

CENTRE

Un quart de siècle de sport pour cardiaques à Luxembourg Développement d'un modèle de rééducation durable

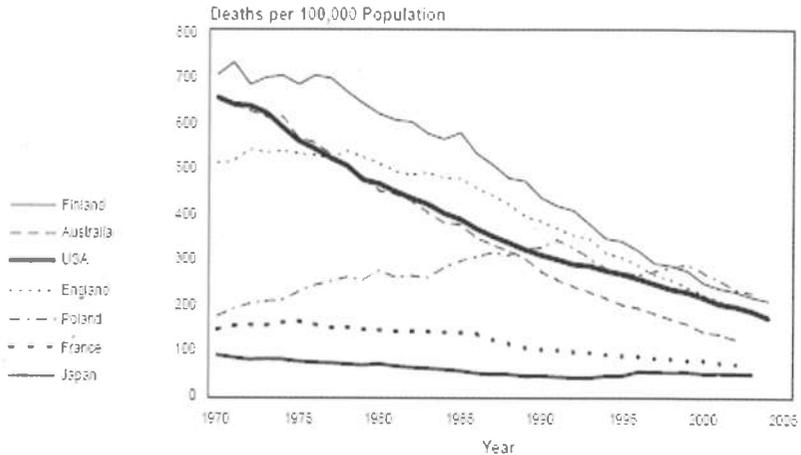
Charles Delagardelle

Après la deuxième guerre mondiale, la maladie coronarienne s'est répandue comme une vraie épidémie, tout d'abord aux Etats-Unis, plus tard en Europe de l'ouest. Des efforts énormes ont été entrepris pour combattre cette maladie, qui était rapidement devenue la cause numéro 1 de morbidité et de mortalité. Dans un premier temps, on a identifié les principaux facteurs de risque (FR) de cette maladie que sont l'hypercholestérolémie, l'hypertension artérielle (HTA), le tabagisme, le diabète type 2 et la sédentarité. Tous ces FR sont plus ou moins directement liés au style de vie de plus en plus sédentaire qui s'est progressivement installé, favorisé par le progrès technique et l'avènement des automobiles. Grâce aux multiples efforts entrepris par une grande communauté scientifique en association avec les responsables politiques, on a réussi à endiguer cette épidémie et, surtout, à diminuer la mortalité chez les patients d'âge moyen.



Graphique 1 : Mortalité par maladie coronarienne (hommes) dans différents pays

Death Rates* for Coronary Heart Disease in Men Ages 35-74 Years, Selected Countries, 1970-2004

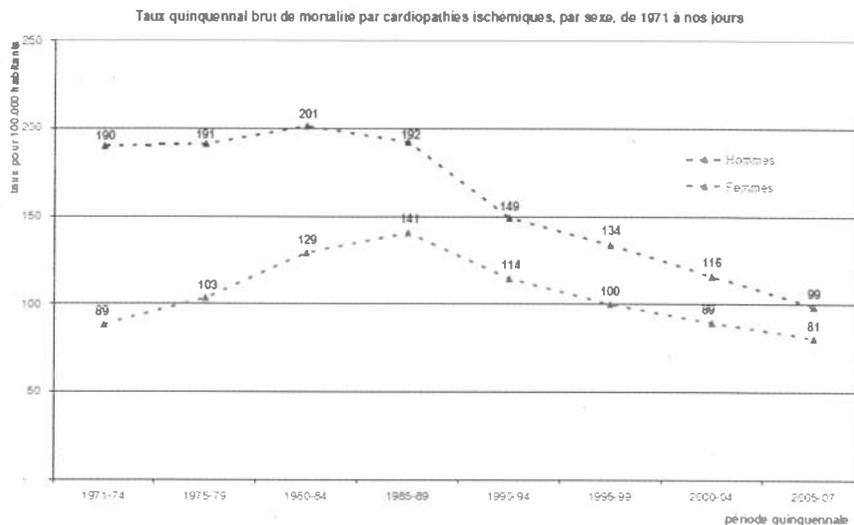


* Age-adjusted to the European Standard Population.
Source: World Health Organization.

Ce graphique montre l'évolution de la mortalité coronarienne dans différents pays avec une incidence de maladie coronarienne très variable : la Finlande, l'Autriche et les Etats-Unis avec une mortalité très élevée en 1970, suivie d'une diminution spectaculaire

Depuis 1980, on assiste à une remontée de la même pathologie dans les pays de l'Europe de l'est et depuis l'an 2000 également dans les grands pays d'Asie, l'Inde et la Chine. D'aucuns prévoient pour ces 2 pays qui regroupent un tiers de la population mondiale une épidémie encore plus grave que celle d'après-guerre dans nos pays aux causes par ailleurs comparables.

Graphique 2 : Évolution de la mortalité coronarienne au Luxembourg (hommes et femmes)



Au Grand-Duché, la mortalité était également très élevée en 1970. Par rapport aux années 1980, on observe une diminution de la mortalité de > 50% chez les hommes et de > 43 % chez les femmes.

Depuis une cinquantaine d'années, l'entraînement physique, en prévention primaire, et la rééducation cardiaque, en prévention secondaire, ont fait leur chemin et ont été reconnus comme interventions très efficaces pour combattre les maladies vasculaires dégénératives.

Au Grand-Duché de Luxembourg, le sport pour cardiaques a été organisé de manière systématique depuis 25 ans. Dans le temps, il s'agissait d'une des premières mesures systématiques de médecine préventive dans notre pays.

1. Le développement scientifique de la prévention compréhensive

En parallèle avec l'extraordinaire développement de la cardiologie clinique, la recherche fondamentale a progressé,

d'ailleurs comme dans presque toutes les grandes spécialités médicales. Elle a entraîné une vraie éclosion de littérature scientifique dans toutes les sous-spécialités cardiologiques, y inclus la prévention primaire et secondaire et la rééducation des pathologies cardiaques par activité physique.

Pendant la première phase du sport pour cardiaques ambulatoire de 1965-1985, celui-ci était considéré comme moderne, quasi révolutionnaire, et a engendré un grand nombre de publications scientifiques. A partir de 1985, on a observé une dissociation entre la recherche fondamentale et le mouvement des groupes sportifs pour cardiaques, qui, pourtant, surtout dans les pays germanophones - rien qu'en Allemagne il existe plus de 6000 groupes - n'est pas négligeable. La cause principale de cette évolution a été la constatation que la seule intervention par entraînement sportif est insuffisante pour influencer le pronostic des patients et qu'il faut une intervention également au niveau des autres FR. Depuis les années 80, une attention particulière a été attribuée au mode de vie (« lifestyle ») incluant les problèmes psychologiques, professionnels et nutritionnels. Certes le FR « sédentarité » y garde toute son importance mais il n'était **qu'un** facteur parmi d'autres. Le concept de **la rééducation cardiaque compréhensive** a été développé. Il prévoit une intervention au niveau de **tous** les FR. et fait le lien entre les activités sportives, et les interventions comportementales et médicamenteuses pour combattre les maladies vasculaires dégénératives. Depuis une dizaine d'années, le diabète type 2 et l'obésité ont été associés comme importantes cibles d'intervention. Une explication de cette dissociation est due au fait que les structures organisationnelles des groupes sportifs pour cardiaques ne sont pas directement liées aux facultés universitaires qui elles ont progressivement délaissé le mouvement du sport pour cardiaques.

Aujourd'hui, le domaine de la rééducation et de la prévention secondaire a été pris en main par la communauté scientifique très active des sociétés cardiologiques savantes, qui ont élaboré des « **guidelines** » (lignes de conduite). Elles concernent les domaines de la rééducation cardiaque et de la

prévention secondaire, reconnus comme deux éléments essentiels et indissociables.

La réhabilitation (rééducation) y est définie de la façon suivante : **Intervention multiple, coordonnée pour optimiser le fonctionnement physique, psychologique et social des patients. En plus : stabiliser, retarder et même renverser la progression du processus athéromateux pathologique sous jacent et, ainsi, réduire la morbidité et la mortalité.**

Les programmes de prévention secondaire comportent un examen clinique, des recommandations diététiques, un traitement agressif des FR (lipides, tabac, hypertension, poids et diabète), des conseils psychosociaux et d'intégration professionnelle, ainsi que des conseils sur l'activité physique et l'entraînement. En plus de la prescription de médicaments cardio-protecteurs dont l'efficacité dans la prévention secondaire a été prouvée par la médecine factuelle (« evidence based medicine »).

Il s'agit d'une définition complexe qui, en fait, englobe la quasi totalité de ce que l'on peut faire pour améliorer le pronostic des patients cardiaques. Les conseils pour une activité physique régulière et les recommandations d'entraînement ne sont que des éléments parmi beaucoup d'autres. Souvent l'activité physique et l'entraînement sont considérés comme des surplus qui s'ajoutent au traitement médicamenteux ainsi qu'au régime, et contribuent à augmenter non seulement le nombre des années, mais surtout **la qualité de vie des années ajoutées.**

Au sein des groupes sportifs pour cardiaques, le sport joue, historiquement parlant, le rôle primordial, mais les autres facteurs de la prévention ne sont pas négligés pour autant. Même si la première mission du mouvement sportif pour cardiaques a été de permettre aux patients cardiaques la pratique de sports bien adaptés de façon durable, si possible jusqu'à la fin de leur vie, tous les autres éléments de la prévention secondaire sont également pris en considération.

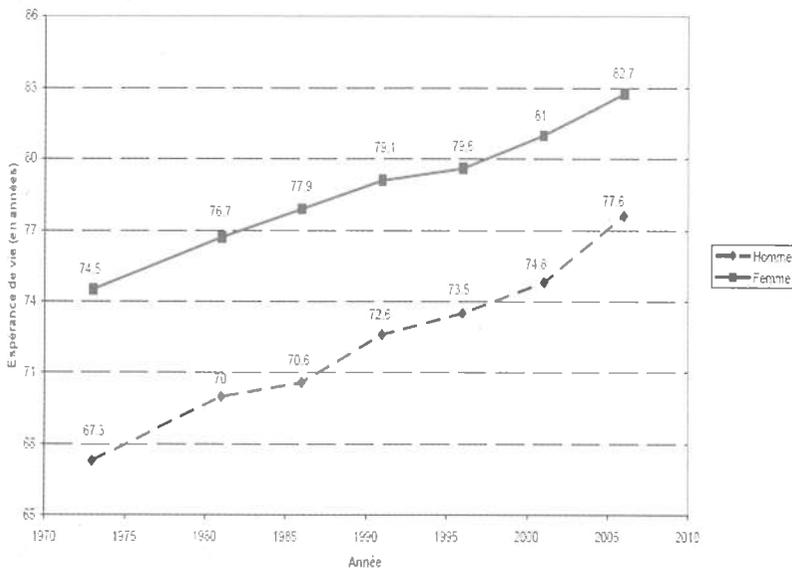
2. Le problème de la durabilité de la prévention cardiaque

En analysant les progrès formidables de la cardiologie récente, on aurait tendance à croire que l'amélioration du pronostic est en premier lieu imputable aux nouvelles thérapies invasives c.-à-d. les opérations de pontage et les dilatations coronariennes. Cependant, la recherche épidémiologique récente, moyennant des techniques statistiques très poussées, a pu montrer que ces progrès thérapeutiques sont dus seulement pour la moitié au progrès du traitement invasif et pour l'autre moitié à l'intervention au niveau des FR. En d'autres mots, les FR sont effectivement une cible thérapeutique très importante et prioritaire. En revenant aux guidelines et aux analyses critiques sur les effets concrets de la « rééducation comprehensive », on peut conclure que, malgré des résultats partiellement acceptables, il reste beaucoup de travail à faire. Dans le contexte de l'attente de vie qui augmente, on va avoir beaucoup plus de cardiaques âgés car cette amélioration de la survie entraîne un déplacement des problèmes vers un âge plus élevé. Dans le même ordre d'idées, on comprend pourquoi le nombre d'hospitalisations pour problèmes cardiaques et de patients en insuffisance cardiaque est en train d'augmenter considérablement, entraînant une énorme hausse du coût pour les assurances de maladie et les systèmes sociaux.



Graphique 3 Evolution de l'espérance de vie à Luxembourg STATEC6/2008

Graphique 1 - Evolution de l'espérance de vie à la naissance



Sur le graphique 3, on voit l'augmentation de l'attente de vie continue que nous sommes en train de vivre et qui est en toute première ligne due aux progrès dans la cardiologie.

Au Luxembourg, l'âge moyen est actuellement de 81 ans pour les femmes et de 78 pour les hommes.

Un des moyens les plus efficaces et les moins onéreux pour combattre le problème est la rééducation par le sport. Les responsables de la section prévention et réhabilitation de la Société européenne de cardiologie en sont pleinement conscients et ils font un plaidoyer en faveur de la création de **centres de prévention primaire et secondaire** permettant d'appliquer les guidelines de façon plus efficace et surtout pendant une période beaucoup plus longue. Même s'ils accordent une petite mention aux groupes sportifs pour cardiaques dans leurs analyses, on a l'impression qu'ils sous-estiment les possibilités de ces derniers.

Dans les guidelines actuelles, les groupes sportifs pour cardiaques ne sont plus mentionnés du tout. Ceci est

regrettable car le mouvement du sport ambulatoire pour cardiaques dispose d'une expérience pratique de plus de 40 ans et pourrait offrir un élément qui, selon toutes les guidelines, fait cruellement défaut dans la réhabilitation des cardiaques, c.-à-d. que **l'intervention soit durable à long terme.**

Des analyses critiques concernant l'efficacité de la prévention et de la réhabilitation montrent que beaucoup de patients candidats ne participent pas du tout à une rééducation ou bien pendant une période trop courte.

Pour le Grand-Duché de Luxembourg, la situation générale concernant la rééducation cardiaque est assez favorable, et on peut estimer que **70-80% de tous nos patients subissent une rééducation.** En effet, depuis une bonne dizaine d'années, **la rééducation ambulatoire intra-hospitalière phase 2, est en progression constante.** Plusieurs cliniques grand-ducales ont mis sur pied une rééducation ambulatoire pour les patients récemment hospitalisés et elles ont suivi l'exemple du Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL) qui, depuis 30 ans, dispose d'un tel service. Le Centre Hospitalier Emile Mayrisch d'Esch/Alzette (CHEM), le Centre Hospitalier du Kirchberg et le Centre Hospitalier du Nord d'Ettelbruck ont créé de tels services. A part les patients, souvent plus jeunes, qui font une telle rééducation ambulatoire, il y a un assez grand nombre de patient(e)s souvent plus âgé(e)s nécessitant une infrastructure hospitalière complète, qui sont transféré(e)s dans des cliniques spécialisées pour y subir une rééducation dite stationnaire.

3. Analyse critique du sport pour cardiaques à Luxembourg

Depuis le début de l'ALGSC, les responsables n'ont pas hésité à se mettre en question. Tous les 5 ans, lors des journées du sportif cardiaque, des analyses critiques ont été réalisées.

En résumant la **situation de l'ALGSC en 2010**, on peut dire, après une activité de 25 ans, que le but primaire qui était d'offrir aux patients cardiaques luxembourgeois un forum pour un entraînement physique adapté et contrôlé, a été atteint. Dans les 3 grandes régions du secteur médical luxembourgeois, il existe maintenant, en parallèle avec les services de rééducation ambulatoires de phase 2, **une section régionale de sport pour cardiaques (centre, sud et nord)** car en 2001, la section nord d'Ettelbruck de l'ALGSC a été fondée et elle a connu un développement spectaculaire. Un grand nombre de patients y participent, et on y offre 4 disciplines sportives différentes. Un élément clef du succès d'Ettelbruck est l'engagement de **tout un groupe de cardiologues** qui y envoient leurs patients de façon systématique, et leur engagement pourra servir de modèle aux autres sections. En effet, dans la région centre il y a une clinique très active et deux autres qui le sont nettement moins, et dans la région sud, qui, concernant le potentiel en patients est certainement la plus importante, il n'y a qu'un seul cardiologue très actif.

Ceci explique en grande partie pourquoi le but d'inclure un grand pourcentage de patients cardiaques luxembourgeois, susceptibles de participer aux activités sportives, n'a pas été atteint. D'un autre côté il faut souligner dans ce contexte **que l'entraînement physique constitue l'élément le plus dur de la rééducation cardiaque**. En effet, il est beaucoup plus simple de prendre tous les jours plusieurs médicaments pour diminuer le taux de cholestérol ou la tension artérielle, que de se déplacer et pratiquer un sport.

L'avènement des **centres de rééducation ambulatoire phase 2** dans plusieurs cliniques luxembourgeoises, qui, en principe, constitue une évolution très favorable, est devenu une arme à double tranchant pour les groupes sportifs pour cardiaques. Alors que ces centres de phase 2 pourraient être une excellente méthode de recrutement pour les groupes sportifs, on n'en a pas su tirer le bénéfice escompté. Une des explications pour cela est que les programmes de phase 2 sont individualisés et la prise en charge des patients y est

personnalisée. Alors que l'entraînement en groupe était moderne jusqu'il y a 20 ans, le sport pour cardiaques subit aujourd'hui les changements observés au niveau de tout le mouvement du sport loisir c.-à-d. une nette tendance vers l'entraînement personnel, si possible sur machines dans une salle de fitness. Une partie non négligeable de patients cardiaques optent pour cette filière, mais, malheureusement, faute de motivation, la **majorité des patients va arrêter** tout simplement les activités sportives.

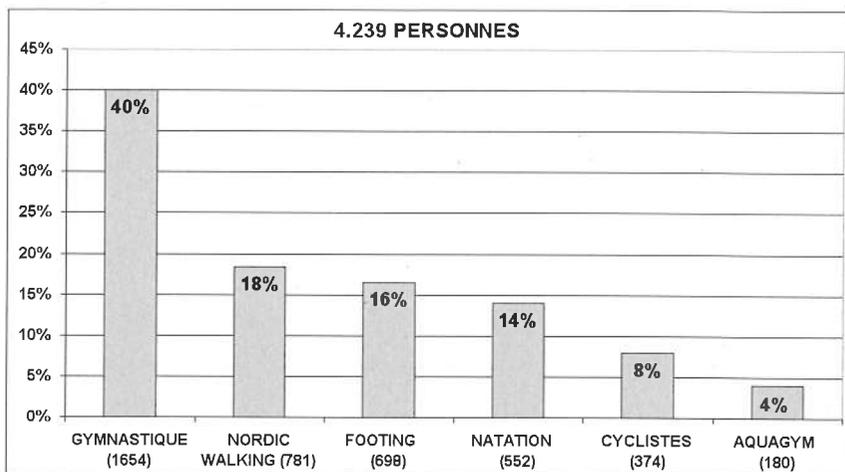
En analysant les chiffres du Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL) où chaque année environ 200 patients suivent une rééducation ambulatoire phase 2, on compte en moyenne seulement 12 nouvelles recrues par an pour la section Luxembourg, c.-à-d. **seulement 6 % de candidats** potentiels vont adhérer au groupe sportif pour cardiaques. En d'autres mots, **il y a un vrai déséquilibre entre les phases 2 et 3 de la rééducation cardiaque**. Pour rappel : la phase 2 s'étend jusqu'à la 12e semaine après un événement cardiaque aigu et la phase 3, la phase chronique se poursuit, théoriquement, jusqu'à la fin de la vie.

4. Modèle Luxembourgeois : les groupes sportifs, centres de prévention

Le mouvement du sport pour cardiaques luxembourgeois qui, au départ, a imité le modèle allemand, a développé assez rapidement son propre style et pour expliquer cela il y a plusieurs raisons : 1) Contrairement au modèle allemand les activités pour nos sportifs pour cardiaques ne sont pas limitées dans le temps. Notre modèle de financement direct par le ministère de la santé nous permet d'offrir à nos sportifs une activité à vie. 2) Les 3 sections régionales de l'ALGSC sont affiliées à un centre cardiologique régional et elles sont dirigées par des cardiologues expérimentés qui connaissent leurs patients (les sportifs). Ces cardiologues sont directement impliqués dans l'organisation des groupes qui, en Allemagne, sont organisés, indépendamment de services cardiologiques, par différents clubs sportifs et financés par les caisses de maladie. 3) A partir de 1990 on a élargi la palette de nos

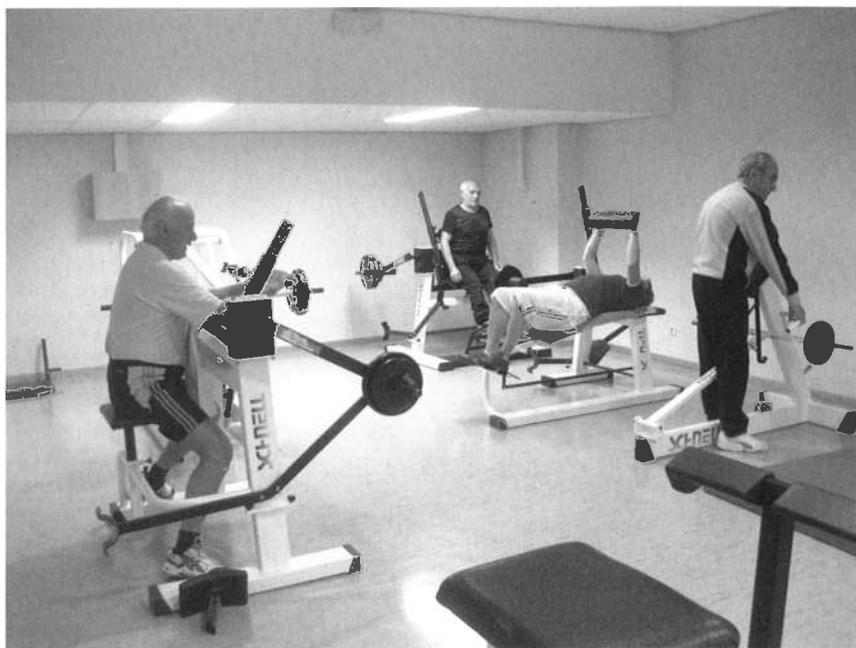
activités sportives en ajoutant d'abord la natation, ensuite le cyclisme et la marche, à partir de 2001 le nordic walking et à partir de 2005 l'aquagym. 4) Les 3 sections disposent de très bonnes structures organisationnelles. Celles-ci sont assurées par les patients eux-mêmes qui constituent **le comité central et les comités régionaux**. Ces gens bénévoles sont en fait les **pilliers du succès depuis 25 ans**.

Graphique 4 : Activités sportives de la section Luxembourg en 2009



Les activités sportives ont changé fondamentalement depuis une quinzaine d'années. S'il est vrai que les séances hebdomadaires de gymnastique restent l'activité la plus fréquente, 40 % de toutes les séances, les autres activités sportives font 60 % des séances totales.

Dans la **section centre**, il y a actuellement, en **2010**, 90 sportifs actifs régulièrement : 65 font de la gym dont 15 font également du nordic walking, 14 du cyclisme, 14 de la natation et 5 de l'aquagym. 8 sportifs du centre ne pratiquent que la natation et 8 également que du nordic walking, la plupart pour des raisons orthopédiques.



Plus de la moitié des sportifs pratiquent au moins, de façon régulière, deux fois par semaine, une douzaine ont 3, voire 4 disciplines par semaine.

Parmi ces 90 sportifs «réguliers», 12 pratiquent depuis plus de 10 ans, 24 depuis plus de 5 ans et 18 depuis plus de 3 ans.

Au fil des années s'est développé un groupe de sportifs très actifs, remplissant les critères sévères des sociétés savantes pour l'activité physique. De surcroît, la plupart de nos sportifs pratiquent également en dehors de l'ALGSC.

En considérant la durée des activités, on constate que 70 % remplissent également le critère sévère, et difficile à réussir, de la durabilité.

Lors des analyses précédentes notre ambition principale a été surtout le nombre de **nouveaux** sportifs. Au vu du nombre de patients qui subissent une rééducation phase 2, ce nombre devrait se situer, rien que pour le CHL (200 patients/an en phase 2), entre 50-80 nouvelles recrues pour les groupes sportifs pour cardiaques par an. En considérant qu'il n'y a que 10-12 nouveaux sportifs/an, on est donc très loin de ce chiffre.

Reste, en plus, le problème que certains groupes de patients sont sous-représentés ; seulement 15% de nos actifs sont des femmes et il y a seulement 2 sportifs d'origine portugaise parmi globalement 35 % de résidents non Luxembourgeois.

Pendant les 25 ans écoulés, on a organisé, à un rythme régulier, **un grand nombre de conférences**, surtout sur les FR et la nutrition, mais aussi sur les différentes pathologies cardio-vasculaires et les nouveautés thérapeutiques. A part cela on a offert des cours pratiques de diététique et des cours de premier secours pour les patients et leurs partenaires. La fréquentation de ces organisations était globalement excellente, permettant de conclure qu'il y a un vrai besoin dans le domaine. Très souvent les conjointes (conjoints), et

les anciens sportifs cardiaques, qui pour la plupart, restent des membres dits « non-actifs », se sont associés à ces manifestations. Même si on n'a pas un niveau de clinique ou de centre spécialisé, on a su offrir à nos sportifs une **éducation valable**. Notre expérience de 25 ans permet de conclure qu'il y a un vrai besoin dans le domaine.

5. En résumé

Pendant les 15 premières années de notre activité on poursuivait surtout le but de faire rentrer un maximum de patients au sein de l'ALGSC. Au fil du temps, nous avons changé, sans nous en rendre compte et sans l'avoir planifié au départ, en un cercle de sportifs cardiaques, très appliqués et disciplinés à long terme. Il y a eu un vrai **changement de paradigme** qu'on pourrait résumer simplement en disant qu'on **travaille dans la qualité plutôt que dans la quantité**. Dans ce contexte, il est important de souligner qu'on n'est vraiment pas un cercle fermé et que nos portes restent grandes ouvertes à de nouveaux membres.

Au Grand-Duché les adhérents aux groupes ne sont certes pas assez nombreux, mais ils/elles sont fidèles et assidu(e)s. Il s'agit d'une **sélection positive** de patients très conformes aux prescriptions (« compliant »), qui, hélas, constituent une **minorité parmi les nombreux patients cardiaques**.

Tout compte fait, on peut être fier après 25 ans d'activités. **Le modèle luxembourgeois du sport pour cardiaques a** atteint un grand nombre des critères stipulés par les autorités pour les centres de prévention. Dans les années à venir, on essayera de continuer dans la même voie et d'améliorer encore les structures organisationnelles, entre autres pour organiser des séances d'information concernant les FR de façon plus systématique. Une condition sine qua non, pour réussir, sera de trouver assez de bénévoles pour assurer le travail au sein des comités. Nous espérons également trouver de jeunes cardiologues, kinésithérapeutes, infirmiers et infirmières pour compléter nos équipes multidisciplinaires.