

Optimiser la réadaptation cardiovasculaire : Étude des facteurs d'adhésion et des perspectives soignantes à Lausanne

Noah Bubenzer, Léo Hirschi, Samia Maaroufi, Luca Portuesi, Nathan Stoffels, Gauthier Verhulst

Introduction

La santé cardiovasculaire est une thématique qui prend une importance fondamentale dans notre société. Le vieillissement de la population ainsi que l'augmentation de l'incidence de l'infarctus du myocarde en sont les témoins [1]. Le point important de ce suivi est la réadaptation cardiovasculaire, les presque 20'000 personnes ayant eu un infarctus chaque année en Suisse [1] pourraient en bénéficier pour se remettre en forme, gérer leurs facteurs de risque et reprendre confiance en eux. Cette réadaptation comprend trois étapes principales :

La mobilisation précoce en hôpital, la réadaptation ambulatoire ou stationnaire après leur sortie et finalement une réadaptation au long cours dans un groupe cardio. [2]

L'efficacité de ce programme pour améliorer le pronostic d'un patient ayant fait un infarctus ne laisse aucun doute [3] et la qualité de vie des patients qui l'ont suivi s'en trouve grandement améliorée [2]. Cependant l'adhésion à ce programme reste très limitée (1/3) [3] chez les patients traités après un infarctus du myocarde dans différents pays, sans épargner la Suisse et Lausanne.

Notre travail se penche donc sur ce paradoxe entre une efficacité remarquable et un manque d'adhésion de la part des patients. Ces observations nous ont finalement poussés à essayer d'identifier les différentes raisons qui pourraient en être l'origine, et proposer une optimisation. Nous nous focaliserons sur les déterminants psychosociaux de la santé en essayant de répondre à notre question de recherche, qui est :

Quels sont les déterminants non biomédicaux de l'adhésion au programme de réadaptation cardiaque chez les patients post-infarctus participant à un programme de réadaptation cardiaque à Lausanne et comment l'optimiser ?

Méthode

Le principal objectif de ce travail est donc d'identifier les déterminants de l'adhésion des patients au programme d'activité physique dans un contexte de réadaptation cardiaque. Ainsi que d'investiguer la pratique des centres médicaux lausannois et mettre en évidence ces facteurs en proposant des pistes d'amélioration.

Nous avons débuté notre travail avec une revue de la littérature afin d'évaluer le niveau de connaissance et l'intérêt prêté au sujet. Sur cette base nous avons créé des guides d'entretien adaptés à chaque personne que nous allions interroger sur ce sujet.

La nature de notre question de recherche appelant une démarche qualitative, la collecte de données s'est appuyée sur la réalisation de neuf entretiens semi-directifs avec des personnes issues de diverses professions touchant à notre sujet. Nous avons pu interroger un médecin généraliste, un cardiologue, un responsable des sports de la ville, un responsable d'association, une infirmière à domicile, un physiothérapeute, un maître de sport, un préparateur physique, ainsi qu'une diététicienne.

Ces interviews ont été enregistrées puis retranscrites avant d'être analysées par nos soins, afin de rassembler tous ces différents points de vue et d'en dégager les idées principales.

Résultats

Selon la revue de littérature, l'âge, le genre et le statut de retraité des patients sont des facteurs centraux, et le profil des patients adhérents semblerait stéréotypé. [3] En effet, les femmes ainsi que les personnes âgées [3] présentent dans ces études un taux d'adhésion plus faible. Les contraintes logistiques, le soutien social ainsi que le niveau socio-économique [3] sont également des facteurs mentionnés dans ces études. Une limitation de notre revue de littérature est qu'elle ne prend pas entièrement en compte les spécificités suisses.

La partie intéressante réside dans l'analyse de nos entretiens avec des professionnels. Nous avons identifié 3 principaux freins à l'adhésion des patients.

Premièrement, des **facteurs liés au système de santé**. En Suisse l'accessibilité à la réadaptation est relativement bonne, mais on observe une dichotomie entre les soins aigus et long terme, ce qui fragilise la transition des patients vers la réadaptation cardiaque. À noter que la phase 2 de réadaptation est prise en charge par l'assurance de base alors que la phase 3 (groupe cardio) n'est que prise en charge par certaines assurances complémentaires.

Deuxièmement, les **facteurs psychosociaux et environnementaux**. Les patients ayant un niveau socio-économique plus élevé sont dans certains cas plus susceptibles de remettre en question les recommandations médicales et de s'informer activement à partir d'autres sources. En revanche, les patients avec des revenus plus modestes peuvent parfois être plus hésitants envers certaines recommandations. Les moyens de transport et les distances à parcourir pour atteindre les centres n'ont pas été relevés comme des facteurs influençant significativement l'adhésion.

Troisièmement, toutes les personnes interviewées, peu importe leur domaine, s'accordent à dire que le **manque d'information et de promotion** est le point le plus important qui explique selon eux ce manque d'adhésion, certains patients ayant par eux même demandé à leur médecin de participer à ce programme. Le point le plus important de cette promotion étant de favoriser la transition entre l'hospitalisation et la réadaptation.

Discussion et conclusion

Après notre immersion communautaire réalisée à travers ces différents entretiens, nous avons pu confronter les éléments trouvés dans la littérature avec la réalité du terrain à Lausanne. Toutes ces interviews et ces différents points de vue ont permis de répondre à certaines questions qui demeurent sans réponse dans la littérature. L'idée principale que nous souhaitons relever est le manque de communication et de promotion au sujet de ce programme de réadaptation. En effet, comme nous l'avons mentionné plus haut, la plupart des patients qui ont accès à ce programme y adhèrent très bien malgré les possibles difficultés relevées par la littérature mentionnées précédemment. Certains patients ont même pris l'initiative de demander à leur médecin de pouvoir réaliser ce programme.

Ces exemples traduisent ce problème principal qu'est le manque de promotion et de communication de la part des médecins et professionnels directement à l'hôpital.

Pour revenir à notre objectif final, nos hypothèses pour améliorer l'adhésion à ce programme sont une promotion de la réadaptation cardiovasculaire plus efficace, comme par exemple ce qui se fait au HUG avec le programme ELIPS ainsi qu'une proposition de réadaptation le plus précocement possible. Au niveau du CHUV la mesure la plus efficace à prendre est très probablement la création d'un centre de réadaptation cardiaque en son sein, de manière à optimiser la transition entre l'intervention et la réadaptation.

Références

1. *Bfs.admin.ch* [Internet]. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique (OFS); c2026 [cité le 19 juin 2026]. Maladies cardiovasculaires. Disponible sur : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/maladies/cardiovasculaires.html>
2. *Swissheart.ch* [Internet]. Berne: Fondation Suisse de Cardiologie; c2026 [cité le 19 juin 2026]. Réadaptation après une maladie de cœur. Disponible sur: <https://swissheart.ch/fr/maladies-et-urgences/la-maladie-au-quotidien/r%C3%A9adaptation-apr%C3%A8s-une-maladie-de-c%C5%93ur>
3. Ruano-Ravina A, Pena-Gil C, Abu-Assi E, Raposeiras S, van 't Hof A, Meindersma E, Bossano Prescott EI, González-Juanatey JR. Participation and adherence to cardiac rehabilitation programs. A systematic review. *Int J Cardiol.* 2016 Nov 15;223:436-443. doi: 10.1016/j.ijcard.2016.08.120.

Mots clés

Pubmed : cardiac rehabilitation program, lifestyle intervention, adhesion, participation, compliance, dropout, social determinant, non biomedical determinant, barrier to participation (Initialement 273 résultats, filtré **review + qualitative research broad** : 28 résultats)

Littérature grise : réadaptation cardiaque, stent, maladies cardiovasculaires

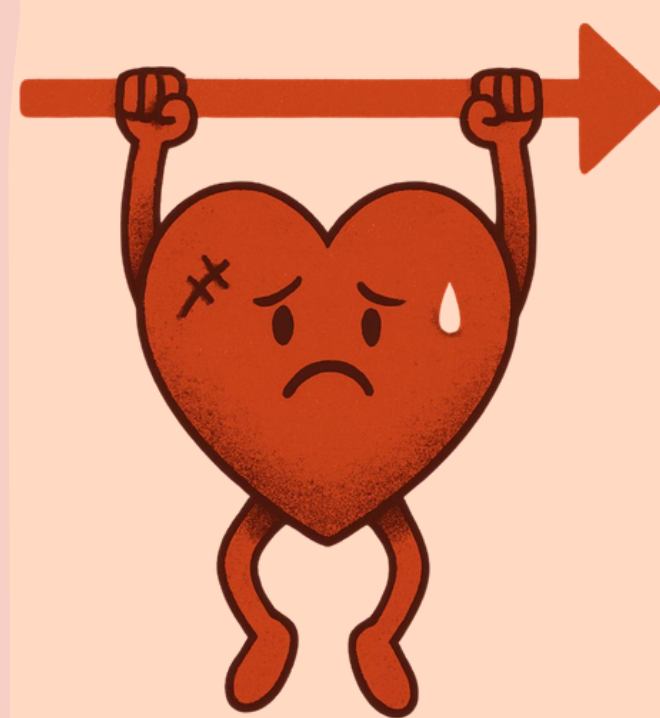
25.06.2026

RÉHABILITATION POST INFARCTUS À LAUSANNE: UNE ETUDE DE FACTEURS D'ADHÉSION

Noah Bubenzer, Léo Hirschi, Samia Maaroufi, Luca Portuesi, Nathan Stoffels et Gauthier Verhulst

1. INTRODUCTION

Vieillessement de la population, sédentarité, stress, nourriture transformée, le tout tout de suite sans effort : notre milieu actuel est propice aux apparitions d'événements cardiovasculaires tels que l'infarctus du myocarde. La réhabilitation cardiaque est un programme multidisciplinaire qui aide les patient-e-s atteint-e-s de maladies cardiovasculaires à retrouver leurs capacités, à modifier leurs facteurs de risque et à améliorer leur qualité de vie. Malgré son efficacité démontrée, le nombre de récurrence accru indique des lacunes quant à l'adhésion à cette dernière. Quels sont les facteurs limitants dans la région Lausannoise ?

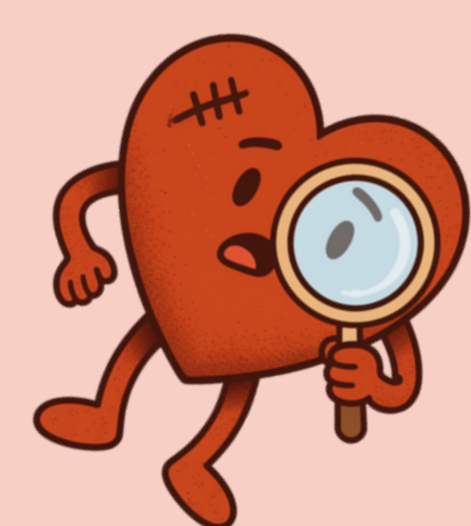


2. OBJECTIFS

- Identifier les déterminants de l'adhésion des patient-e-s au programme d'activité physique dans un contexte de réadaptation cardiaque.
- Investiguer la pratique dans les institutions médicales lausannoises concernant la réadaptation cardiaque et déterminer les principales raisons pour lesquelles les patient-e-s ne suivent pas ou insuffisamment les recommandations pour l'activité physique.
- Déterminer quels sont les déterminants de l'adhésion des patient-e-s au programme de réadaptation cardiaque qui sont le plus susceptibles d'être influencés et optimisés.

4. RÉSULTATS

Mise en évidence de 3 principaux freins à l'adhésion.



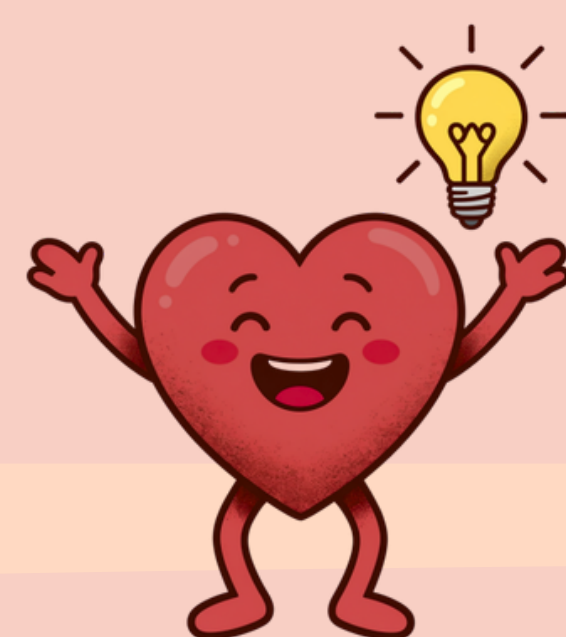
Système de santé

- ♥ Accessibilité relativement bonne en CH
- ♥ Ressources satisfaisantes
- ♥ Coûts de la santé, dichotomie soins aigus vs long terme



Facteurs psychosociaux du-de la patient-e

- ♥ Niveau socio-économique élevé, entourage familial, littératie en santé
- ♥ Précarité, isolement social, âge, stress, polymorbidité



Conscientisation, prévention et suivi

♥ Bonne prévention de la santé en CH

♥ Négligence post-phase aiguë de la maladie
Manque de motivation
Manque de sensibilisation de la valeur de TOU-TE-S les professionnel-le-s

"Il faut prendre le temps, leur faire prendre conscience de leur maladie."
Médecin généraliste

"Le CMS joue un rôle dans la gestion des polymorbidités qui peuvent accentuer le fatalisme parfois rencontré."
Infirmi-er-ère CMS

"Si on est moralisateur, les gens ils vont juste mettre les pieds au mur."
Diététicien-nne

5. DISCUSSION

Perspectives d'amélioration réalistes :

- Une **promotion plus systématique** du programme de réadaptation (p.ex programme ELIPS au HUG)
- Encourager le **"self-teaching"** du-de la patient-e, le-la rendre **acteur-riche de sa santé**.
- **Favoriser la continuité du suivi**, durant lequel le-la patient-e peut être "éduqué-e" et ainsi faire **perdurer les stratégies mises en place**.
- Discuter d'une **proximité géographique et administrative** des centres de réadaptations avec le milieu hospitalier (p.ex un centre localisé directement au CHUV).
- Revoir les politiques de coûts de la santé, connus comme **freins majeurs**, au-delà même d'une problématique cardiaque.
- **Message clé** : importance d'une **prise en charge globale du-de la patient-e**, une particularité partagée entre 2 patient-e-s peut être source de **baisse de l'adhésion** au programme **pour l'un-e et pas pour l'autre**, tout dépend du **contexte biopsychosocial du-de la patient-e**.

RÉFÉRENCES

1. Bfs.admin.ch [Internet]. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique (OFS); c2026 [cité le 19 juin 2026]. Maladies cardiovasculaires. Disponible sur : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/maladies/cardiovasculaires.html>
2. Swissheart.ch [Internet]. Berne: Fondation Suisse de Cardiologie; c2026 [cité le 19 juin 2026]. Réadaptation après une maladie de cœur. Disponible sur : <https://swissheart.ch/fr/maladies-et-urgences/la-maladie-au-quotidien/%C3%A9adaptation-apr%C3%A8s-une-maladie-de-c%C5%93ur>
3. Ruano-Ravina A, Pena-Gil C, Abu-Assi E, Raposeiras S, van 't Hof A, Meindersma E, Bossano Prescott EI, González-Juanatey JR. Participation and adherence to cardiac rehabilitation programs. A systematic review. *Int J Cardiol*. 2016 Nov 15;223:436-443. doi: 10.1016/j.ijcard.2016.08.120.

REMERCIEMENTS

Nous remercions notre tutrice la Dr. Heba Al-Alwan pour sa supervision le long de notre travail, ainsi que tou-te-s les professionnel-le-s interviewé-e-s qui nous ont donné de leur temps ainsi que de précieuses informations. Merci également aux membres de la direction du module IMCO B3.6 pour leur contribution.

Contacts

noah.bubenzer@unil.ch
leo.hirschi@unil.ch
samia.maaroufi@unil.ch
luca.portuesi@unil.ch
nathan.stoffels@unil.ch
gauthier.verhulst@unil.ch