

Les Programmes Santé de **mon stade** destinés aux personnes atteintes de maladies chroniques ont pour objectifs d'intervenir de façon personnalisée, précise et efficace en faveur de :

- L'amélioration des paramètres de condition physique,
- La prévention du risque de complications et de rechute,
- L'amélioration des indicateurs santé,
- L'amélioration de la qualité de vie,

Avec l'accord préalable de l'Adhérent (ci-après « le patient »), cette prise en charge se fait en relation avec le médecin traitant désigné par ses soins.

Dans le cadre des procédures **mon stade**, l'équipe médicale et sportive n'intervient jamais, sauf situations d'urgence, dans les décisions diagnostiques et thérapeutiques qui restent de la seule compétence du médecin traitant.

Rédaction : Equipe médicale **mon stade**

Relecture : Pr. François Carré, Cardiologue / CHU de Rennes

Effets de l'activité physique sur la pathologie

EN PREVENTION PRIMAIRE COMME DANS LE TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE, Y COMPRIS EN TANT QU'ADJUVANT AUX THERAPEUTIQUES MEDICAMENTEUSES, L'EFFICACITE DE L'ACTIVITE PHYSIQUE REGULIERE ET ADAPTEE EST RECONNUE ET VALIDEE.

L'insuffisance cardiaque se caractérise par une incapacité du myocarde à délivrer un débit cardiaque adapté aux besoins de l'organisme et qui, en l'absence de traitement, évolue progressivement vers une maladie de l'organisme avec une perte des capacités de dilatation des vaisseaux et du fonctionnement des muscles. Ceci explique pour une grande part les deux symptômes prédominants de l'insuffisance cardiaque que sont l'essoufflement et la fatigue musculaire à l'effort. Les causes d'insuffisance cardiaque sont très nombreuses mais les plus fréquentes sont l'insuffisance coronaire, les maladies valvulaires et une dilatation cardiaque sans étiologie évidente.

L'ACTIVITE PHYSIQUE AMELIORE LES SYMPTOMES, LES CAPACITES PHYSIQUES, LA QUALITE DE VIE ET DIMINUE LE RISQUE DE MORBIDITE ET DE MORTALITE DES PATIENTS ATTEINTS D'INSUFFISANCE CARDIAQUE, MEME POUR LES PLUS SYMPTOMATIQUES.

Il est démontré que des patients insuffisants cardiaques participant à divers programmes d'activité physique et sportive de type aérobie (majoritairement) et résistance, suivis sur une durée de 2 ans, ont un risque de mortalité, de morbidité et d'hospitalisation nettement moindre par rapport aux patients inactifs¹. A l'inverse, il est bien établi que la mise au repos des patients insuffisants cardiaques augmente le risque de mortalité en même temps que le déconditionnement physique, composante inhérente à cette maladie évolutive.

LES EFFETS POSITIFS DE L'ACTIVITE PHYSIQUE, DE TYPE FRACTIONNEE ET A INTENSITE PROCHE DU MAXIMUM SONT AUSSI RECONNUS POUR LE PATIENT INSUFFISANT CARDIAQUE².

Critères spécifiques de prise en charge à mon stade

INCLUSION DES PATIENTS DANS LE PARCOURS MON STADE

mon stade prend en charge des patients atteints d'insuffisance cardiaque de stade I à II traités et stables du point de vue symptomatique.

Le stade II est défini selon la classification de référence actuelle de la New York Health Association (NYHA) avec au maximum : absence de tachycardie et de symptomatologie au repos et absence de sub-œdème pulmonaire.

Ces patients doivent avoir bénéficié d'un programme de réentraînement physique et d'éducation thérapeutique à l'occasion d'un séjour en réadaptation cardiovasculaire³.

Le caractère de stabilité est objectivé par un test d'effort réalisé au préalable par un cardiologue en milieu hospitalier. Ce dernier vérifie l'absence de symptomatologie cardiovasculaire jusqu'à l'effort maximal toléré par le patient.

Cette stabilité est confirmée par l'absence de symptomatologie dans la vie quotidienne mais aussi par un traitement efficace à posologie constante et sans effet secondaire majeur.

Il est indispensable, pour espérer des effets positifs durables de l'exercice physique, qu'une prise régulière du ou des médicaments antihypertenseurs prescrits par le médecin traitant soit effective en parallèle du programme.

EVALUATION DE LA CONDITION PHYSIQUE

Les Programmes Santé proposés par mon stade s'appuient sur un Bilan complet de condition physique.

Il est réalisé dans le Laboratoire mon stade, à partir de technologies et de techniques validées, performantes en termes d'exactitude et de reproductibilité, et sous surveillance médicale.

5 étapes d'évaluation complémentaires permettent de recueillir et d'analyser les déterminants et indicateurs utiles à la planification de l'entraînement : analyse de profil, atelier capacités

¹ Piepoli MF et al. Exercise training meta-analysis of trials in patients with chronic heart failure (ExTraMATCH). BMJ 2004;328:189-92.

² Smart NA et al. Intermittent versus continuous exercise training in chronic heart failure: a meta-analysis. Int J Cardiol 2013;166:352-8.

³ Jourdain P et Jullière Y. Éducation thérapeutique du patient atteint d'insuffisance cardiaque chronique : proposition d'un programme structuré multiprofessionnel par la Task Force française sur l'Éducation Thérapeutique dans l'Insuffisance Cardiaque sous l'égide de la Société Française de Cardiologie. Arch Cardiovasc Dis 2011;3:1-14.

cardiorespiratoires, atelier capacités musculaires, atelier souplesse et proprioception, atelier composition corporelle.

Pour le patient insuffisant cardiaque le test cardiorespiratoire⁴ est réalisé sur cyclo-ergomètre (vélo fixe). Le vélo fixe est le moyen le plus efficace d'avoir un enregistrement d'électrocardiogramme de dépistage et de contrôle de la tolérance cardiaque à l'effort avec peu de parasitage même aux derniers paliers d'exercice.

Réalisé sous traitement, le test est surveillé cardiologiquement et mené aux limites individuelles du sujet. Outre la surveillance clinique, l'électrocardiogramme est surveillé en continu à la recherche d'éventuels troubles du rythme ou de repolarisation.

La pression artérielle mesurée à la fin de chaque palier d'effort est aussi surveillée.

- ➔ Si le patient présente des signes cliniques de mauvaise tolérance, un niveau de dyspnée anormal, une tachycardie inadaptée, des troubles du rythme cardiaque, une douleur thoracique, une désaturation en O₂ < 80% mesurée par saturométrie digitale (SpO₂), une absence d'élévation ou une baisse de la pression artérielle à l'effort : le test est alors arrêté immédiatement.

Les tests musculaires analytiques sont importants pour quantifier le degré de déconditionnement musculaire périphérique, composante fréquente de la maladie.

PLANIFICATION DE L'EXERCICE PHYSIQUE

Pour adapter l'entraînement et son suivi, il est important de connaître l'étiologie et le retentissement myocardique, respiratoire et musculaire périphérique de la pathologie en cause de l'insuffisance cardiaque ainsi que les comorbidités associées.

Le premier critère à rechercher est la parfaite tolérance clinique, tensionnelle, électrocardiographique et saturométrique.

La programmation de l'exercice doit particulièrement être progressive et adaptée à la symptomatologie.

En respectant cette condition, il n'y a aucune contre-indication à faire progresser le patient stable dans l'intensité (exercice intermittent) et sur les temps de soutien de cette intensité (durée d'exercice).

Le travail de renforcement musculaire est réalisé en dynamique (pas de statique).

La progression des séances est validée par une bonne tolérance clinique et tensionnelle à l'effort. Cette surveillance est plus importante lors des phases de progression de l'intensité du travail.

STAGES D'ENTRAÎNEMENT

Toute séance encadrée assure la sécurité de l'entraînement afin de limiter au maximum les risques d'effets indésirables.

Echauffement

Le patient cardiaque doit réaliser un échauffement progressif sur 20 minutes.

L'échauffement fait partie intégrante des séances d'entraînement mon stade. Il se réalise à une intensité faible. Cette phase est indispensable pour permettre une parfaite adaptation cardiorespiratoire et musculaire périphérique à l'entraînement physique. Elle permet en particulier d'obtenir une bonne

⁴ mon stade réalise tous ses tests cardiorespiratoires à partir d'une épreuve d'effort triangulaire maximale (par paliers d'intensité croissante), avec mesure des échanges gazeux, sous contrôle électrocardiographique et tensionnel.

vasodilatation artérielle grâce à un relâchement complet des résistances vasculaires périphériques notamment coronariennes.

L'augmentation progressive de la Fréquence Cardiaque (FC) lors d'un échauffement prolongé permet aussi de maintenir une bonne perfusion coronaire.

Corps de séance

Pour le patient insuffisant cardiaque, le corps de séance n'est en soi pas différent des principes directeurs appliqués par **mon stade**.

Chaque séance de 1 heure 30 minutes consiste en un circuit associant des exercices d'intensités et de durées variées, déterminées à partir des capacités maximales individuelles évaluées lors du Bilan et alternant travail cardiorespiratoire et renforcement musculaire à l'aide d'appareils d'entraînement (tapis de course, presses, etc.) et de petit matériel (ballons, élastiques, etc.).

Une vigilance particulière est apportée sur les contrôles avant, pendant et après la séance.

Avant les séances d'entraînement : Le stade du sujet selon la classification de la NYHA sera noté. L'exercice physique sera contre-indiqué en cas de stade NYHA > II.

Tolérance à l'effort : L'attention porte sur d'éventuels signes d'intolérance clinique, d'un malaise, d'une dyspnée anormale, qui amènera à un examen médical avec mesure de la pression artérielle, de la SpO₂, à la réalisation d'un électrocardiogramme.

Toute constatation d'intolérance clinique et/ ou tensionnelle à l'effort nécessite de revenir à l'intensité précédente, bien tolérée et de réadapter la progression du plan d'entraînement.

Récupération

La récupération fait partie intégrante des séances d'entraînement **mon stade**. Elle se réalise à une intensité faible. Cette phase est indispensable pour permettre un bon relâchement musculaire en fin de séance.

ENTRAÎNEMENT EDUCATIF

Les séances d'entraînement à **mon stade** ont un objectif éducatif, visant à faire acquérir aux patients des connaissances et des compétences sur leur pathologie et les relations avec l'activité physique et sportive.

Qu'est-ce que une activité physique et sportive adaptée ?

Pratiquer selon une fréquence, une intensité, un temps, un type.

Pourquoi pratiquer une activité physique et sportive ?

Améliorer les symptômes de la maladie (fatigue, essoufflements, perte de masse musculaire), réduire les risques de complications (hospitalisations), améliorer la qualité de vie.

Quelles sont les conduites à tenir pour avoir des effets bénéfiques ?

Entretenir ou développer ses capacités cardiorespiratoires et musculaires, équilibrer son alimentation, réduire ou stopper la consommation de tabac, prendre son traitement.

Y a-t'il des précautions particulières à prendre ?

Ne pas fumer 2 heures avant ni 2 heures après l'exercice si l'on est fumeur, s'hydrater, contrôler la saturation en oxygène et la pression artérielle avant et pendant un effort, respecter les phases d'échauffement et de récupération, ne pas bloquer la respiration à l'effort, signaler tout symptôme qui semblerait inhabituel (douleur dans la poitrine, malaise, essoufflement anormal, palpitations) survenant à l'effort ou juste après l'effort.