

Les maladies cardiaques sont l'une des principales causes de décès au Canada; au moins un facteur de risque de maladies cardiovasculaires est présent chez environ 90 % des Canadiens¹. La physiothérapie fait partie intégrante d'une réadaptation cardiovasculaire (RC) efficace. Le traitement par un physiothérapeute a des effets considérables sur la fonction physique et sur la qualité de vie (QV) globale des personnes souffrant d'une maladie cardiaque.

Rôle de la physiothérapie dans la réadaptation cardiovasculaire (RC)

La RC est une intervention effectuée par une équipe, qui fait appel à des composantes physique, psychosociale et éducative afin d'améliorer les résultats chez les patients à la suite d'une crise cardiaque. Le physiothérapeute joue en rôle central dans les composantes physique et éducative des programmes de RC. Il prescrit des programmes d'exercice personnalisés et contribue aux changements dans le mode de vie, notamment pour la cessation de fumer, associés aux programmes d'éducation.

Les programmes de RC sont offerts dans les établissements publics ou communautaires, et à domicile. Ces programmes, au cœur desquels s'inscrit la contribution du physiothérapeute, sont extrêmement efficaces pour améliorer les résultats de santé des individus¹.

Effets sur le cheminement du patient

La participation du physiothérapeute à la prestation des programmes de RC aide le patient à mieux se conformer aux directives et contribue à de meilleurs résultats pour la santé des participants¹.

- Les programmes de RC peuvent être offerts à domicile ou dans un établissement de soins; ces deux modèles sont tout aussi efficaces pour l'amélioration des résultats en ce qui concerne la santé des patients².
- La physiothérapie en RC offre des soins personnalisés qui permettent des améliorations de la fonction physique et psychosociale et assurent un taux élevé de satisfaction chez le patient³.
- Les physiothérapeutes aident la transition de l'hôpital vers les services communautaires permanents, ce qui améliore le cheminement de chaque patient dans le processus de soins à la suite d'une crise cardiaque¹.

Effets sur la santé de la population

La RC réduit de 15 à 25 % les risques de décès causé par une maladie cardiaque et de mortalité en général, en plus de prévenir les problèmes aigus au fil du temps⁴.

- La physiothérapie favorise l'engagement social, l'adoption de comportements sains et aide à la mise en place de stratégies d'autogestion qui permettent d'améliorer la QV⁵.
- La participation à un programme de RC à la suite d'une crise cardiaque réduit les taux d'hospitalisation⁴.
- La RC améliore la QV, le taux de tabagisme, la tension artérielle systolique, le contrôle du poids et le cholestérol total, réduit la dépression et améliore le taux d'activité physique^{2,6,7}.



Effets sur les coûts des soins de santé

Il est démontré que les programmes de RC qui comportent un physiothérapeute peuvent amener des économies estimées à 4 950 \$ par année de vie sauvée (2 193 \$ - 28 193 \$) et de 12 000 \$ par année de vie gagnée (668 \$ - 16 118 \$)⁸.

- Sur trois mois, les programmes réguliers de RC sont plus rentables que les soins habituels⁹.
- Pour les patients stables, les programmes de RC à domicile sont une solution peu coûteuse de remplacement aux programmes en établissement hospitalier⁶.
- Les coûts d'un programme de RC par patient sont considérablement plus bas que ceux des autres interventions, y compris la pharmacothérapie, et ils permettent aussi d'augmenter le nombre d'années-personne sans invalidité gagné¹⁰.

En résumé

Les programmes de RC qui comprennent de la physiothérapie constituent une intervention à faible risque qui met l'accent sur l'exercice, l'éducation et les modifications aux habitudes de vie. La RC augmente le niveau d'activité physique à la suite d'une crise cardiaque et favorise l'adoption de comportements sains, ce qui conduit à une diminution des taux d'hospitalisation, des accidents cardiaques subséquents et de la mortalité. Les programmes de RC sont rentables dans tous les modèles de prestation de soins et ont des effets appréciables sur la QV.

Références :

1. *Valuation of Physiotherapy Services in Canada; CPA report using MCDA analysis for determining value of physiotherapy services*; Mitton G; Dionne F. 2012.
2. Steinacker JM, Liu Y, Muche R, Koenig W, Imhof A, Kropf C, Brandstetter S, Schweikert B, Leidl R, Schiefer DH. *Long term effects of comprehensive cardiac rehabilitation in an inpatient and outpatient setting*. *Swiss Med Weekly*. 2011; 6 janv;140:w13141. doi : 10.4414/smww.2010.13141.
3. Würgler MW, Sonne LT, Kilsmark J, Voss H, Sogaard J. *Danish heart patient's participation in and satisfaction with rehabilitation*. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2012;40(2):126-32.
4. Heran BS, Chen JM, Ebrahim S, Moxham T, Oldridge N, Rees K, Thompson DR, Taylor RS. *Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease*. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;6(7):CD001800.
5. Duarte Freitas P, Haida A, Bousquet M, Richard L, Mauriège P, Guiraud T. *Short term impact of a 4 week intensive cardiac rehabilitation program on quality of life and anxiety-depression*. *Annals of Physical Rehabilitation Medicine*. 2011;54(3):132-43.
6. Clark AM, Haykowsky M, Kryworuchko L, MacClure T, Scott J, DesMeules M, Luo W, Liang Y, McAlister FA. *A meta-analysis of randomized control trials of home based secondary prevention programs for coronary artery disease*. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*. 2010;17(1):261-70.
7. Müller-Riemenschneider F, Damm K, Meinhard C, Bockelbrink A, Vauth C, Willich SN, Greiner W. *Evaluation of medical and health economic effectiveness of non-pharmacological secondary prevention of coronary heart disease*. *GMS Health Technol Assess*. 2009; 14 déc.;5 : doc no 16.
8. Papadakis S, Reid RD, Coyle D, Beaton L, Angus D, Oldridge N. *Cost effectiveness of cardiac rehabilitation program delivery models at varying cardiac risk, reason for referral and sex*. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*. 2008;15(3) : 347-53.
9. Papadakis S, Oldridge NB, Coyle D, Mayhew A, Reid RD, Beaton L, Dafoe WA, Angus D. *Economic evaluation of cardiac rehabilitation: a systematic review*. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*. 2005;12(6):513-20.
10. Oldridge N, Furlong W, Perkins A, Feeny D, Torrance GW. *Community or patient preferences for cost-effectiveness of cardiac rehabilitation: does it matter?* *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*. 2008; 15(5) : 608-15.

La valeur des services de soins de santé va plus loin que leur seule rentabilité. La qualité de vie, l'accessibilité et la continuité des soins de même que l'intégration de ces services constituent des notions tout aussi importantes lorsque le concept de valeur est considéré dans une perspective plus large.