à obtenir, surtout que la cause du décès n'est pas forcément établie tant que celui-ci est considéré comme naturel. Une étude (8) mentionne qu'il y aurait 50% de l'ensemble des décès en phase pré-hospitalière, mais ces chiffres sont à considérer avec prudence.

Un outil statistique intéressant en Suisse pour l'infarctus du myocarde est la base de données AMIS-PLUS, qui recense et traite les données concernant l'infarctus aigu du myocarde. Nous en avons tiré des données intéressantes pour les années 2009/2010 :

Diagnostic	STEMI	Non-STEMI
Nombre de patients	2726	1885
Hommes	2025 (74%)	1375(73%)
Femmes	701(26%)	510(27%)
Age	64,5	67,2

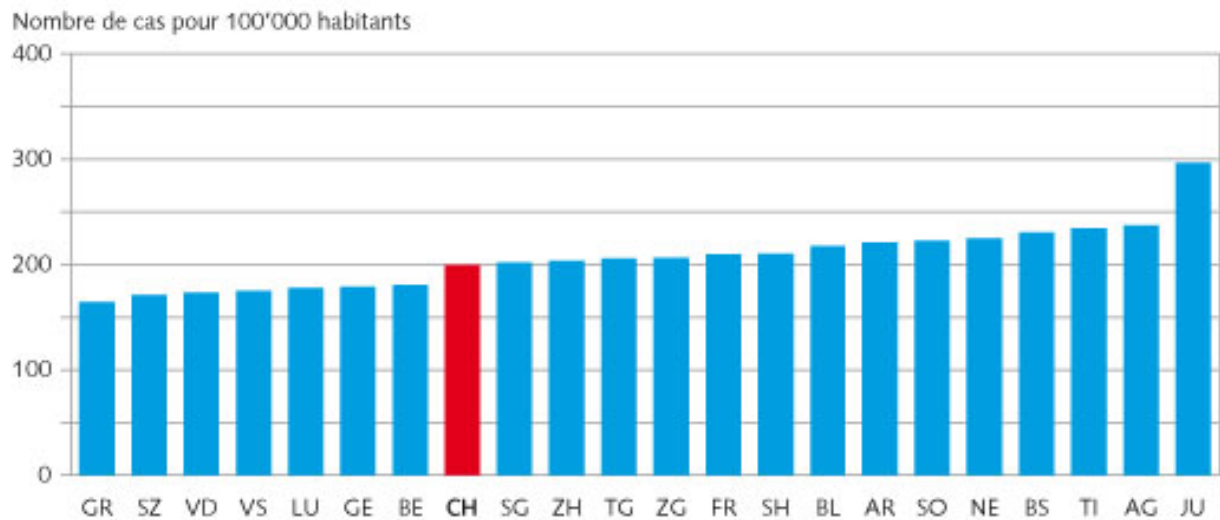
Assurance		
Assurance de base	76,9%	71,5%
Assurance complémentaire	23,1%	28,5%
Facteurs de risque		
Histoire familiale	721 (32,5%)	491 (32,3%)
Hypertension	1488(59,0%)	1223 (68,5%)
Dyslipidémie	1121 (48,5%)	960 (59,6%)
Fumée	1027 (43,4%)	587 (35,6%)
Obésité (BIM>30)	496 (20,9%)	375 (22,8%)
Mortalité intra-hospitalière	186 (6,8%)	114 (6,0%)
Destination du transfert		
Transfert à un autre hôpital	784 (28,8%)	394 (16,1%)
Réadaptation stationnaire	396 (14,5%)	238 (12,6%)
Réadaptation ambulatoire	606 (22,2%)	396 (21,0%)
A la maison sans Spitex*	496 (18,2%)	636 (33,7%)
A la maison avec Spitex*	55 (2,0%)	65 (3,4%)
Maison de repos	56 (2,1%)	51 (2,7%)

*Spitex : Soins à domicile

Source : Base de données AMIS-PLUS (9)

Canton de Genève

Prévalence standardisée par âge pour l'infarctus aigu du myocarde, 2008 par canton



Source: OFS, Statistique médicale des hôpitaux et statistique des causes de décès

© Obsan 2011

Source : OFS via Obsan (Observatoire Suisse de la santé) (10)

On voit ici que le canton de Genève est en dessous de la moyenne des cantons suisses pour ce qui concerne le nombre d'infarctus du myocardique pour 100 000 habitants, puisqu'il y a dans le canton de Genève 179.2 infarctus aigu du myocarde sur 100 000 habitants, alors que pour la Suisse, nous sommes à 200.0 infarctus du myocarde pour 100 000 habitants.

Hôpitaux Universitaires de Genève

Au sein des Hôpitaux Universitaires de Genève, nous avons obtenu les chiffres pour le code I.21 de la CIM 10 GM, c'est-à-dire l'infarctus aigu du myocarde. Au total, entre 2011, ce code a été entré 566 fois dont 31% était des femmes. La durée moyenne de séjour en 2011 pour l'infarctus était de 10,2 jours, la recette moyenne par cas était de 27 831 francs, dont les payeurs sont les assurances et le canton essentiellement.

Année	Nombre d'infarctus du myocarde
2008	702
2009	627
2010	581
2011	566

On voit ici qu'il y a une diminution importante des cas hospitalisés aux Hôpitaux Universitaires de Genève pour un infarctus aigu du myocarde. Nous n'avons pas réussi à l'expliquer, c'est une diminution importante qui ne peut certainement pas correspondre uniquement à une diminution des cas d'infarctus dans la région.

	Nombre de femmes hospitalisées	Nombre d'hommes hospitalisés	Pourcentage de femmes
2011	176	390	31%

On voit ici que beaucoup plus d'hommes sont hospitalisés pour infarctus aigu du myocarde que de femmes. Ceci correspond à la physiopathologie, puisque les femmes ont tendance à être plus protégées, du moins jusqu'à la ménopause.

Année	Durée d'hospitalisation pour un infarctus du myocarde aigu
2008	11,2
2009	10,1
2010	10,1
2011	10,2

D'après ce tableau, il est clair que la durée d'hospitalisation a diminué entre 2008 et 2009 puis depuis est plus ou moins stable. Cette durée moyenne peut être influencée par les extrêmes (c'est-à-dire les patients avec des multiples complications qui vont rester longtemps sous surveillance vont faire monter de manière importante cette moyenne).

Nous pouvons ainsi voir à quel point l'infarctus du myocarde est un problème de santé publique dans notre pays et pourquoi il est important de le considérer dans nos politiques de prévention et de prise de charge.

Prévention de l'infarctus : Quelles actions ?

Pour illustrer le parcours du patient jusqu'à la réadaptation, nous trouvons important de mentionner rapidement la prévention primaire. N'étant pas vraiment notre sujet, mais un thème très vaste et souvent polémique, nous ne voulons pas rentrer dans les détails, mais juste mentionner certaines remarques que nous avons pu nous faire. Les maladies cardiovasculaires ischémiques, comme nous venons de le voir sont non seulement très fréquentes, mais ce sont aussi des maladies que l'on peut prévenir, en effet de nombreux facteurs de risque pour ces maladies sont modifiables. Se pose par conséquent la question de la prévention pour ces maladies : quelles préventions sont disponibles et visibles par la population ? Nous voulions rapidement présenter deux exemples, la prévention contre le tabac à travers la journée mondiale sans tabac et celle pour l'alimentation et le sport avec la campagne bouger plus, manger mieux, visez équilibrer !



Durant notre IMC s'est déroulé la journée mondiale sans tabac, le 31 mai. Le thème cette année concernait les interférences de l'industrie du tabac. Comme on peut le lire sur les affiches trouvées il s'agissait de « dénoncer et déjouer les manœuvres de l'industrie du tabac visant à affaiblir la lutte antitabac ». Cette action a été largement menée par Cipret (11), qui est un site affilié à www.prevention.ch, qui reçoit une subvention de l'Etat de Genève (Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé (DARES)). Ces objectifs sont de :

- Coordonner les actions antitabac sur le sol genevois
- Informer, sensibiliser et former
- Faire le lien avec les autres organismes au niveau intercantonal, national et international.

Les organismes qui sont responsables de la prévention du tabagisme au niveau fédéral sont l'OFSP, le Fonds de prévention du tabagisme (FPT) et la direction générale des douanes (qui règle les impôts sur le tabac). Le FPT est

règlementé par une loi spéciale et il est géré par un service de l'OFSP et soumis à la surveillance du DFI (Département fédéral de l'intérieur). (12)

Une autre campagne importante dont nous voulions faire mention est celle des Hôpitaux Universitaires de Genève « Bouger plus, manger mieux, viser l'équilibre ! », il s'agit d'une campagne de prévention contre le surpoids. Elle s'inscrit dans l'objectif d'avoir des hôpitaux promoteur de santé. Ses objectifs sont les suivants (13) :

- Objectif 1 : Santé des patients et de la population (« Optimiser la qualité des soins, modifier les comportements : activité physique, alimentation équilibrée, réduction du stress, en priorité chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes »)
- Objectif 2 : Santé du personnel (« Promouvoir un mode de vie sain dans l'entreprise et dans la vie quotidienne : activité physique, alimentation équilibrée, réduction du stress, etc, les Hôpitaux Universitaires Genevois sont la plus grosse entreprise du canton de Genève ! »)



Les organismes qui sont responsables de la prévention concernant l'activité physique et l'alimentation sont, au niveau fédéral, l'office fédéral du sport, l'office fédéral du développement territorial et l'OFSP.

Il faut savoir que le budget accordé à la prévention est uniquement de 2,2% du budget de la santé, dont la confédération assure 30 millions et plus de 35 millions est perçu par les prélèvements pour la prévention (taxe pour la prévention du tabagisme et supplément de prime LAMal) (14)

Notre questionnaire

Méthodes



Afin d'explorer les connaissances de la population sur l'infarctus du myocarde, nous avons mis au point un questionnaire composé de 8 questions (voir en annexe). Nous avons distribué ce questionnaire sur un bateau de la CGN, après avoir obtenu l'accord de celle-ci. Il s'agit du bateau « Morges », naviguant entre Chens-sur-Léman et

Nyon, entre 7h25 et 9h. Les personnes qui ont répondu sont donc principalement des frontaliers se rendant au travail.

Notre questionnaire contient une première partie où nous demandons le sexe et la tranche d'âge des personnes interrogées. Les questions citées ci-dessous constituent la deuxième partie :

- **La létalité de l'infarctus du myocarde :**

Nous avons voulu connaître l'idée que la population interrogée avait de la létalité de l'infarctus du myocarde. Pour l'explorer, nous avons posé la question suivante :

Selon vous, sur 100 personnes qui ont un infarctus du myocarde, combien en meurent dans les heures qui suivent ?

- **Les facteurs de risques :**

Nous avons posé une question ouverte sur les facteurs de risques pour voir quels sont ceux auxquels la population interrogée pense tout de suite. La question posée est la suivante :

Quels facteurs de risque favorisant l'infarctus du myocarde connaissez-vous ?

Nous avons par la suite catégorisé les réponses, comme montré dans la partie résultats.

- **Les symptômes :**

Nous avons posé la question suivante concernant les symptômes de l'infarctus :

Selon vous, quels peuvent être les symptômes d'un infarctus ?

- Douleur oppressive à la poitrine
- Douleur qui va dans les bras

- Douleur qui va dans la mâchoire et le cou
- Aucune douleur

- **Que faire en cas d'urgence ?**

Nous avons posé la question suivante concernant la réaction en cas de survenue des symptômes de l'infarctus.

Si une personne de votre entourage présente des symptômes d'infarctus que faites-vous en priorité ?

- Appeler le 144 / 15 ou 18 (en France)
- Attendre 1 heure, et si les symptômes persistent, appeler le 144 / 15 ou 18 (en France)
- Aller par ses propres moyens dans le centre hospitalier le plus proche
- Appeler ses proches

- **Nécessité d'une réadaptation :**

Nous avons essayé de savoir si la population pensait qu'une rééducation était nécessaire après un infarctus du myocarde. La question était la suivante :

Est-ce que vous pensez qu'après un infarctus du myocarde il soit nécessaire de faire une rééducation (comme par exemple après s'être cassé une jambe) ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

- **Contenu de la réadaptation :**

Nous avons voulu connaître les connaissances et attentes de la population concernant la réadaptation après un infarctus, pour les explorer, nous avons choisi de poser la question suivante :

Si vous deviez mettre au point un tel programme de rééducation, que contiendrait-il ? (plusieurs réponses possibles)

- Des exercices physiques (vélo, sports collectifs, piscine,...)
- Des cours pour apprendre à mieux s'alimenter
- Des cours qui expliquent les causes et les mécanismes de l'infarctus du myocarde
- Un soutien psychologique
- Un soutien pour arrêter de fumer

- **Activité physique après un infarctus :**

La question que nous avons posée pour explorer les connaissances de la population sur le niveau d'exercice après un infarctus est la suivante :

Selon vous, après un infarctus du myocarde, il faut : (une seule réponse possible)

- Se reposer

- Reprendre l'activité physique progressivement
- Reprendre une activité physique maximale tout de suite

- Existence d'un programme de réadaptation :

Nous voulions savoir si la population interrogée savait qu'il existait un programme de réadaptation dans la région (canton de Genève et de Vaud)

Est-ce que vous pensez qu'il existe un programme de rééducation cardiaque dans le canton de Genève ou le canton de Vaud ?

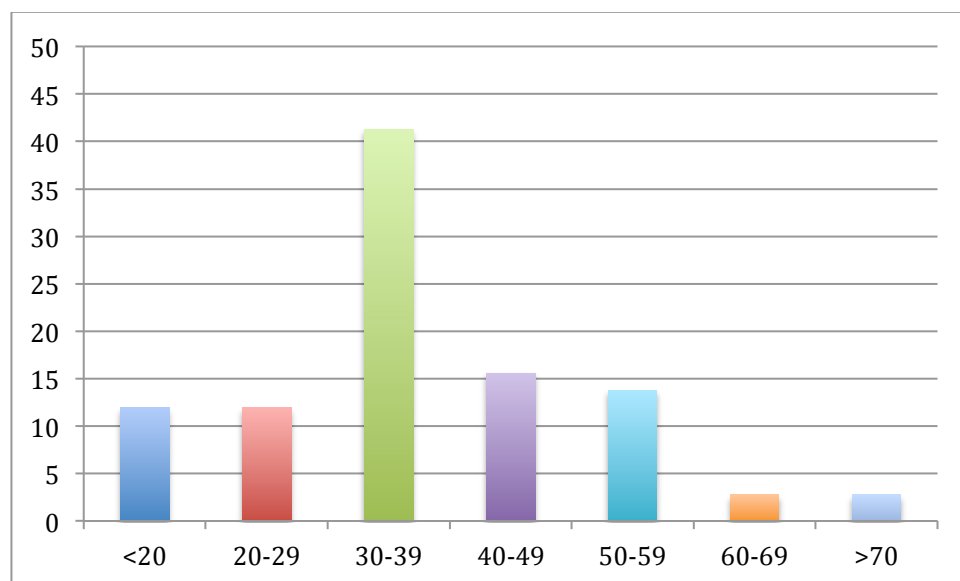
- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Résultats du questionnaire

109 personnes ont répondu à notre questionnaire.

48,62% étaient des hommes et 51,38% étaient des femmes.

La répartition en tranche d'âge est la suivante :



	Nombre de réponses	Pourcentage
< 20 ans	13	11,93%
20 à 29 ans	13	11,93%
30 à 39 ans	45	41,28%
40 à 49 ans	17	15,60%

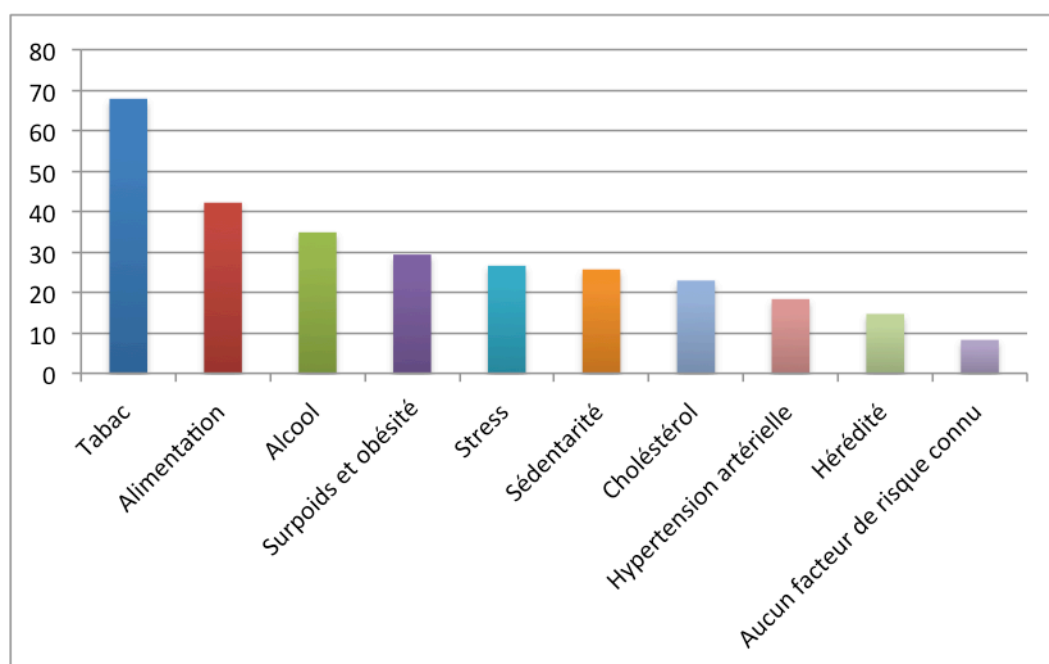
50 à 59 ans	15	13,76%
60 à 69 ans	3	2,75%
> 70 ans	3	2,75%
Total	109	100,00%

Létalité

Moyenne : 31,07%

Médiane : 25%

Facteurs de risques



	Nombre de réponse	Pourcentage
Tabac	74	67,89%
Alimentation	46	42,20%
Alcool	38	34,86%
Surpoids et obésité	32	29,36%
Stress	29	26,61%
Sédentarité	28	25,69%
Cholestérol	25	22,94%
Hypertension artérielle	20	18,35%
Héritéité	16	14,68%
Aucun facteur de risque connu	9	8,26%
Mauvaise hygiène de vie (sans autre précision)	8	7,34%
Diabète	6	5,50%

Trop d'exercice physique	5	4,59%
Age	4	3,67%
Sang pas assez fluide	2	1,83%
Malformations cardiaques	2	1,83%
Surmenage	2	1,83%
Drogue	1	0,92%
Produits dopants	1	0,92%
Certains médicaments	1	0,92%
Pilule contraceptive avec le tabac	1	0,92%

Notre méthode pour la classification

Dans la catégorie **tabac**, nous avons inclus les termes suivants : tabac, cigarette, fumée

Dans la catégorie **alimentation** nous avons inclus les termes suivants : régime alimentaire, alimentation, malbouffe, mauvaise alimentation, nourriture, alimentation inappropriée, mauvaise alimentation, alimentation trop riche, nourriture trop riche.

Dans la catégorie **alcool**, nous avons inclus les termes suivants : alcoolisme, alcool, boissons alcoolisées.

Dans la catégorie **surpoids et obésité**, nous avons inclus les termes suivants : surpoids, obésité, excès de poids.

Dans la catégorie **stress** nous avons inclus les termes suivants : stress, stress professionnel.

Dans la catégorie **sédentarité** nous avons inclus les termes suivants : sédentarité, manque d'activité, manque d'exercice, manque d'exercice physique, pas assez d'exercice physique.

Dans la catégorie **cholestérol**, nous avons inclus uniquement le terme cholestérol.

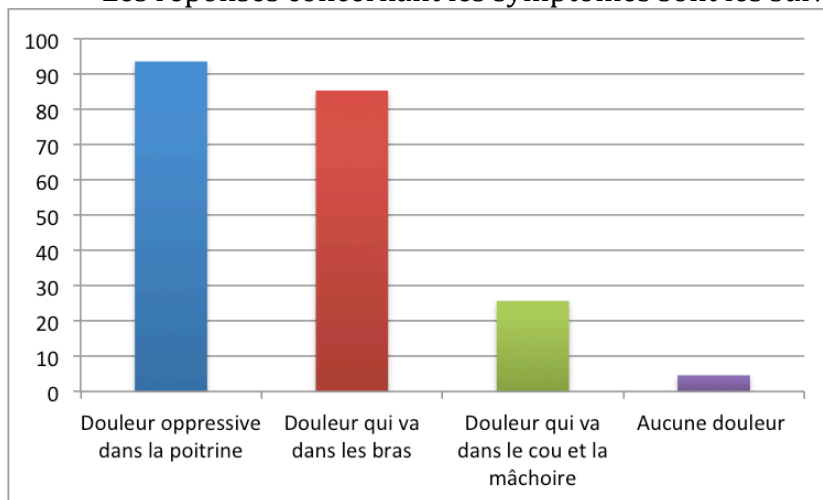
Dans la catégorie **hypertension artérielle**, nous avons inclus les termes suivants : HTA, hypertension artérielle, hyperpression, hypertension, tension, tension élevée.

Dans la catégorie **hérédité**, nous avons inclus les termes suivants : hérédité, génétique, ADN.

Pour la catégorie **aucun facteur de risque connu**, nous avons inclus uniquement les patients qui ont précisé ne pas en connaître, ou l'on fait comprendre.

Symptômes

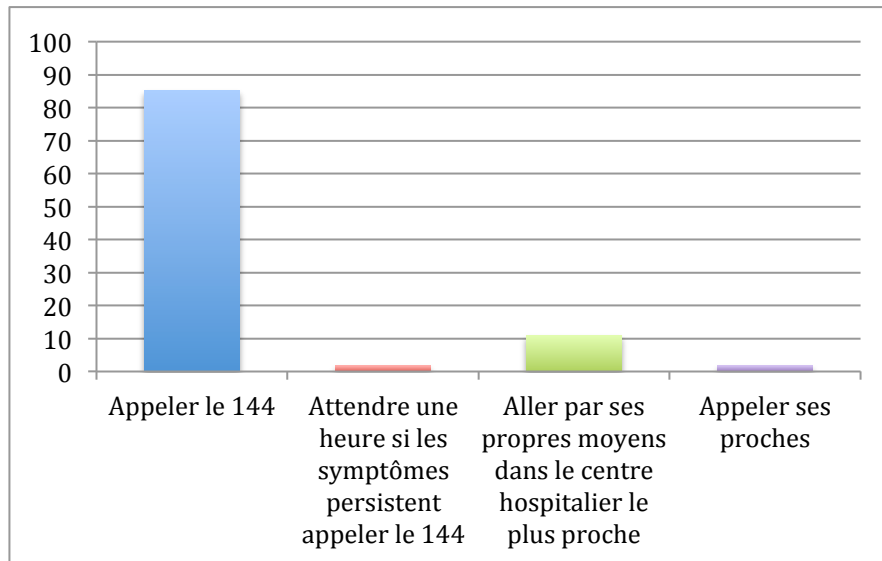
Les réponses concernant les symptômes sont les suivants :



	Nombre de réponse	Pourcentage
Douleur oppressive dans la poitrine	102	93,58 %
Douleur qui va dans les bras	93	85,32%
Douleur qui va dans le cou et la mâchoire	28	25,69%
Aucune douleur	5	4,59%

Que faire en cas d'urgence ?

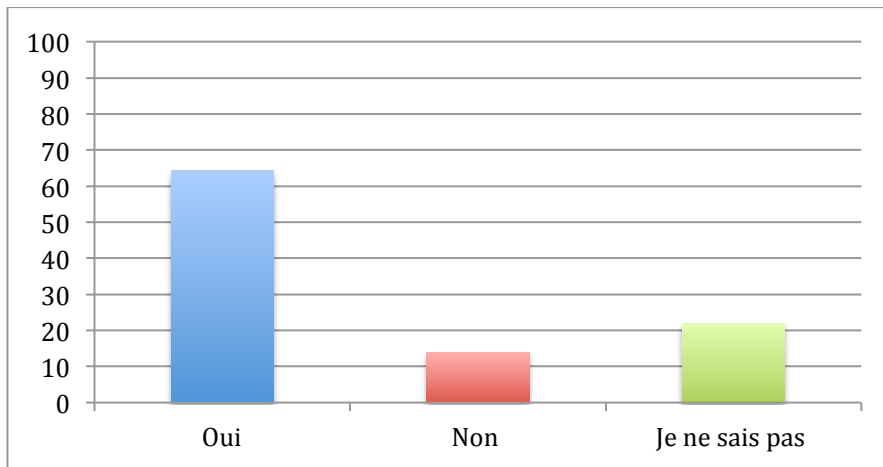
Voici les réponses que nous avons obtenues concernant la conduite à tenir en cas de symptômes d'infarctus :



	Nombre de réponse	Pourcentage
Appeler le 144	93	85,32%
Attendre une heure, si les symptômes persistent, appeler le 144	2	1,83%
Aller par ses propres moyens dans le centre hospitalier le plus proche	12	11,01%
Appeler ses proches	2	1,83%

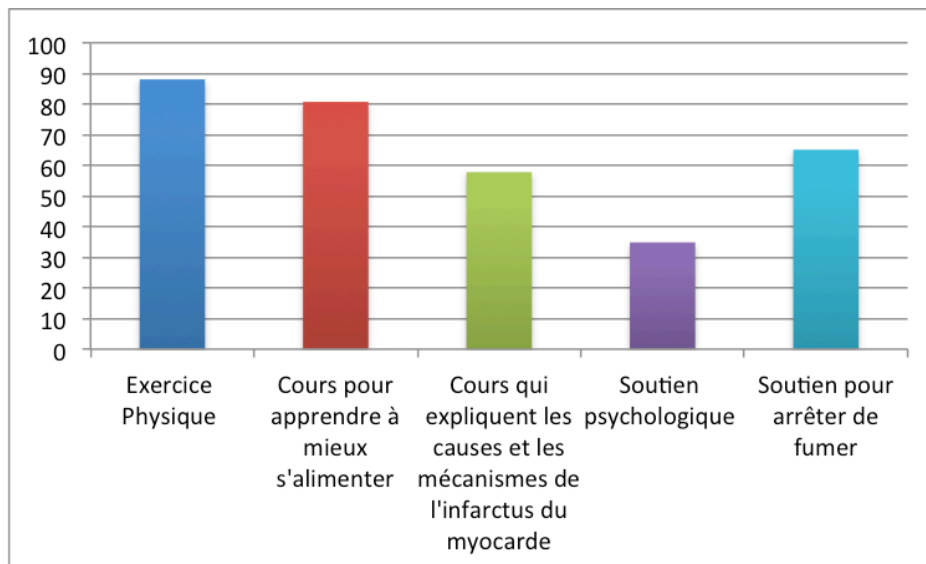
Nécessité d'une réadaptation après un infarctus

Les résultats obtenus concernant la nécessité d'une réadaptation après un infarctus sont les suivants :



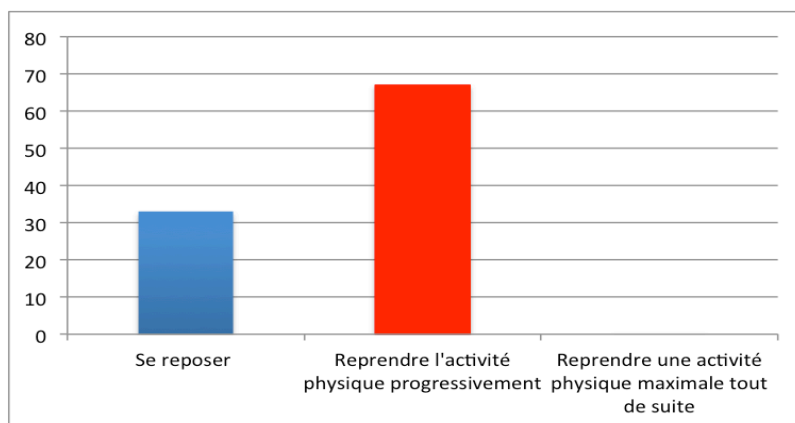
	Nombre de réponse	Pourcentage
Oui	70	64,22%
Non	15	13,76%
Je ne sais pas	24	22,02%

Contenu de la réadaptation

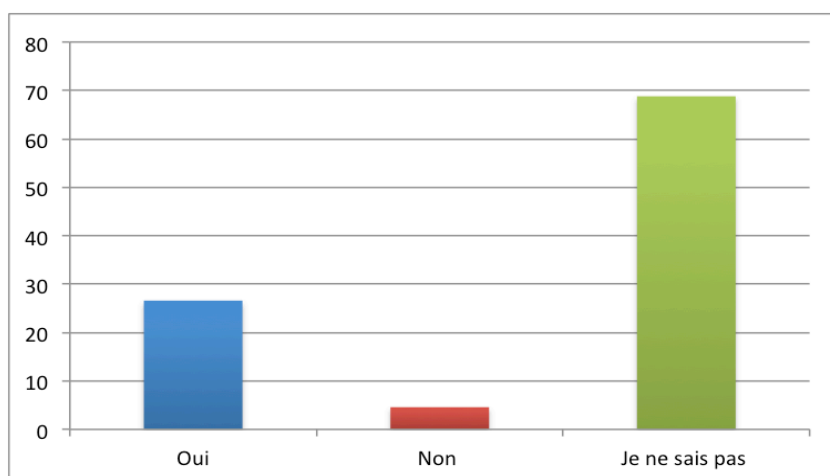


	Nombre de réponse	Pourcentage
Exercice physique (vélo, sports collectifs, piscine etc)	96	88,07%
Des cours pour apprendre à mieux s'alimenter	88	80,73%
Des cours qui expliquent les causes et les mécanismes de l'infarctus du myocarde	63	57,80%
Un soutien psychologique	38	34,86%
Un soutien pour arrêter de fumer	71	65,14%

Activité physique après un infarctus



Existence d'un programme de réadaptation



Discussion

Nos résultats montrent que la population interrogée correspond à une population de jeunes actifs, puisque la majorité a entre 30 et 39 ans. Nous avons exclu les questionnaires qui n'étaient pas complètement remplis (sur 6 questionnaires, le sexe et la tranche d'âge n'étaient pas indiqués).

En ce qui concerne la létalité, ces chiffres plus élevés que les valeurs réelles (voir dans la partie épidémiologie en introduction) nous ne ont pas surpris, étant donné que nous aussi surestimons la létalité de l'infarctus. La représentation courante est celle d'une pathologie très grave et souvent mortelle.

Les facteurs de risques relevés sont légèrement différents des facteurs principaux reconnus. En effet, les principaux facteurs de risque reconnus (1) pour les maladies cardiaques ischémiques sont : l'âge, le sexe et les antécédents familiaux pour les facteurs non modifiables, et l'hyperlipidémie, l'hypertension artérielle, le tabac pour les facteurs modifiables. D'autres facteurs additionnels sont l'inflammation, l'hyperhomocystinémie, le syndrome métabolique et les facteurs affectant l'hémostase. Le stress et l'activité physique sont également des facteurs importants. Dans notre questionnaire, ce qui ressort est différent, apparemment, l'alcool est considéré comme un facteur de risque pour les infarctus, alors que, si l'excès d'alcool est dans tous les cas néfaste, un peu d'alcool aurait plutôt tendance à avoir des vertus cardioprotectrices. On peut aussi remarquer que le diabète est très rarement cité (6 fois).

Les symptômes les plus connus de l'infarctus sont comme nous l'attendions la douleur oppressive dans la poitrine et l'irradiation dans les bras. Le fait que l'on puisse observé une douleur dans le cou et la mâchoire est moins connu et très peu de personnes semblent savoir que l'infarctus du myocarde peut avoir lieu sans qu'aucune douleur ne soit notée par le patient. Ses résultats semblent indiqués une bonne connaissance globale des principaux signes d'alerte (l'absence de douleur ne pouvant constituer un signe d'alerte).

Pour ce qui concerne le comportement à adopter en cas d'urgence, nous avons été marqué par le fait que presque 15% de la population interrogée ne pense pas appeler le 144 en premier lieu en cas de symptômes d'infarctus, la plupart se rendant eux-mêmes à l'hôpital. Après discussion avec les professionnels et les patients, nous nous sommes rendus compte que sur les patients en réadaptation, nombreux sont ceux qui se sont rendus à l'hôpital par leurs propres moyens et après un certain temps (pour un patient même une semaine et demi après le début des symptômes). La plupart d'entre eux ne pensaient pas avoir un infarctus, mais attribuaient ces symptômes à des douleurs musculaires ou autres (voir l'histoire de M.M)

La plupart des personnes interrogées sont d'accord pour dire qu'une réadaptation cardiovasculaire est nécessaire, par contre, le contenu est très variable en fonction des personnes. La plupart pensent que l'exercice physique est nécessaire, en deuxième position on voit les cours pour mieux s'alimenter, puis ceux pour arrêter de fumer. Les cours pour expliquer les causes et les mécanismes de l'infarctus du myocarde

rencontrent moins de succès, ils sont pourtant un pilier important de la réadaptation. Peut-être les personnes interrogées ont-elles l'impression de connaître cette pathologie ou encore souhaitent-elles plutôt s'atteler à changer les comportements et ré-entraîner le cœur au cours de la réadaptation plutôt que de comprendre les mécanismes de cette pathologie. Le soutien psychologique n'a été cité que dans 35% des cas, peut-être que l'impact d'un tel événement est moins considéré, malgré le fait que la réponse sur la question de la létalité montre bien que les personnes considèrent l'infarctus du myocarde comme une maladie grave.

On peut également voir dans la question suivante que la plupart des gens interrogés considèrent que l'activité physique doit être recommencée progressivement. Un certain nombre considère également qu'il faut se reposer. En fait on peut voir que la fondation suisse de cardiologie préconise que la phase I de réadaptation, qui consiste en une mobilisation précoce en hôpital, commence le plus tôt possible, l'effort y est modéré (l'exemple cité consiste à se lever et faire le tour d'un espace restreint).

Finalement, pour conclure, la plupart des personnes ne connaissent pas l'existence d'un programme de réadaptation dans la région. Pour cette question, la population que nous avons sélectionnée n'est peut-être pas idéale puisque la plupart ne vivent pas en Suisse et ne connaissent peut être pas bien les institutions qui existent de ce côté de la frontière.

Le parcours du patient: De la douleur à la réadaptation

Ambulance et cardiomobile sont appelés dans le cas de douleurs thoraciques. Sur place le personnel soignant essaie le plus rapidement possible de soulager la douleur du patient et de fluidifier son sang avant son arrivée à l'hôpital.

Le cardiomobile est un véhicule de la structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) destiné avant tout à la prise en charge en urgence des patients ayant un infarctus ou une angine de poitrine, mais aussi des Arrêts Cardio-Respiratoires (ACR). Le cardiomobile intervient au niveau du Canton de Genève et communes françaises limitrophes, notamment l'Ain et la Haute-Savoie. Le cardiomobile possède à son bord un ambulancier ainsi qu'un médecin. Une ambulance est systématiquement envoyée sur les lieux de l'intervention en plus du cardiomobile.

Nous avons essayé durant notre stage de rencontrer l'équipe du cardiomobile mais cela n'a malheureusement pas été possible.

La prise en charge du patient est efficace grâce à l'existence de divers algorithmes. Nous évoquerons ici la prise en charge de deux situations. Dans un premier temps, celle où l'alarme STEMI est déclenchée, puis celle dans laquelle le diagnostic est incertain et ne nécessite pas le déclenchement de l'alarme.

L'alarme STEMI, d'après le protocole des Hôpitaux Universitaires Genevois, permet la mise en place de « voies de communication et une coordination spécifiques pour aboutir à une trajectoire intra-hospitalière et finalement une reperfusion des patients concernés dans les délais requis».

Afin de pouvoir déclencher l'alarme STEMI, comme évoqué dans la rubrique *définition*, deux critères doivent être remplis: la douleur doit être présente depuis moins de 12 heures et l'électrocardiogramme doit présenter des changements caractéristiques (sus-décalage ST nouveau ou apparition de branche de bloc gauche nouveau).

Une fois que le diagnostic est posé, le médecin du cardiomobile transmet l'alarme STEMI à la centrale d'appel sanitaire d'urgence (CASU).

La CASU transmet l'alarme au cardiologue de garde, à l'équipe de salle de cathétérisme cardiaque de piquet composée d'un-e cardiologue invasif-ve, d'un-e infirmier-ère et d'un-e technicien-ne, au chef-fe de clinique de garde de médecine du centre d'accueil des urgences (CAU) et au chef-fe de clinique des soins intensifs. Afin de savoir si la salle de cathétérisme est disponible le cardiologue de garde contacte son équipe. Pendant le transfert du patient dans l'ambulance, le médecin du cardiomobile informe l'équipe de l'hôpital du temps qui les sépare de l'hôpital et de l'état du patient quant à une éventuelle intubation ou perturbation hémodynamique.

Une fois que le patient est arrivé il est dirigé directement à la salle de cathétérisme où une angioplastie sera effectuée si celle-ci est disponible. Si elle ne l'est pas, le patient va au CAU en attendant que la salle se libère. Dans le cas où la salle de cathétérisme est libre, des prises de sang sont effectuées sans attente afin de mesurer les taux de troponine. Si

la salle est occupée, ces enzymes sont mesurées au CAU.

Dans le cas où le patient ne présente pas les critères nécessaires au déclenchement de l'alarme STEMI, soit s'il a un ECG normal ou une anomalie du segment ST/T ou des anomalies non spécifiques, une prise de sang est effectuée afin de mesurer les troponines. Si les résultats sont positifs le diagnostic de NSTEMI (Non ST elevation myocardial infarction) est posé: le patient est dirigé le plus vite possible en salle en vue d'une coronarographie. Si les troponines sont négatives lors de la première prise de sang une deuxième prise de sang est faite. Si les deux prises de sang sont négatives, le patient a un angor instable: une coronarographie est aussi effectuée.

Après son passage dans la salle de catétérisme, où une angioplastie des coronaires est effectuée (impliquant très peu de risques, celle-ci se fait sous anesthésie locale par voie radiale ou fémorale) le patient est placé sous-surveillance aux soins intensifs. Si l'état du patient le permet, il sera ensuite hospitalisé dans le service de cardiologie.

Les soignants entourant le patient au 6AL ont pour but de le traiter (à l'aide d'anti-agrégants plaquettaires, bêtabloquants, statines, inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine) mais aussi de le sensibiliser aux facteurs qui ont contribué à la venue de l'événement cardiovasculaire. Ils essaient aussi de parcourir les représentations du patient quant à ses facteurs de risques et donc sa maladie chronique. Dans le cadre du programme d'enseignement thérapeutique ELIPS, une fresque illustrant les facteurs de risque cardiovasculaire est mise à disposition. Celle-ci est introduite au patient par l'équipe soignante afin qu'il visualise clairement l'impact des facteurs. Toujours dans le cadre d'ELIPS, un film expliquant la maladie coronarienne, ses causes et conséquences est montré au patient. Ce film présente aussi les buts du programme de réadaptation cardiovasculaire.

Si le patient accepte de participer au programme de réadaptation de Beau-Séjour, il est actuellement souhaité qu'un soignant lui donne « un carnet de coeur » qui a pour but de centraliser ce qui lui est arrivé, les médicaments qu'il doit prendre, ses facteurs de risques ainsi que leurs causes, les activités physiques qu'il peut reprendre après sa sortie de l'hôpital et sa progression dans le programme de réadaptation. Constitué en début 2012, ce carnet n'est pas encore distribué de manière systématique aux patients du service de cardiologie. En effet, comme nous avons pu le remarquer lors de notre passage au 6AL, cette distribution requiert quelque chose de précieux: du temps – que nous avons mais que les soignants du service n'ont pas encore! Même si le carnet de coeur n'est pour le moment qu'en phase de test, le patient pourrait bientôt avoir non seulement un merveilleux outil d'éducation thérapeutique mais aussi un outil qui lui permettrait de suivre sa maladie, de son entrée à l'hôpital à la fin du programme de réadaptation de Beau-Séjour.

Avant de laisser le patient rentrer à domicile ou débiter le programme de réadaptation, celui-ci subit un test d'effort. Une fois réussi, c'est-à-dire sans signe évoquant une récurrence, le patient peut débiter le programme de réadaptation.

La réadaptation

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
8H30 9H30	CIRCUIT AUTONOME	CIRCUIT AUTONOME	CIRCUIT AUTONOME	CIRCUIT AUTONOME	CIRCUIT AUTONOME
9H30 10H00	GYMNASTIQUE ENDURANCE	GYMNASTIQUE FORCE	GYMNASTIQUE ENDURANCE	Départ : 10H MARCHE EXTERIEUR	GYMNASTIQUE FORCE
10H30 11H15	INFORMATION TABLE RONDE	PISCINE	RELAXATION		INFORMATION TABLE RONDE

Programme que le patient reçoit

Les patients qui commencent le programme de réadaptation ont un programme identique chaque semaine qui consiste en une heure de parcours individuel où ils peuvent choisir entre diverses activités (marche, vélo, nustep, tapis de marche et rameur). Ensuite, les patients pratiquent une activité commune d'endurance ou de force qui dépend beaucoup du thérapeute qui l'anime. Nous avons pu assister à un exercice de force avec des ballons de basket ainsi qu'à une initiation aux arts martiaux. En milieu de matinée, une pause de trente minutes précède une activité différente chaque jour (table ronde, piscine, relaxation). Le jeudi, après le parcours autonome, le groupe part marcher à l'extérieur dans les alentours de Carouge ou Champel.

Il est à noter que le patient est remboursé par la LaMal : 10% sont à sa charge.



Salle de gymnastique de Beau-Séjour.

La pluridisciplinarité : Entretiens avec...

Monsieur L.

Lorsque Monsieur L. a commencé à éprouver une forte douleur oppressive dans la poitrine, il n'a d'abord pas voulu appeler les secours tout de suite. Il était inquiet de ne pas savoir ce qu'il avait. Lorsqu'il a ressenti la douleur aller dans son bras, il dit avoir eu peur d'avoir une rupture d'anévrisme. Monsieur L. a alors décidé avec sa femme de se rendre rapidement aux urgences des Hôpitaux Universitaires Genevois par ses propres moyens. Là, il raconte qu'il a attendu vingt minutes. « Vingt minutes de trop ! » dit-il, en effet son cas était urgent. Cependant, Monsieur L. ne se plaint pas de la prise en charge par la suite : « le reste était tout parfait ! ». Une fois dans le service de cardiologie, Monsieur Allen Savard, le physiothérapeute, l'a convaincu à Beau-Séjour.

Le premier jour, lorsqu'il est arrivée dans le gymnase, il dit avoir eu l'impression que les gens étaient froids ; il aurait aimé avoir un peu de musique : « ça amène une humeur différente, et puis on est encore sous le choc... la sortie de l'hôpital doit être joyeuse ! ». Monsieur L. insiste sur l'importance du groupe dans le programme de réadaptation : « ça permet de se comparer, chacun de nous est différent ». Il dit aussi qu'il a énormément appris lors des tables rondes (surtout sur le tabac) et déplore l'absence de prévention sur les facteurs de risque cardiovasculaire. Il insiste sur le fait qu'après les six semaines de réadaptation il a complètement changé sa manière de fonctionner et raconte qu'il ne peut plus faire certaines choses à cause de sa « pompe ». Il voit l'infarctus comme une « belle expérience » et est maintenant tourné vers l'avenir.

Monsieur M.

Monsieur M. a eu un infarctus il y a deux mois maintenant. Il a accepté de partager avec nous une partie de son parcours. Avant cet événement, il était dans une phase difficile de sa vie. Après des problèmes familiaux importants, il se sentait très déprimé et avait recommencé à fumer. Un lundi, il a ressenti une douleur importante dans la poitrine, qui partait vers les bras et qui a duré quelques minutes, puis a cessé. Ayant eu des douleurs musculaires parasternales importantes ces dernières années, il a pensé qu'elles récidivaient, d'autant plus que la douleur, qui est revenue le lendemain, était « musculaire ». Il pouvait la reproduire en palpant le muscle et en l'étirant. Quelques jours plus tard, il ressent cette douleur au cours d'une relation sexuelle. Son amie s'inquiète, mais la douleur disparaît à nouveau au bout de quelques minutes. Plus tard, elle regrettera de ne pas l'avoir convaincu d'appeler un médecin. La semaine s'écoule malgré cette douleur qui réapparaît régulièrement. Inquiet et voulant éventuellement reprendre un traitement pour ses muscles, il contacte son médecin le lundi suivant. Celui-ci lui donne rendez-vous pour le jeudi. Pendant ces quelques jours, les douleurs disparaissent, et Monsieur M. est presque complètement rassuré. Toutefois, Monsieur M. souffre bel et bien d'un infarctus du myocarde, et le jeudi, il est envoyé par

son médecin aux urgences des Hôpitaux Universitaires de Genève. Il nous raconte que son cœur « l'a trahit », « qu'il voulait le tuer ». Sa coronarographie a lieu le lendemain (une urgence lui a « piqué sa place »), elle durera deux heures. Monsieur M. apprend à connaître son cœur, sa maladie. Après avoir discuté avec les soignants et avoir regardé le film d'information produit pour les patients avec infarctus, il décide de commencer une réadaptation à Beau-Séjour. Un rendez-vous est pris, et dès qu'une place est disponible, il peut commencer sa réadaptation. Il dit avoir décidé de changer avec cet « événement » ou encore « accident » ! Rapidement, il a arrêté de fumer, et il a pris des décisions importantes pour changer ses habitudes. Il essaiera d'aller au restaurant à pied, de marcher plus souvent. Il a déjà élaboré des stratégies qui lui permettront de pratiquer son activité physique en travaillant. Ce qui sera décisif pour lui, nous dit-il, c'est la reprise de son travail. Arrivera-t-il alors à résister encore à la cigarette malgré le stress ? Continuera-t-il l'exercice malgré la force de la routine qui reprend parfois le dessus ? Aujourd'hui il se dit satisfait de sa réadaptation, mais des inquiétudes persistent. Par exemple, il a peur dans un avenir proche, s'il est victime d'un accident et qu'il perd conscience, que personne ne connaisse son traitement anticoagulant et qu'il soit, de ce fait, mal pris en charge.

Madame Isabelle Haussmann, maîtresse de sport

Madame Isabelle Haussmann est chargée de la gestion de l'activité physique des patients coronariens à Beau-Séjour. Elle travaille sur les programmes d'entraînement, leur personnalisation, le temps de récupération et la prise en charge collective. Elle signale que « de l'extérieur ça a l'air très sympa, mais il est loin d'être facile de faire faire du sport à des patients déficients ! ». Elle pense qu'il faudrait encore personnaliser la prise en charge des patients et insister sur la phase 3 de la réadaptation cardiaque. Madame Isabelle Haussmann raconte qu'elle est toujours étonnée d'apprendre quelles peuvent être les représentations que certains patients ont concernant l'activité physique alors qu'ils n'en font jamais: c'est un défi de trouver comment les motiver.

Monsieur Allen Savard, physiothérapeute

Monsieur Allen Savard a 32 ans d'expérience dans la réadaptation cardiaque et fait partie des pionniers dans ce domaine. Il raconte qu'avant on préconisait deux semaines d'alitement post-infarctus alors que maintenant on a tendance à mobiliser les patients le plus vite possible. Il se dit défenseur de la qualité du programme : « On ne veut pas faire venir n'importe qui, on veut que les patients se responsabilisent. Il y a deux semaines de liste d'attente pour ce programme, on se doit d'être strict! ». En comparaison avec la maîtresse de sport, Monsieur Allen Savard définit les physiothérapeutes comme plus conscients du côté médical et de la pathologie : « Nous sommes stricts avec les patients, alors qu'Isabelle développe plutôt le côté ludique et se charge de stimuler les groupes. ». Il décrit le carnet de cœur comme « un produit correct, plein de défauts, mais qui part d'une très bonne idée qui est de discuter avec un patient en cardiologie et de le retrouver à Beau-Séjour. ». Il est difficile de faire le lien entre ces deux endroits. Il y a en effet un manque de continuité selon lui. De plus, le rôle de

distribution du carnet de cœur reviendrait à l'interne en cardiologie et non pas au physiothérapeute. D'après lui, le programme tel qu'il est actuellement est très bien mais néanmoins saturé. Les bonnes idées d'amélioration ne manquent pas : ce sont les moyens qui manquent. « Il y a une énorme lenteur décisionnelle car nous ne sommes qu'un service et pas un centre ! Il nous a fallu deux ans et demi pour commander deux Nustep ! » déplore-t-il.

Docteur Frédéric Sittarame, Chef de clinique du service d'enseignement thérapeutique pour les maladies chroniques

« Je suis un perturbateur, je fais la synthèse, je rassemble... je veux qu'il y ait un partage entre les soignants. » c'est ainsi que le Docteur Sittarame définit son rôle dans la réadaptation post-infarctus. Il cherche avant tout à aborder le patient dans son ensemble et à promouvoir l'interdisciplinarité au service du patient. Il avoue qu'il y a beaucoup de réflexions à propos de l'enseignement thérapeutique en réadaptation à Beau-Séjour : « c'est encore en chantier ! » dit-il. Le Docteur Sittarame aimerait promouvoir, en plus des cours, l'existence d'ateliers où les patients puissent prendre leur tension et mesurer l'évolution de leur fréquence cardiaque à l'effort. Les tables rondes, d'après lui, devraient plus exploiter l'information venant des patients eux-mêmes, c'est-à-dire leurs représentations. Ainsi, l'intervenant ne serait présent que pour faire un travail de reformulation.

L'enseignement thérapeutique prend du temps et demande de la persévérance de la part des soignants, mais pour le patient c'est un véritable soin !

Docteur Elena Tessitore, Médecin interne à la réadaptation

Pour le Docteur Elena Tessitore, la cardiologie est une discipline très complète. Elle souhaiterait, à la fin de son internat, travailler dans la réadaptation car celle-ci comprend « un suivi très important » du patient. « Aujourd'hui le problème dans les soins, c'est « après ». On ne se rend pas compte de la chronicité des soins. » Sa place en tant qu'interne dans le programme lui a permis de mieux connaître, mieux suivre et accompagner ses patients. Concernant le carnet de cœur, il a un rôle essentiel : « il responsabilise le patient, il lui fait prendre conscience de sa maladie chronique ». Concernant les tables rondes qu'elle anime, afin de capter l'attention des patients, elle essaie de les impliquer le plus possible en leur posant des questions personnelles quant à leurs facteurs de risque ou comportement. Elle ne souhaite en effet pas donner un cours ex-cathedra.

Certains points du programme restent cependant à améliorer d'après le Docteur Elena Tessitore. En effet, le programme ne contient pas de tables rondes pour les groupes de l'insuffisance cardiaque. Il lui paraît clair qu'il faudrait qu'il y ait plus d'appareil pour l'activité physique. Aussi, elle relève un point essentiel concernant ce groupe de réadaptation : il faudrait qu'un soutien psychologique soit plus présent.

Docteur Philippe Meyer, Chef de clinique du service de cardiologie et responsable du programme de réadaptation cardiaque à Beau-Séjour.

Comme son titre l'indique, le Docteur Philippe Meyer est responsable du programme de réadaptation : il le supervise. Contrairement à ce qu'on pourrait penser d'abord –et à tort ! il n'a pas choisi de travailler dans la réadaptation par défaut : « cela est passionnant ! Si les étudiants pensent que travailler dans la réadaptation est pour les loosers, et bien ils se trompent. ». Pour le Docteur Philippe Meyer, « le carnet de cœur est un outil qui va rapidement devenir essentiel. Il faut simplement que nous trouvions sa bonne forme et qu'il soit intégré au service. ». Le Docteur Philippe Meyer mise sur la responsabilisation des patients. En effet, d'après lui, ceux-ci ne poursuivent que rarement leur programme en phase 3. Il faut donc les rendre conscients de leur affection cardiaque dès le début, dès leur arrivée aux urgences : répéter, répéter et répéter les facteurs de risque. D'après lui, les plus gros problèmes avec les patients sont la compréhension et la compliance face aux traitements. Par exemple, « l'autre jour, un patient a arrêté de prendre ses médicaments car l'ordonnance était arrivée à sa fin, comme si son traitement était similaire aux antibiotiques. »

Les diététiciennes

Nous avons rencontré deux diététiciennes. Madame Anne-Catherine Morend, qui participe au programme de réadaptation à Beau-Séjour et Madame Gabrielle Calderara, diététicienne à la clinique de La Linière.

Le rôle de Madame Morend est principalement l'animation d'une table ronde sur l'alimentation durant la réadaptation. Les patients qui ressentiraient le besoin d'un suivi diététique plus important ont la possibilité de prendre six rendez-vous avec une diététicienne en plus de leur programme. Une liste leur est proposée. Après discussion avec certains patients, nous nous sommes rendus compte que ce mode de fonctionnement n'était pas tout le temps efficace. En effet, certains patients qui auraient des questions qu'ils n'ont pas eu la possibilité de



Source : asc-csa.gc.ca

poser pendant la table ronde ne font pas forcément la démarche de prendre rendez-vous avec une diététicienne, par exemple parce qu'ils estiment à tort ne pas en avoir besoin, n'ayant que quelques questions. Le rôle des diététiciennes est pourtant central dans le cadre des infarctus du myocarde puisqu'elles permettent aux patients d'agir, à l'aide d'un régime alimentaire approprié, sur plusieurs facteurs de risque, notamment, la tension artérielle avec l'équilibre en sel, l'obésité, la cholestérolémie et le diabète. Les informations reçues par le patient, parfois même à l'hôpital, sont incomplètes ou dépassées. Les diététiciennes en réadaptation et notamment Madame Morend essaie de réexpliquer ces notions compliquées aux patients, de leur donner des informations

récentes de manière pédagogique et le plus applicable possible à leur pratique personnelle. Toutefois lors de la table ronde qui dure seulement quarante-cinq minutes, il est difficile d'aborder tous les thèmes qui intéressent les patients.

Nous avons également rencontré Madame Gabrielle Calderara, diététicienne à la clinique de La Lignière. Là-bas, le contact entre les diététiciennes et les patients est plus étroit puisque celles-ci sont disponibles pour les aider à choisir leur petit-déjeuner sous forme de buffet, ce qui leur permet de voir les difficultés rencontrées par les patients, de leur donner des explications personnalisées. Elles leur montrent également le fonctionnement de la borne pour commander leur repas et animent des ateliers (4 sur 9 prévus au cours de la réadaptation de quatre semaines). Dans ce système, les patients ont donc un contact plus facile et hésitent peut-être moins à venir voir la diététicienne qu'ils connaissent déjà bien, depuis le premier jour de leur séjour

Pas si simple

Engagement

Le patient victime d'un infarctus s'engage après cet événement, s'il le souhaite, à suivre un programme de six semaines. Evidemment, celui-ci n'est pas prévenu avant cet épisode qu'il devra consacrer autant de temps en ambulatoire à Beau-Séjour. Cet engagement peut notamment poser un problème financier pour les travailleurs indépendants mais aussi pour ceux qui auraient prévu des vacances. Il est à noter que si les personnes qui s'inscrivent au programme s'absentent trop longtemps ne pourront pas continuer à le suivre étant donné qu'il y a une liste d'attente de deux à trois semaines. Les patients doivent en effet être conscients qu'il faut suivre sérieusement le programme de réadaptation.

Langues

Le programme étant basé sur le contact à la fois entre les soignants et les patients et entre les patients en eux, une barrière de langue peut constituer un obstacle important non seulement dans la relation thérapeutique mais aussi dans la relation au sein du groupe. Même si des interprètes peuvent être appelés, il reste difficile de suivre une table ronde animée ou d'avoir une discussion personnelle avec un autre patient.

Comorbidités

Parfois, les patients qui commencent le programme de réadaptation peuvent avoir d'autres problèmes de santé. Par exemple, nombreux sont ceux souffrant d'arthrose, de surpoids ou même d'insuffisance artérielle des membres inférieurs. Ces maladies constituent clairement des difficultés et provoquent des douleurs qui empêchent le patient à prendre plaisir aux activités physiques.

Le transport

Aucune place de parking n'est réservée aux patients inscrits au programme, c'est un obstacle que beaucoup de patients déplorent. En effet, rares sont les patients qui peuvent se déplacer à pied ou en vélo (certains sont notamment atteints d'insuffisance artérielle des membres inférieurs et ne peuvent marcher plus de quelques centaines de mètres avant de ressentir des douleurs importantes et d'être contraints de s'arrêter). Plusieurs solutions s'offrent alors à eux. Ils peuvent décider d'utiliser les transports en commun, mais cela a un coût. En effet, si le patient paie chacun de ses trajets, cela lui reviendra, pour la totalité de sa





réadaptation qui dure six semaines, 210 Francs. Avec un abonnement de deux mois, cela lui reviendra 100 Francs s'il peut bénéficier du tarif sénior ou 140 Francs s'il ne peut pas en bénéficier.

S'il ne peut venir qu'avec sa voiture, il ne peut pas se garer sur le parking de Beau-Séjour car celui-ci est limité à 1h30. Sinon il peut trouver une place dans les zones bleues, mais dans ce cas aussi il ne peut se garer que durant un temps limité et même s'il s'absente pour changer l'heure sur son disque de stationnement, il risque une amende. Il lui reste la solution de se garer dans le parking Lombard de l'hôpital, mais cela lui revient à 10 Francs

pour 3 heures 40 de stationnement. Donc, sur la totalité de sa réadaptation, à 300 Francs.

Une solution que certains patients utilisent est celle du scooter. Mais elle n'est bien sûr pas à la disposition de tous.

Moyen de transport	Coût par jour	Coût pour la durée de la réadaptation
Vélo, Marche	Gratuit mais pas toujours possible	Gratuit mais pas toujours possible
Bus, en payant tous les jours	7 Francs	210 Francs
Bus, abonnement de 2 mois sénior		100 Francs
Bus, abonnement de 2 mois normal		140 Francs
Parking Lombard	10 Francs	300 Francs

Réadaptation stationnaire versus ambulatoire : L'exemple de La Lignière

A Beau-Séjour, nous avons pu observer un cas de réadaptation cardiovasculaire ambulatoire. Dans ce format, comme nous l'avons vu, les patients dorment et mangent chez eux et viennent uniquement pour les activités du centre. Cela exige qu'ils habitent à proximité du centre de réadaptation. Les avantages que cela pourrait présenter, selon la fondation suisse de cardiologie (15) sont :

- Le repos dans un environnement habituel
- La prise en compte de la famille et du/de la partenaire dans les modifications du mode de vie.
- Les responsabilités personnelles qui sont plus importantes, car le patient ne dépend pas des règles fixes d'une organisation stationnaire.
- L'apprentissage d'une activité physique régulière dans un environnement familial.

Les inconvénients sont :

- Le danger de s'exposer trop tôt au stress professionnel ou social
- La surveillance moins étroite et pas toujours possible pour tous pour des raisons de santé

Parmi les patients avec lesquels nous avons eu la chance de discuter au cours de ce stage, nous avons relevé plusieurs raisons au choix de la réadaptation ambulatoire. Pour certains, c'étaient la nécessité de continuer à travailler, pour d'autre la proximité, les peurs d'être moins bien remboursés dans les centres stationnaires, la volonté de rester au contact de leur famille. Comme mentionné plus haut, cette solution pourrait permettre de confronter les patients plus tôt à leur habitudes, à leur environnement, et leur permettre de mieux faire correspondre leur volonté de changer d'habitudes avec leur environnement familial, social et professionnel. Par contre, le stress est possible.

En ce qui concerne la réadaptation stationnaire, où le patient habite dans un centre de réadaptation, nous avons pris l'exemple de la clinique de La Lignière où nous avons été reçu par Mme Gabrielle Calderara, diététicienne. La clinique de La Lignière propose à la fois des programmes stationnaires et des programmes ambulatoires. Les programmes stationnaires sont plutôt conseillés aux patients dont l'état de santé au début de la réadaptation est plus mauvais, ou aux patients qui habitent trop loin du centre.

La clinique propose à la fois des forfaits de réadaptation publics (pris en charge par l'assurance maladie de base), des forfaits semi-privés et privés. La durée moyenne de la réadaptation y est de 3 semaines. Les avantages, toujours selon la fondation suisse de cardiologie seraient :

- L'absence de situation de stress professionnel ou familial
- Une prise en charge globale
- La possibilité de faire des activités plus intenses puisque la surveillance est plus accrue

- L'accompagnement étroit des patients à risque
- Le traitement simultané d'éventuels comorbidités, qui permet notamment un sentiment de sécurité.

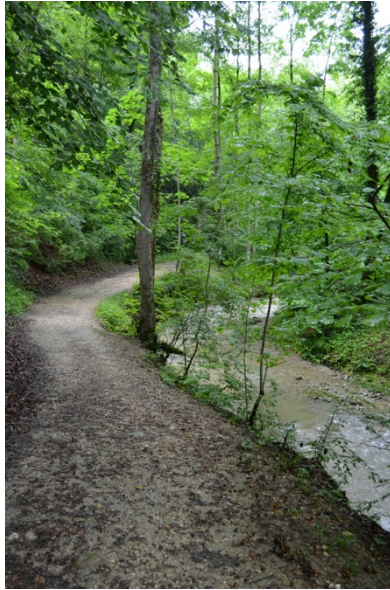


La clinique de La Lignière

Les inconvénients de la réadaptation stationnaire seraient :

- La séparation de plusieurs semaines de sa famille et de son environnement familial
- Une moindre implication de sa famille et de son/sa partenaire dans les changements de son mode de vie, de ses habitudes
- Les règles de l'organisation stationnaire réduisent la responsabilité individuelle.

Nous avons remarqué que les soignants ont développé des stratégies pour permettre aux patients de se mettre en situation. Par exemple, nous nous demandions comment il était possible d'apprendre de manière efficace à un patient à équilibrer son régime alimentaire après son infarctus dans le cadre d'une organisation où des repas équilibrés lui étaient de toute façon donnés, mais nous nous sommes rendus compte que dans le cadre de cette clinique en tout cas, les petits déjeuners se prenaient sous forme de buffet. Pendant le temps de ce repas, tous les jours, les diététiciennes du centre se tiennent à disposition des patients pour les conseiller, les aider à équilibrer leur repas. Par contre, pour les patients n'habitant pas à proximité du centre, cette option pourrait les couper de leur famille. Ceci peut-être très délétère pour un patient qui compterait beaucoup sur son soutien familial.



Parcours de marche autour
de la clinique La Lignière

Au sein de la clinique de La Lignière nous avons pu voir une prise en charge très différente de celle de Beau-Séjour. Le cadre est très agréable et comprend de nombreux parcours de marche, les salles de sports sont dotées de nombreuses machines d'entraînements (vélos, nustep, tapis de marche, rameurs en nombre très important), une piscine avec un jacuzzi est également présente. La clinique bénéficie de son statut de centre de réadaptation et d'une longue expérience, puisque c'est un centre de réadaptation depuis 1977 (16), c'est d'ailleurs le premier centre de réadaptation cardiovasculaire de suisse romande. La clinique est moderne, notamment équipée d'un système de commande des repas via des bornes reparties dans l'établissement. C'était pour nous une expérience intéressante qui nous a permis d'élargir notre vision de la réadaptation cardiovasculaire en Suisse.

L'éducation thérapeutique comme fil rouge

Lorsque le patient coronarien subit un traitement médical d'urgence et un angioplastie, il sent son état immédiatement amélioré. Il considère les gestes invasifs comme « miraculeux ». En effet, il ne pense pas que les médicaments qu'on lui prescrit et que la diminution de ses facteurs de risque sont importants. En tant que professionnels, on sait qu'une bonne compliance aux traitements ainsi qu'un changement dans les habitudes de vie sont les seuls éléments qui diminuent le risque de récurrence à long terme.

De plus, il se retrouve dans une situation pour le moins paradoxale : il n'avait aucun symptômes avant son infarctus et n'a plus de symptômes après la pose de stent, mais en même temps on lui annonce qu'il est un malade chronique - son infarctus en est la preuve! C'est précisément ici qu'intervient l'éducation thérapeutique. L'OMS la définit comme devant « permettre aux *malades* d'acquérir et de maintenir des *compétences* qui leur permettent de *gérer* de manière optimale leur traitement afin d'arriver à un *équilibre* entre leur *vie* et leur *maladie*. C'est un processus continu qui fait partie intégrante des soins médicaux. (...) L'Education thérapeutique est conçue pour aider les patients et leurs *familles* à comprendre la maladie et leur traitement, à coopérer avec les soignants, à vivre sainement et maintenir ou améliorer leur *qualité de vie*. ».

Lorsqu'on aborde un patient qui a eu un infarctus (et même un malade chronique de manière générale), il ne faut pas se contenter de l'informer mais il faut absolument prendre le temps d'investiguer quelles sont ses perceptions, ses représentations, ses angoisses et ses connaissances par rapport à sa maladie. Il faut garder à l'esprit qu'un patient qui a fait un infarctus et qui sort de l'hôpital est sous le choc car il a tout de même frôlé la mort !

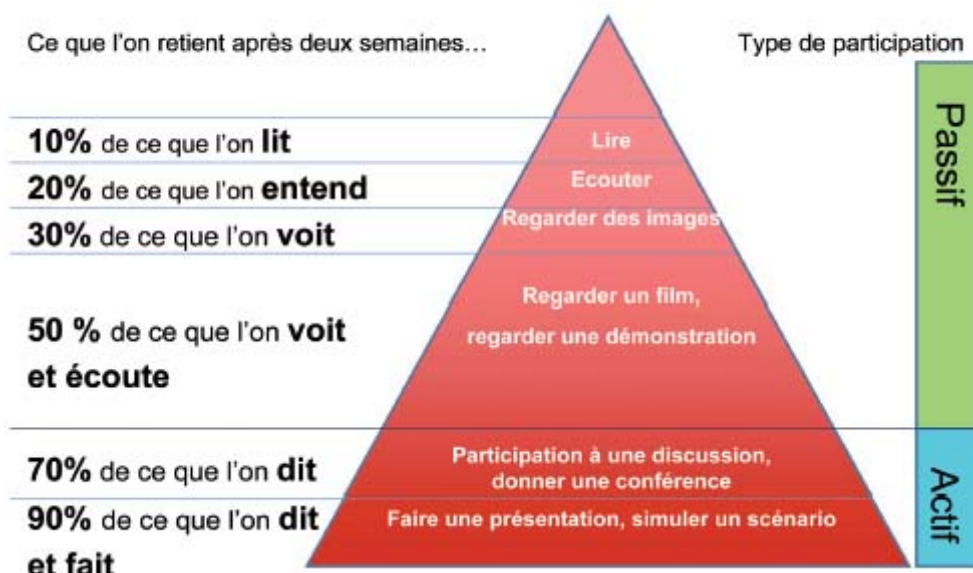
C'est dans cette optique d'approche globale du patient qu'un outil comme le « carnet de cœur » prend tout son sens : c'est l'occasion pour le patient de mettre sur papier ce qu'il sait et ce qu'il perçoit de sa maladie (exemple tiré du carnet de cœur : « Selon moi, qu'est-ce qui a causé mon problème au cœur ? »). Il sert aussi à mettre en évidence ce qui est moins clair pour lui, alors que c'est très important (par exemple: « Quels sont mes médicaments ? »). De plus, le carnet appartient au patient, ce qui le responsabilise et lui fait prendre conscience qu'il devient acteur de sa maladie. Cependant, comme le fait remarquer très justement le Docteur Frédéric Sittarame, le carnet de cœur tout seul reste un outil, s'il n'y a personne pour le manipuler il ne sert à rien. Remplir les deux ou trois premières pages de ce carnet de cœur avec un patient requiert trente minutes environ. Bien trop souvent ni les internes du service de cardiologie, ni les physiothérapeutes de la réadaptation n'ont autant de temps devant eux ! Cependant ayant eu l'occasion de distribuer ce carnet à quelques patients durant notre stage, nous pensons qu'il constitue une étape cruciale de la réadaptation. En effet, c'est souvent le premier vrai contact du patient avec les différents facteurs de risque qu'il peut appliquer à lui-même. Par exemple, le soignant calcule l'index de masse corporelle du patient avec lui et ils tirent une conclusion ensemble : « Suis-je en

surpoids ? » « Quel poids faudrait-il que j'atteigne pour ne plus être en surpoids ? ».

Au moment où le patient effectue le programme de réadaptation cardiaque à Beau-Séjour, il a l'occasion d'assister à des « tables rondes » (qui sont plutôt des cours interactifs) durant lesquelles le patient reçoit une grande quantité d'informations : cours sur les facteurs de risque, les signes d'alertes de l'infarctus, la diététique, la gestion du stress etc. Très souvent ces sujets suscitent leur curiosité et parfois même leur indignation : lors d'une table ronde sur les facteurs de risque cardiovasculaire, une diapositive montrait les nombreux composants toxiques de la fumée de cigarette, certains patients ont alors crié « Mais ça devrait être interdit ! On empoisonne la population ! ». D'après ce que nous avons vu lors de ces tables rondes, les soignants essaient d'impliquer les patients et très souvent la discussion se crée, non seulement entre le soignant et les patients, mais très souvent, entre les patients entre-eux ! Les patients s'approprient alors l'information et ainsi la retiennent bien mieux que s'ils s'étaient contentés de lire une brochure ou d'écouter le cours sans participer. On peut cependant déplorer lors de ces tables rondes un manque d'interdisciplinarité : chaque soignant apporte des informations de son domaine de prédilection. Il serait certainement possible d'imaginer une table ronde sur le thème de l'alimentation faite à la fois par une diététicienne et un médecin. Dans un tel cours, par exemple, la diététicienne pourrait insister sur les aliments qu'il faudrait éviter car faisant monter le taux de mauvais cholestérol dans le sang et le médecin pourrait parler à son tour de l'importance du traitement de statine.

Même si l'état de l'éducation thérapeutique n'est pas encore parfait à Beau-Séjour actuellement, les choses semblent sur la bonne voie notamment grâce au travail du Docteur Frédéric Sittarame ainsi que de toute l'équipe de Beau-Séjour qui se remet régulièrement en question.

Pyramide d'Edgar DALE



source : « Combattre l'infarctus du myocarde et l'athérosclérose : un défi thérapeutique »

Conclusion

Ce stage nous a avant tout permis de rentrer en contact avec des patients. Ceux-ci nous ont très bien intégrés au programme de réadaptation : ils nous ont même assimilés à l'équipe !

Ces semaines ont aussi été une première rencontre avec une équipe de soignants pluridisciplinaires. Il nous est apparu que chaque membre de l'équipe avait un rôle important quant à la prise en charge du patient dans sa globalité. En effet, un médecin seul ne peut pas prétendre traiter un individu sans prendre en compte toutes les facettes qui le constituent.

Même si le programme de réadaptation de Beau-Séjour est en perpétuelle évolution, nous pensons que certains dysfonctionnements peuvent être améliorés. En effet, un peu plus de rigueur dans la prise en charge du patient, permettant une continuité entre le bâtiment des lits et le programme de réadaptation pourrait être un prochain changement à effectuer.

Références

- (1) Kumar V., Abbas A. K., Fausto N., Aster J. C., (2010) *Robbins and Cotran Pathologic Basis of disease* (8^e éd.) Philadelphia : Saunders Elsevier.
- (2) Berger A., Eckert P., Stauffer J.-C., Wasserfallen J.-B. (2002). *Le syndrome coronarien aigu*. Genève : Médecine et hygiène
- (3) University of Ottawa Heart Institute (2012) *La crise cardiaque*
Accès :
http://www.ottawaheart.ca/french/maladie_du_coeur/La-crise-cardiaque.htm
- (4) Organisation mondiale de la santé (2012) *Principales Causes de Décès Dans Le Monde*. Accès :
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/fr/index.html>
- (5) Office Fédéral de la Statistique (2012) *Décès : nombre, évolution et causes* Accès :
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/04/key/01.html>
- (6) Erne P. et al. (2012) Characteristics and Outcome in Acute Coronary Syndrome Patients with and without Established Modifiable Cardiovascular Risk Factors: Insights from the Nationwide AMIS Plus Registry 1997–2010. *Cardiology*, 121, 228-236. DOI : 10.1159/000337324
- (7) Stauffer J.-C., Goy J.-C., Duvoisin N., Radovanovic D., Rickli H., Erne P. (2012) Dramatic effect of early clopidogrel administration in reducing mortality and MACE rates in ACS patient. *Swiss Medical Weekly*; 142 DOI : 10.4414/smw.2012.13573
- (8) Tagan D. et Baudat V. (2004) Prise en charge pré-hospitalière des infarctus myocardiques aigus : les points faibles : Médecine intensive et praticien. *Revue médicale de la Suisse Romande*, 124, n°6, 325-328
- (9) AMIS Plus (2012) *AMIS Plus, Acute Myocardial Infarction in Switzerland*
Accès :
<http://www.amis-plus.ch/index.htm>
- (10) Obsan (Observatoire Suisse de la Santé) *Mortalité spécifique -Obsan - Etat de santé*
Accès :
<http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/04/01/ind26.indicator.149011.260103.html?open=149003,149001#149001>.
- (11) CIPRET-Genève (2012) *Site officiel du CIPRET- Genève*
Accès :
<http://www.cipret.ch/accueil.htm>
- (12) Office fédéral de la Santé Publique (2006) *Avenir de la prévention et de la promotion de la santé en Suisse*
Accès :
http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07492/07496/index.html?lang=it&download=NHZLpZeg7t,lnp6I0NTU042l2Z6ln1ah2oZn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpjCHfH54f2ym162epYbg2c_jjKbNoKSn6A
- (13) Dr Nathalie Farpour-Lambert (2008) *Hôpitaux Promoteur de Santé -*

- Programme de soins « Contrepoids » - Bouger plus, manger mieux, viser l'équilibre*
 Accès :
http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05207/05210/05221/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,lnp6I0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpn02Yuq2Z6gpJCGfYB_e2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A
- (14) Confédération Suisse (2012) *Loi sur la prévention : le Conseil fédéral ouvre la procédure de consultation.*
 Accès :
<http://www.news.admin.ch/message/index.html?lang=fr&msg-id=19517>
- (15) Fondation Suisse De Cardiologie. (2012). *Fondation Suisse de Cardiologie, Active contre les maladies cardiaques et l'attaque cérébrale*
 Accès:
<http://www.swissheart.ch/index.php?id=1&L=1>
- (16) Clinique La Lignière (2012) *La Lignière Clinique*
 Accès:
<http://www.la-ligniere.ch/>
- (17) HUG (2012) *Unité de Cardiologie Interventionnelle GÉcor*
 Accès :
http://www.cardiology-geneva.ch/cardiology_interventionnelle.html
- (18) Cardiomobile (2012) *Brigade Sanitaire Cantonale*
 Accès :
<http://www.cardiomobile.ch/>
- (19) Cardiomobile Genève (2012) *Smur en Romandie – Cardiomobile Genève*
 Accès :
http://www.smur.ch/index.php?option=com_content&task=view&id=56&Itemid=70
- (20) Dailymotion (2012) *Pour combattre l'infarctus du myocarde / ELIPS*
 Accès :
http://www.dailymotion.com/video/xdacre_pour-combattre-l-infarctus-du-myoca_tech?fbclid=120
- (21) Keller P.-F., Barthassat V., Lagger G., Scherrer-Burri F., Carballo S. (2008) *Combattre l'infarctus du myocarde et l'athérosclérose : un défi thérapeutique*
Revue Médicale Suisse (4) 1345-1349

Annexe

Questionnaire sur l'infarctus du myocarde

Nous sommes étudiants en médecine et nous faisons un travail sur l'infarctus du myocarde. L'infarctus du **myocarde** (= **muscle du coeur**) est la conséquence de l'occlusion d'un des vaisseaux nourrissant le coeur. Il est communément appelé « crise cardiaque ».

Ce questionnaire, qui ne vous prendra que quelques minutes à remplir, nous sera d'une grande aide pour mieux connaître vos représentations sur ce thème. Ce questionnaire est anonyme.

Votre tranche d'âge :

<20 20 à 29 30 à 39 40 à 49 50 à 59 60 à 69 >70

Sexe:

M F

1. Selon vous, sur 100 personnes qui ont un infarctus du myocarde, combien en meurent dans les heures qui suivent?

.....

2. Quels facteurs de risque favorisant l'infarctus du myocarde connaissez-vous?

.....

.....

3. Selon vous, quels peuvent être les symptômes d'un infarctus? (plusieurs réponses possibles)

- Douleur oppressive à la poitrine
- Douleur qui va dans les bras
- Douleur qui va dans la mâchoire et le cou
- Aucune douleur

4. Si une personne de votre entourage présente des symptômes d'infarctus que faites-vous en priorité? (une seule réponse possible)

- Appeler le 144 / 15 ou 18 (en France)
- Attendre 1 heure, et si les symptômes persistent, appeler le 144 / 15 ou 18 (en France)
- Aller par ses propres moyens dans le centre hospitalier le plus proche
- Appeler ses proches

5. Est-ce que vous pensez qu'après un infarctus du myocarde il soit nécessaire de faire une rééducation (comme par exemple après s'être cassé une jambe)?

Oui Non Je ne sais pas

6. Si vous deviez mettre au point un tel programme de rééducation, que contiendrait-il? (plusieurs réponses possibles)

- Des exercices physiques (vélo, sports collectifs, piscine...)
- Des cours pour apprendre à mieux s'alimenter
- Des cours qui expliquent les causes et les mécanismes de l'infarctus du myocarde
- Un soutien psychologique
- Un soutien pour arrêter de fumer

7. Selon vous après un infarctus du myocarde il faut : (une seule réponse possible)

- Se reposer
- Reprendre l'activité physique progressivement
- Reprendre une activité physique maximale tout de suite

8. Est-ce que vous pensez qu'il existe un programme de rééducation cardiaque dans le canton de Genève ou le canton de Vaud?

Oui Non Je ne sais pas

Nous vous remercions d'avoir rempli ce questionnaire !