



# Référentiel régional d'organisation en SSR cardiovasculaire

## Participants /contributeurs :

- **Fondation Ildys** (sites de Brest et Roscoff) : Mr MOGAN, directeur général délégué aux Parcours Mme GUENEGUES responsable de site, Mme RIBEREAU, adjointe de direction, Dr BAILLY, Dr ALUAS , Dr BARQUERO, cardiologues, Me THOMAS, infirmière de pratique avancée, Me POULIQUEN, Cadre de santé, Mr BRASSEUR et Mr CREFF, cadres de santé de rééducation, Mme PEROT, enseignante APA, M. MARECHAL, Elève directeur
- **Centre hospitalier de Douarnenez** : Mr LE CORRE, directeur, Dr JAN, cardiologue, Me DUVAL, cadre de santé
- **Centre mutualiste de rééducation et réadaptation fonctionnelle de Kerpape** : Mr BONAVENTUR, directeur, Dr PIMOR et Dr RICHARD, cardiologues, Me MARIVAIN, directrice des soins
- **Centre hospitalier Bretagne Atlantique** (Vannes) : Mr BREMOND, directeur, Dr QUEDILLAC, cardiologue
- **Clinique Saint Yves** (Rennes) : Me LEPALLEC, directeur, Dr GUILLO, cardiologue, Me BUCHOUL, directrice des soins, Me CHOUHAN, cadre de santé
- **Centre hospitalier Gardiner** (Dinard) : Mr AJAGAYA-LE-BEAU, directeur, Mr GERVIN, cadre de santé
- **Centre hospitalier de Paimpol** : Mr REMY, directeur, Dr DUFAY et Dr KONATE, cardiologues, Me CAPRON, cadre de santé
- Dr PAILLARD, cardiologue, centre hospitalier universitaire de Rennes
- Jean Luc BLAISE, patient expert et membre du club « cœur et santé » de Rennes
- Enguerrand LOOTVOET, chargé de mission, pôle statistiques, ARS Bretagne
- Anne VIVIES, référente thématique SSR, ARS Bretagne
- Hélène KURZ, chargée de mission, direction santé publique, ARS Bretagne
- Pierre GUEGUEN, cadre sage-femme, stagiaire M2 EHESP « Analyse et management des organisations de santé », pilote du projet.

## Table des matières

---

1	Cadre réglementaire applicable .....	5
1.1	Généralités .....	5
1.2	Cahier des charges du SSR cardiovasculaire.....	5
1.2.1	Moyens matériels (décret de 2008) .....	5
1.2.2	Compétences.....	6
1.3	Cahier des charges du SSR cardiovasculaire expert .....	6
1.3.1	Missions du SSR cardiovasculaire expert .....	7
1.3.2	Moyens matériels et compétences supplémentaires .....	7
2	Recommandations des sociétés savantes (European society of cardiology, société française de cardiologie, GERS-P) .....	8
2.1	Missions du SSR cardiovasculaire.....	8
2.1.1	Réentraînement physique .....	8
2.1.2	Education thérapeutique.....	9
2.1.3	Prise en charge psychosociale .....	9
2.2	Critères d'éligibilité .....	9
2.2.1	Indications .....	9
2.2.2	Contre-indications .....	11
3	Constats régionaux .....	11
3.1	Déterminants de santé et épidémiologie.....	11
3.1.1	Diabète .....	11
3.1.2	Hypertension artérielle .....	11
3.1.3	Conduites addictives .....	12
3.1.4	Prévalences des pathologies cardiovasculaires en Bretagne .....	13
3.1.5	Synthèse de l'épidémiologie .....	14
3.2	Offre de soins .....	14
3.2.1	Cartographie des SSR spécialisés en Bretagne.....	14
3.2.2	Nombre et taux d'équipements en lits et places en SSR cardiovasculaire en 2021 .....	15
3.3	Activité.....	15
3.3.1	Taux de recours au SSR pour des pathologies de l'appareil circulatoire en Bretagne.....	15
3.3.2	Taux de recours au SSR pour des pathologies de l'appareil cardiovasculaire en hospitalisation complète en 2019 par territoire de santé.....	16
3.3.3	Taux de recours au SSR SSR pour des pathologies de l'appareil cardiovasculaire en hospitalisation partielle en 2019 par territoire de santé .....	16

3.3.4	Taux de fuite et d'attractivité en 2019 pour la prise en charge SSR spécialisé cardio suite à un séjour pour syndrome coronarien aigu ou insuffisance cardiaque, suivant le lieu de domicile du patient (année 2019) .....	17
3.3.5	Activité en hospitalisation partielle en 2019.....	17
3.3.6	Activité en hospitalisation complète en 2019.....	18
3.4	Profils patients actuellement pris en charge.....	18
3.4.1	Profils patients en hospitalisation partielle en 2019.....	18
3.4.2	Profils patients en hospitalisation complète en 2019.....	19
3.4.3	Comparaison HP/HC.....	19
3.4.4	Focus sur deux profils accueillis en SSR spécialisés (données 2019) : SCA (syndrome coronarien aigu) et insuffisance cardiaque (IC) selon le lieu du domicile en 2019.....	20
3.5	Synthèse et discussion sur les constats observés .....	20
3.5.1	« Portrait-robot » du patient pris en charge en SSR cardiovasculaire .....	20
3.5.2	Marges de progression identifiées .....	21
4	Préconisations régionales pour l'organisation de la prise en charge .....	22
4.1	Modalités communes de prise en charge en SSR cardiovasculaire .....	22
4.1.1	Evaluation initiale .....	22
4.1.2	Elaboration du projet personnalisé du patient .....	22
4.1.3	Thèmes abordés en éducation thérapeutique par intervenant.....	22
4.1.4	Déroulement d'un stage « type ».....	23
4.1.5	Bilan final et modalités de suivi.....	23
4.2	Choix du type d'hospitalisation .....	24
4.2.1	Profils éligibles à l'hospitalisation partielle .....	24
4.2.2	Profils éligibles à l'hospitalisation complète .....	24
4.3	Accueil en hospitalisation partielle .....	24
4.3.1	Effectif moyen pour 10 places.....	24
4.3.2	Hôtels pour patients.....	25
4.4	Accueil en hospitalisation complète .....	25
4.4.1	Effectif moyen pour 30 lits .....	25
4.4.2	Taille critique et mutualisations possibles .....	26
4.5	Place du SSR dans le parcours .....	26
4.5.1	Définition des parcours type .....	26
4.5.2	Organisation des filières de soins.....	27
4.5.3	Perspectives dans la gradation des soins .....	27
4.6	Innovations organisationnelles .....	27
4.6.1	Stage de proximité .....	27

4.6.2	Place des innovations technologiques .....	28
4.6.3	Formation du SSR expert en appui du SSR polyvalent .....	28
4.6.4	Réseau de RCV Bretagne avec séminaire 1x/an.....	28
4.6.5	Place de l’infirmière de pratique avancée.....	28
4.6.6	Place des APA pendant le stage et la phase 3.....	29
5	Indicateurs de suivi et de pilotage.....	29

# 1 Cadre réglementaire applicable

---

## 1.1 Généralités

La réadaptation cardiovasculaire a été définie par l'OMS comme « l'ensemble des activités nécessaires pour influencer favorablement le processus évolutif de la maladie, ainsi que pour assurer aux patients la meilleure condition physique, mentale et sociale possible afin qu'ils puissent, par leurs propres efforts, préserver ou reprendre une place aussi normale que possible dans la vie de la communauté ».

Le décret de 2008 réglementant l'activité en SSR définit l'orientation d'un patient pour une prise en charge spécialisée en SSR « cardio-vasculaire » à l'existence d'un risque élevé de complication et/ou de décompensation au cours de la réadaptation cardiovasculaire. Son état est stabilisé. Pour l'adulte, il existe trois niveaux de risque (faible, intermédiaire et élevé) définis par la société française de cardiologie et permettant de déterminer les modalités de la prise en charge et de la surveillance.

Avec la réforme de 2021, l'orientation vers le SSR cardio-vasculaire permet d'avoir une approche thérapeutique pluri professionnelle et se fait dans le cadre d'une pathologie cardiovasculaire, sous traitement, le plus souvent au décours d'un épisode clinique aigu médical ou chirurgical.

Les objectifs généraux de cette prise en charge sont intégrés dans des programmes de rééducation, de réadaptation et de réinsertion qui ont pour but :

- A court terme : optimiser la stratégie thérapeutique, améliorer les capacités physiques et psychologiques du patient, développer la capacité d'auto-soin et limiter les comportements à risque
- A long terme : améliorer le pronostic (diminution de la mortalité et des ré-hospitalisations), améliorer la qualité de vie des patients et favoriser l'insertion sociale

## 1.2 Cahier des charges du SSR cardiovasculaire

### 1.2.1 Moyens matériels (décret de 2008)

*Le titulaire de l'autorisation dispose d'espaces adaptés à la nature des prises en charge pour lesquelles il est autorisé ; ces espaces incluent :*

- *Des salles dédiées à la rééducation, adaptés aux activités thérapeutiques mises en œuvre, dont au moins une salle équipée permettant la prise en charge de plusieurs patients et disposant d'un accès aux fluides médicaux.*
- *Une ou plusieurs salles de convivialité ;*
- *Un secteur d'hospitalisation pour les sites proposant la prise en charge en hospitalisation complète et facilitant l'accompagnement du patient par son entourage*
- *Nouveau décret 2021 : Un secteur de repos pour les sites proposant la prise en charge en hospitalisation à temps partiel et facilitant l'accompagnement du patient par son entourage*

Les équipements spécifiques minimaux obligatoires sont :

- Matériel pour échographie cardiaque
- Equipement pour test d'effort
- Equipement pour monitoring par télémétrie
- Chariot d'urgence et de réanimation cardiaque situé à proximité du plateau technique
- Salle d'urgence, équipée pour permettre les gestes d'urgence et de réanimation avant transfert

Les équipements spécifiques minimaux souhaitables sont :

- Plateau de reconditionnement à l'effort (bicyclette, tapis roulant...)
- Fluides médicaux en salle d'épreuve d'effort et de rééducation
- Système d'épreuve d'effort cardiorespiratoire
- Saturomètre
- Système de surveillance électrocardiographique ambulatoire continue des patients
- Cardio-fréquencesmètres
- Salle de sport

### 1.2.2 Compétences

Les compétences obligatoires sont : un cardiologue (présent sur site pendant les phases de réadaptation) et IDE, assistant de service social, masseur-kinésithérapeute, diététicien et psychologue (nouveau décret 2021) pour la partie non médicale.

Des compétences médicales complémentaires sont recommandées : médecin MPR (médecine physique et de réadaptation), diabétologue, médecin nutritionniste, psychiatre, pneumologue et tabacologue.

L'équipe paramédicale peut être renforcée par un ergothérapeute, et un enseignant en activité physique adaptée.

Le médecin coordonnateur est spécialisé soit en médecine cardiovasculaire, soit en médecine physique et de réadaptation et justifie d'une formation ou d'une expérience attestées en cardiologie.

La continuité des soins est assurée par un médecin spécialisé en médecine cardiovasculaire (nouveau décret 2021) et par la présence d'au moins un infirmier la nuit et la possibilité de kinésithérapie le weekend et les jours fériés.

## 1.3 Cahier des charges du SSR cardiovasculaire expert

Dans une perspective de gradation des soins, la réforme de 2021 intègre la notion de SSR expert en complément d'une offre spécialisée de première intention. A ce stade, le maillage territorial n'est pas précisé. L'identification de 2 établissements proposant cette expertise pourrait être une réponse équilibrée pour la région avec un centre à l'Ouest et un centre à l'Est.

### 1.3.1 Missions du SSR cardiovasculaire expert

- Assurer une prise en charge sécurisée des patients les plus fragiles avec un niveau de soins plus important sur le plan médical et paramédical. <sup>1</sup>
- Assurer les prises en charges spécifiques de populations particulières et à haut risque
- Assurer la prise en charge pluridisciplinaire de la prévention secondaire dans le suivi du patient
- Participer à l'évaluation et l'orientation des patients les plus complexes
- Répondre à des besoins d'expertise pour les autres SSR spécialisés ou polyvalents
- Etre référent pour les nouvelles modalités de réadaptation cardiaque (télésanté)
- Participer à la formation des professionnels des établissements spécialisés partenaires
- S'inscrire dans le cursus de formation des DES de la spécialité en tant que terrain de stage validant
- Participer à des programmes de recherches cliniques dans le domaine d'expertise

Les SSR reconnus experts doivent donc répondre aux critères suivants :

- Obligatoires :
  - o Prendre en charge des cardiopathies complexes ou à haut risque évolutif (cf. document « Activité d'expertise – Cahier des charges de la prise en charge en réadaptation précoce post-aiguë cardiologique)
  - o Participer à une filière de soins définie et y compris à la coordination entre établissements de santé (centre pilote-partenaires et télémédecine)
  - o Justifier d'au moins 20% d'activité de réadaptation cardiaque relevant de l'expertise (avec au minimum 30 patients par an accueillis en hospitalisation complète)
- Recommandés :
  - o Activité d'enseignement et stages pratiques (DES, DIU)
  - o Activité de recherche

### 1.3.2 Moyens matériels et compétences supplémentaires

Pour pouvoir prendre en charge des patients porteurs de pathologies cardiovasculaires réclamant des soins experts, à haut risque de complication ou des patients porteurs d'une cardiopathie complexe, les besoins en termes de sécurité et de soins sont plus importants : adaptations thérapeutiques, évaluations spécifiques facultatives en fonction de la pathologie, entraînement physique adapté.

Ils nécessitent un plateau technique doté :

- o D'installations d'Echodoppler cardiaque avec possibilité d'intervention au lit du malade
- o D'installation d'épreuve d'effort avec analyse des gaz expirés
- o D'installation de télémétrie (monitorage ECG et surveillance 24h/24 en hospitalisation complète)
- o Avec une possibilité d'accès à l'enregistrement sur 24h de l'ECG et de la pression artérielle

---

- <sup>1</sup> La fragilité est définie par l'OMS en 2013 comme une diminution des réserves physiologiques de la personne vieillissante. L'adaptation aux différents événements stressants de la vie (psychologiques, accidentels ou maladies) étant plus difficile, la personne fragile est plus à risque de perte d'autonomie.

- Avec accès à l'oxygénothérapie et saturation en oxygène
- Avec télémétrie ECG pendant le réentraînement
- Avec accès à la biologie sur site ou par convention (dont besoins urgents)

Un accès sur site ou par convention, à distance raisonnable, à une unité de soins intensifs en cardiologie est nécessaire.

En complément des compétences obligatoires demandées pour la mention « cardiovasculaire », l'équipe pluri professionnelle comprend au moins un médecin spécialisé en médecine cardiovasculaire titulaire d'un DIU de « prévention et réadaptation cardiovasculaire ». Le médecin coordonnateur est spécialisé en médecine cardiovasculaire.

Tous les personnels médicaux et paramédicaux sont formés à la prise en charge du patient cardiaque en réadaptation et aux différentes situations cliniques correspondant à l'expertise ainsi qu'aux urgences cardiovasculaires.

Pour chaque type de prise en charge nécessitant une expertise (soins complexes, post-opératoires avec complications, comorbidités significatives, haut risque de complication ou arythmie ventriculaire, cardiopathie complexe), les membres de l'équipe doivent être formés spécifiquement ou avoir une expérience attestée dans ce domaine.

Des conventions doivent être signées entre ce SSR expert et tous ses partenaires comme le centre greffeur, le centre ayant mis en place le système d'assistance cardiaque ou le centre spécialisé dans les troubles du rythme ou dans les cardiopathies congénitales.

## 2 Recommandations des sociétés savantes (European society of cardiology, société française de cardiologie, GERS-P)

---

### 2.1 Missions du SSR cardiovasculaire

La mission centrale du SSR spécialisé cardiovasculaire est de permettre à un patient atteint d'une affection cardio-vasculaire d'atteindre les meilleures capacités fonctionnelles, sociales et psychiques possible pour optimiser sa qualité et son projet de vie. Il s'agit donc d'aménager de façon optimale la vie des patients à leur pathologie et de les rendre acteurs responsables de leur état de santé.

Les objectifs et la durée prévisible du projet thérapeutique sont déterminés et périodiquement réévalués. Certaines des pathologies rencontrées sont chroniques ou nécessitent un suivi et des ajustements thérapeutiques sur une durée longue.

En SSR cardiovasculaire, les objectifs sont de trois ordres : le réentraînement physique, l'éducation thérapeutique et la prise en charge psychosociale.

#### 2.1.1 Réentraînement physique

Il est prescrit selon la stratification du risque (En annexe 2, selon les recommandations du GERS-P) et après une évaluation initiale avec un examen clinique et paraclinique (ECG de repos et échocardiographie cardiaque transthoracique) puis une évaluation à l'effort. Il sera précisé le type, l'intensité, la durée ainsi que la fréquence des séances qui sont au minimum au nombre de 20 voire plus pour les patients les plus déconditionnés.

Les modalités d'entraînement se feront en fonction de l'état général du patient et des comorbidités associées.

La surveillance télémétrique lors des premières séances de réentraînement est recommandée et déterminée selon la stratification du risque. Le monitoring de la fréquence cardiaque se poursuit ultérieurement, si nécessaire, sur avis médical. La pression artérielle au brassard est surveillée. La surveillance de la saturation artérielle est parfois justifiée.

Quelques séances supplémentaires prescrites à distance améliorent l'observance et permettent de réajuster les conseils de pratique d'activité physique. Cette organisation doit être personnalisée (nombre de séances, périodicité...).

### 2.1.2 Education thérapeutique

*L'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique (OMS, 1996).*

Les finalités de l'ETP sont, d'une part, l'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'auto-soins (auto-surveillance, observance, modification du mode de vie) et, d'autre part, la mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation (connaissance de soi-même, gestion des émotions, maîtrise de son stress).

### 2.1.3 Prise en charge psychosociale

L'affectivité négative et l'humeur dépressive sont des facteurs de risque coronarien et doivent être dépistés durant le séjour. La présence d'un psychologue au sein de l'équipe permet de proposer des entretiens, individuels et collectifs, pour aborder différents thèmes comme le stress ou la reprise de l'activité sexuelle.

De plus, la présence d'un assistant de service social peut aider dans certains cas à la réinsertion professionnelle.

## 2.2 Critères d'éligibilité

### 2.2.1 Indications

L'évaluation des indications pour une réadaptation cardiovasculaire tient compte du degré d'évidence (Classe I à III) et du niveau de preuve (grade A à C) selon les recommandations européennes.

<b>Classe</b>	<b>I</b>	Il existe des preuves et/ou un consensus général pour dire qu'un examen diagnostique ou un traitement donné est bénéfique, utile et efficace
	<b>II</b>	Il existe des éléments contradictoires et/ou des divergences d'opinion sur l'utilité ou l'efficacité du traitement ou de la procédure
	<b>IIa</b>	La force des preuves ou des opinions est en faveur de l'utilité/efficacité
	<b>IIb</b>	L'utilité/efficacité est moins bien établie par les preuves/opinions
	<b>III</b>	Il existe des preuves ou un consensus général pour dire que le traitement ou la procédure n'est pas utile/efficace et dans certains cas peut être délétère
<b>Niveau de preuve</b>	<b>A</b>	Preuves tirées de plusieurs essais cliniques randomisés ou de méta-analyses
	<b>B</b>	Preuves tirées d'un seul essai clinique randomisé ou de grands essais non randomisés
	<b>C</b>	Consensus ou opinions d'experts et/ou petites études, études rétrospectives, registres

	Pathologie	Caractéristiques du programme	Classe	Niveau
maladie coronaire (hors chirurgie)	SCA stabilisé	Evaluation à l'effort	I	A
		Prévention secondaire et ETP		
		Ambulatoire si possible		
	Après ATL programmée	Evaluation à l'effort	I	B
		Pas de sur risque de l'exercice précoce		
		Prévention secondaire et ETP		
		Ambulatoire si possible		
	angor stable	Evaluation à l'effort	I	B
		Optimisation du traitement		
		Prévention secondaire et ETP		
		Ambulatoire si possible		
	chirurgie	pontage aorto-coronaire	PEC précoce en HC privilégiée Surveillance et soins de suite	I
valvulaire				
aorte thoracique		PEC après dissection bien tolérée et efficace sous surveillance PA ++	IIa	C
préopératoire (haut risque opératoire)		Education	IIb	C
	Ventilation et préparation à la chirurgie coronaire			
insuffisance cardiaque	Dysfonction systolique VG	PEC globale	I	A
		Programmes plus longs et ETP		
		Ajustement traitement		
	fonction systolique préservée	Amélioration de la qualité de vie	IIb	C
		Réduction des hospitalisations		
	resynchronisation cardiaque	Potentialisation des effets de resynchronisation	I	B
		Evaluation de la resynchronisation		
	assistance ventriculaire	Reconditionnement physique	IIa	C
		Education : appareillage et AVK		
	transplantation cardiaque	Pré-transplantation	I	B
Spécificités de la chirurgie, de la physiologie, de l'immunologie				
Aides psychosociales				
artériopathie des membres inférieurs	IPS<0,9	Marche et exercices analytiques Massages spécifiques Education thérapeutique Sevrage tabagique	I	A
	claudication ou ischémique chronique		I	A
	revascularisation		I	B
autres indications	DAI	Evaluation à l'effort	IIa	B
		ETP et aides psychologiques		
	cardiopathies congénitales	Améliorations des capacités fonctionnelles postopératoires	IIa	C
		Souvent IC, trouble rythme, HTAP		
	haut risque CV	Evaluation à l'effort	I	A
		Optimisation du traitement		
		Prévention secondaire et ETP		
Ambulatoire +++				

### 2.2.2 Contre-indications

Elles sont peu fréquentes et souvent temporaires. Nous retrouvons :

- Le syndrome coronarien aigu non stabilisé
- L'insuffisance cardiaque décompensée
- Les troubles du rythme ventriculaires sévères, non maîtrisés
- La présence d'un thrombus intracardiaque à haut risque embolique
- La présence d'un épanchement péricardique de moyenne à grande importance
- Les antécédents récents de thrombophlébite avec ou sans embolie pulmonaire
- L'obstacle à l'éjection ventriculaire gauche sévère et/ou symptomatique
- Toute affection inflammatoire et/ou infectieuse évolutive
- L'hypertension artérielle pulmonaire sévère et symptomatique
- L'incapacité à réaliser des exercices physiques

Il faut ajouter à cette liste de pathologies cardiaques l'absence d'adhésion du patient au programme de réadaptation, qui reste un préalable indispensable à tout stage de réhabilitation cardiovasculaire.

## 3 Constats régionaux

### 3.1 Déterminants de santé et épidémiologie

#### 3.1.1 Diabète

N° département	Nom du département	Nombre de diabète de type 1 et diabète de type 2	Prévalence pour 100 000
22	Côtes-d'Armor	16 930	2 826
29	Finistère	23 780	2618
35	Ille-et-Vilaine	23 750	2258
56	Morbihan	22 230	2973
Total France		2 586 440	4207

Source : CNAMTS-DSES (2016)

La prévalence des diabètes de type 1 et 2 est inférieure au niveau des départements bretons (entre 2258 et 2973) par rapport à la prévalence nationale (4207)

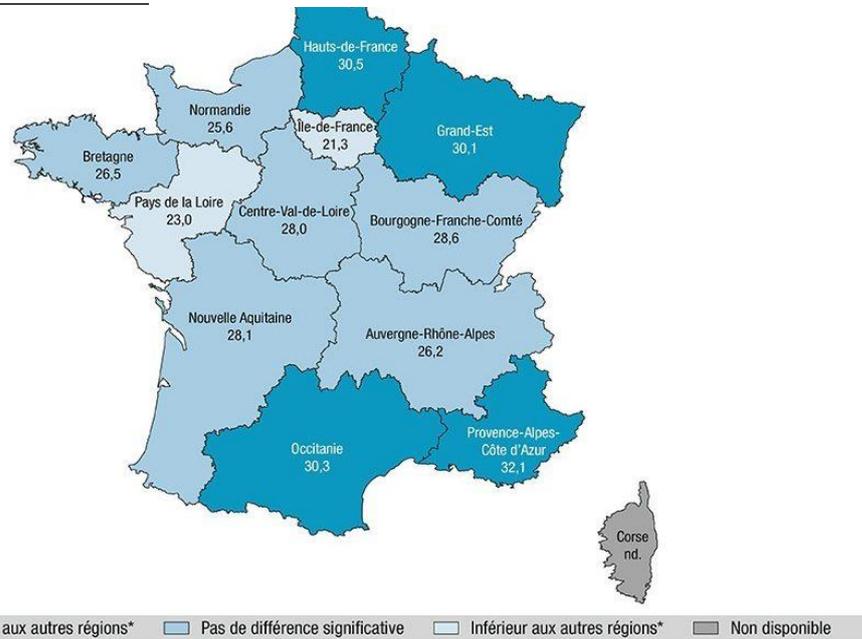
#### 3.1.2 Hypertension artérielle

N° département	Nom du département	Nombre d'hypertension artérielle sévère (ALD <sub>12</sub> )	Prévalence pour 100 000
22	Côtes-d'Armor	3 950	659
29	Finistère	5 400	595
35	Ille-et-Vilaine	6 650	632
56	Morbihan	6 610	884
Total France		565 270	919

Source : CNAMTS-DSES (2016)

La prévalence de l'hypertension est inférieure au niveau des départements bretons (entre 595 et 884) par rapport à la prévalence nationale (919).

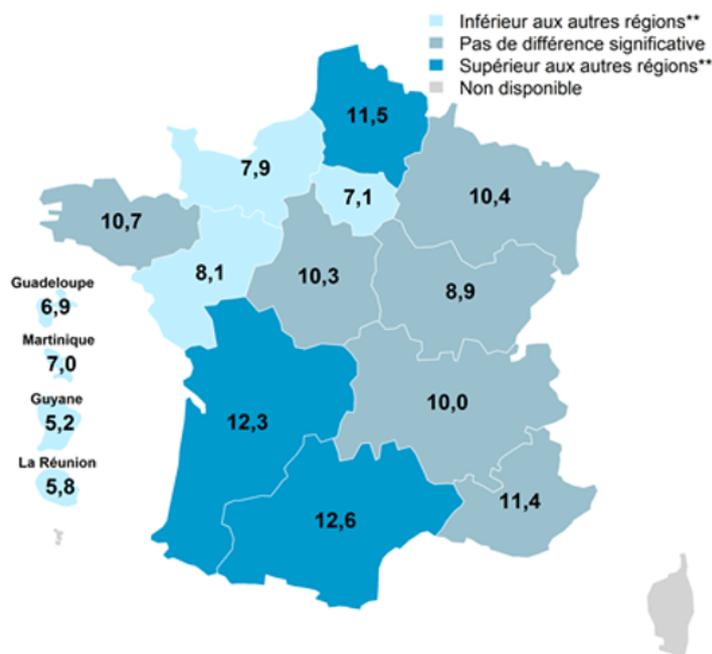
### 3.1.3 Conduites addictives



Source : Baromètre santé 2017, Santé publique France.

\* Différence significative au seuil de 5% pour la comparaison de chaque région au reste de la France métropolitaine. Les taux sont standardisés sur la

### Cartographie des fumeurs par région en 2017 (moyenne nationale : 27%)



Source : Santé publique France

Prévalences régionales standardisées de la consommation quotidienne d'alcool chez les adultes de 18 à 75 ans en France métropolitaine en 2017 (moyenne France : 10%)

		Période				
		2009-11	2010-12	2011-13	2012-14	2013-15
Alcool	IC de mortalité	143,3	139,5	138,7	136,6	135,5
	IC de mortalité prématurée	142,9	138,5	137,5	136,1	137,9
Tabac	IC de mortalité	107,5	108,3	109,5	109,5	109,6
	IC de mortalité prématurée	105,3	104,2	107,7	108,5	109,7

Source : CépiDC, Insee

Indice comparatif de mortalité liée à l'alcool et au tabac en Bretagne entre 2009 et 2015 (Indice national : 100)

La prévalence en Bretagne de la consommation de tabac et d'alcool est équivalente au niveau national. En revanche, les indices comparatifs de mortalité liés à l'alcool et au tabac sont supérieurs à la moyenne nationale avec une très forte différence pour l'alcool (indice à 135,5).

### 3.1.4 Prévalences des pathologies cardiovasculaires en Bretagne

N° département	Nom du département	Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves (ALD <sub>5</sub> )	Prévalence ALD n°5 (sur 100 000)	Maladie coronaire (ALD <sub>13</sub> )	Prévalence ALD n°13 (sur 100 000)
22	Côtes-d'Armor	10 230	1 707	11 400	1 903
29	Finistère	14 150	1 558	15 050	1 657
35	Ille-et-Vilaine	13 330	1 267	14 300	1 360
56	Morbihan	14 440	1 932	15 180	2 031
	Total France	1 069 290	1 739	1 171 030	1 905

Source : CNAMTS-DSES (2016)

			Période				
			2009-11	2010-12	2011-13	2012-14	2013-15
Pathologie	Maladie circulatoire	IC de mortalité	112,8	113,4	113,5	113,4	111,9
		IC de mortalité prématurée	105,8	103,9	103,7	102,5	102,9
	Cardiopathie ischémique	IC de mortalité	115,6	118	118,7	118	115,6
		IC de mortalité prématurée	103,3	106,5	106,3	106,4	106,2
	Maladie vasculaire cérébrale	IC de mortalité	118,9	118	116,3	116,3	113,9
		IC de mortalité prématurée	115,9	117,4	114,3	113,9	103,7

Source :PMSI

 Valeur significativement supérieure à l'indice national (base 100)

La prévalence des pathologies cardiovasculaires en Bretagne est similaire au niveau national.

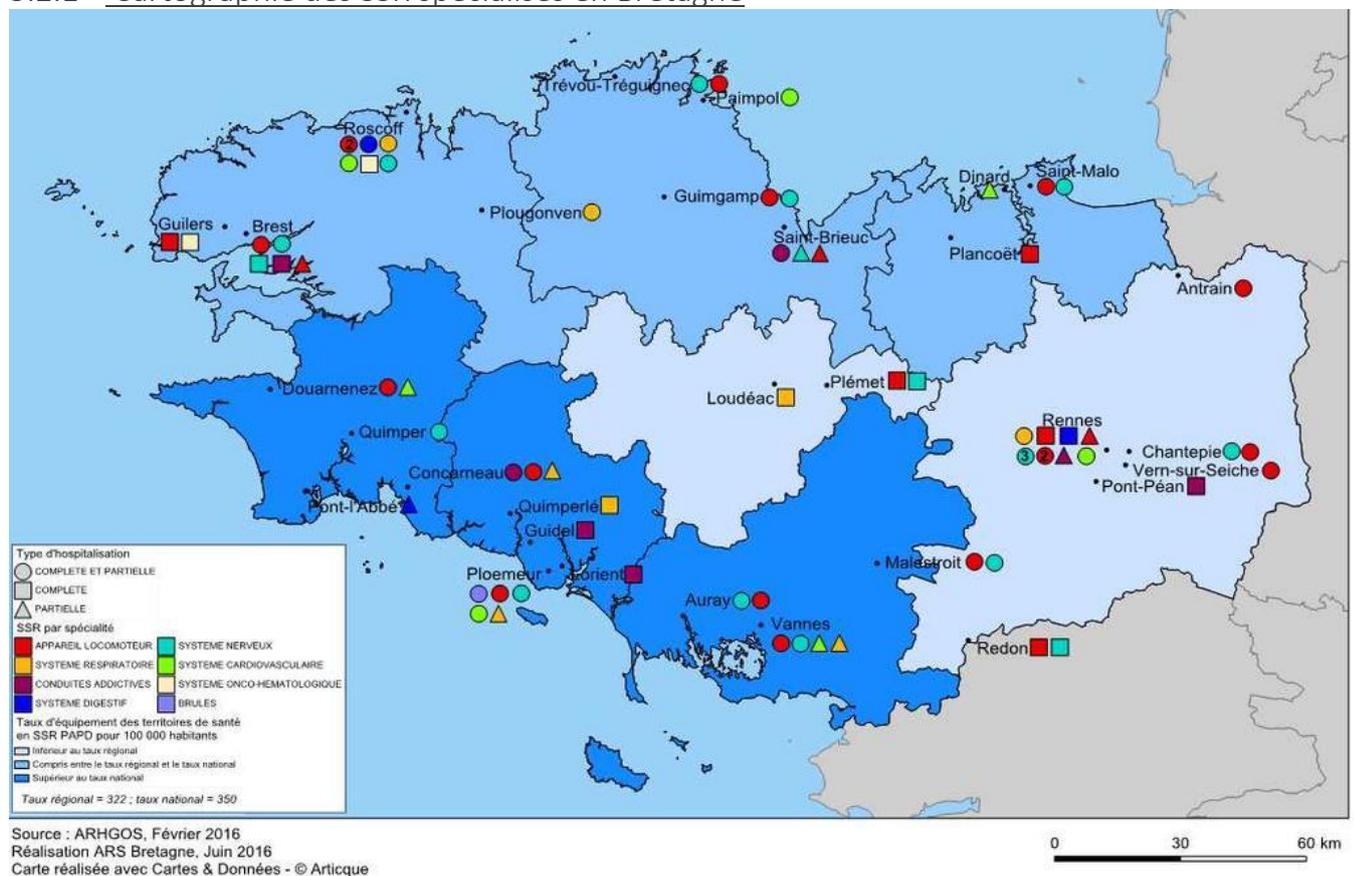
Pourtant, l'indice comparatif de mortalité pour la maladie circulatoire, la cardiopathie ischémique et la maladie vasculaire cérébrale est supérieur à la moyenne française (entre 111,9 et 115,6).

### 3.1.5 Synthèse de l'épidémiologie

La prévalence des facteurs de risque cardiovasculaire (hypertension, diabète, consommation de tabac et alcool) et des pathologies cardiovasculaires en Bretagne est inférieure ou égale à la moyenne nationale. Pourtant les indices comparatifs de mortalité pour les pathologies cardiovasculaires ainsi que ceux liés à l'alcool au tabac sont supérieurs voire très supérieurs à la moyenne nationale. Plusieurs hypothèses peuvent être posées pour expliquer ces chiffres : un sous diagnostic des facteurs de risque cardiovasculaires, une offre insuffisante en soins d'addictologie et de cardiologie, une culture de la prévention et de l'éducation thérapeutique trop limitée encore.

## 3.2 Offre de soins

### 3.2.1 Cartographie des SSR spécialisés en Bretagne



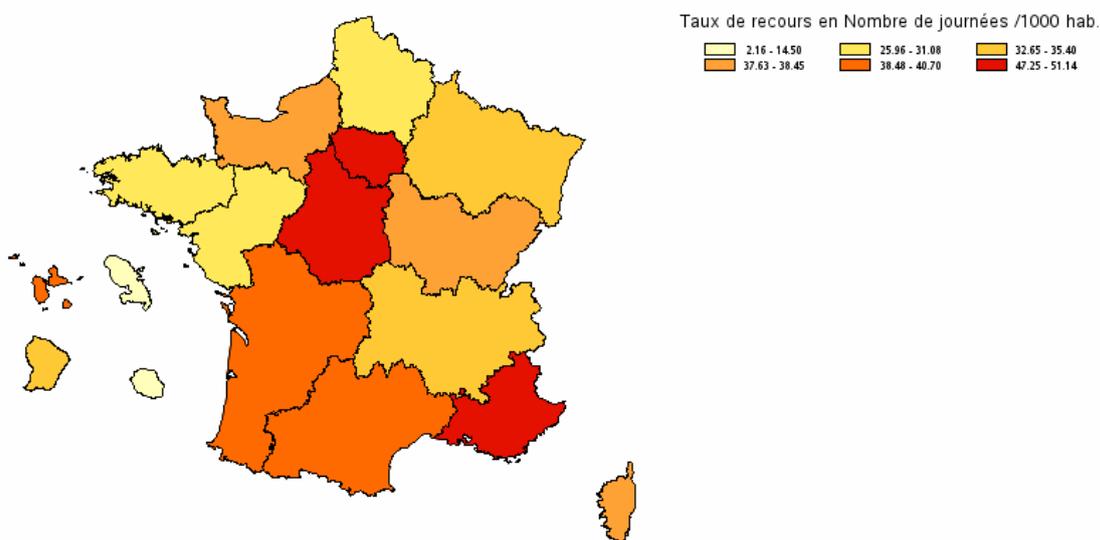
### 3.2.2 Nombre et taux d'équipements en lits et places en SSR cardiovasculaire en 2021

TS	Etablissement SSR	Lits	Places	
		2021	2021	
1	FONDATION ILDYS SITE DE TY-YANN	0	20	
	FONDATION ILDYS SITE ST LUC	30	15	
2	CH DOUARNENEZ	2	9	
<b>1</b>	<b>TOTAL étb. du TS 1 + 2</b>	<b>32</b>	<b>44</b>	
<b>1</b>	<b>Tx équipement/10 000 habitants</b>	<b>0,47</b>	<b>0,65</b>	
3	CRRF KERPAPE	10	19	
<b>3</b>	<b>TOTAL étb. du TS 3</b>	<b>10</b>	<b>19</b>	
<b>3</b>	<b>Tx équipement/10 000 habitants</b>	<b>0,42</b>	<b>0,80</b>	
4	CH BRETAGNE ATLANTIQUE VANNES	0	9	
<b>4</b>	<b>TOTAL étb. du TS 4</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	
<b>4</b>	<b>Tx équipement/10 000 habitants</b>	<b>0</b>	<b>0,29</b>	
5	CLINIQUE ST YVES RENNES	35	30	
<b>5</b>	<b>TOTAL étb. du TS 5</b>	<b>35</b>	<b>30</b>	
<b>5</b>	<b>Tx équipement/10 000 habitants</b>	<b>0,49</b>	<b>0,42</b>	
6	HÔPITAL LA PROVIDENCE GARDINER DINARD	0	15	
<b>6</b>	<b>TOTAL étb. du TS 6</b>	<b>0</b>	<b>15</b>	
<b>6</b>	<b>Tx équipement/10 000 habitants</b>	<b>0</b>	<b>0,72</b>	
7	CH PAIMPOL	20	12	
<b>7</b>	<b>TOTAL étb. du TS 7</b>	<b>20</b>	<b>12</b>	
<b>7</b>	<b>Tx équipement/10 000 habitants</b>	<b>0,6</b>	<b>0,36</b>	
<b>TOTAL Bretagne</b>		<b>97</b>	<b>129</b>	<b>Total</b>
<b>Taux équipement/ 10 000 habitants</b>		<b>0,38</b>	<b>0,50</b>	<b>0,88</b>
<b>France</b>		<b>0,64</b>	<b>0,37</b>	<b>1,01</b>

### 3.3 Activité

#### 3.3.1 Taux de recours au SSR pour des pathologies de l'appareil circulatoire en Bretagne

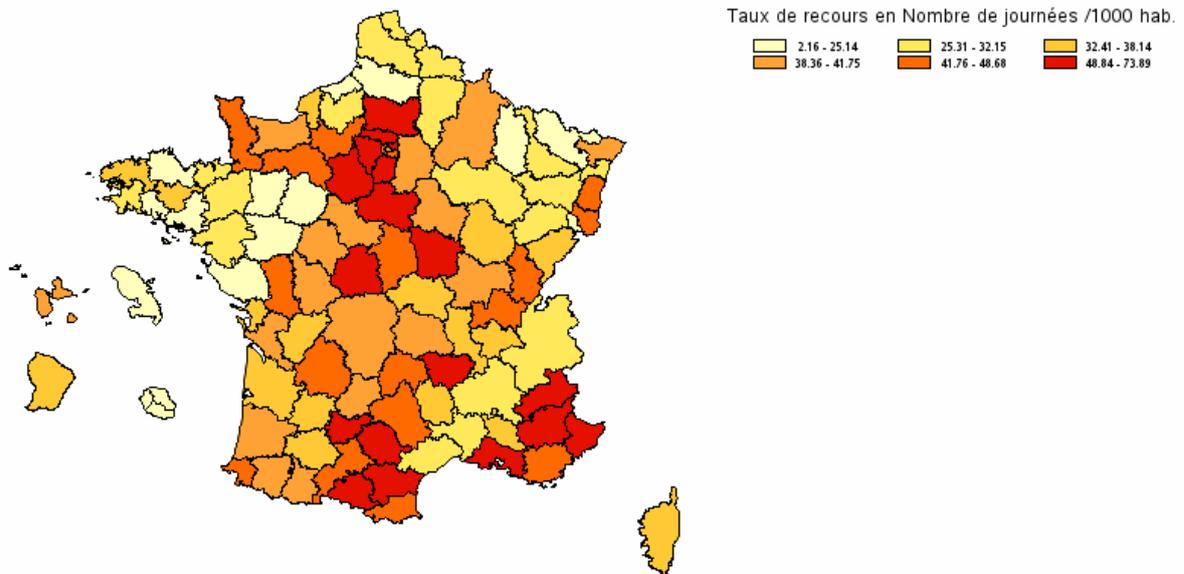
**Taux de recours SSR par Région (17) - séjours 2019/pop. 2017 - Standardisé**  
 Catégorie Majeure (CM) - 05 - Affections de l'appareil circulatoire  
 Taux de recours national : 38,14



Le taux de recours en Bretagne en SSR pour la CM 05 est de 28,23 et inférieur au taux national (38,14).

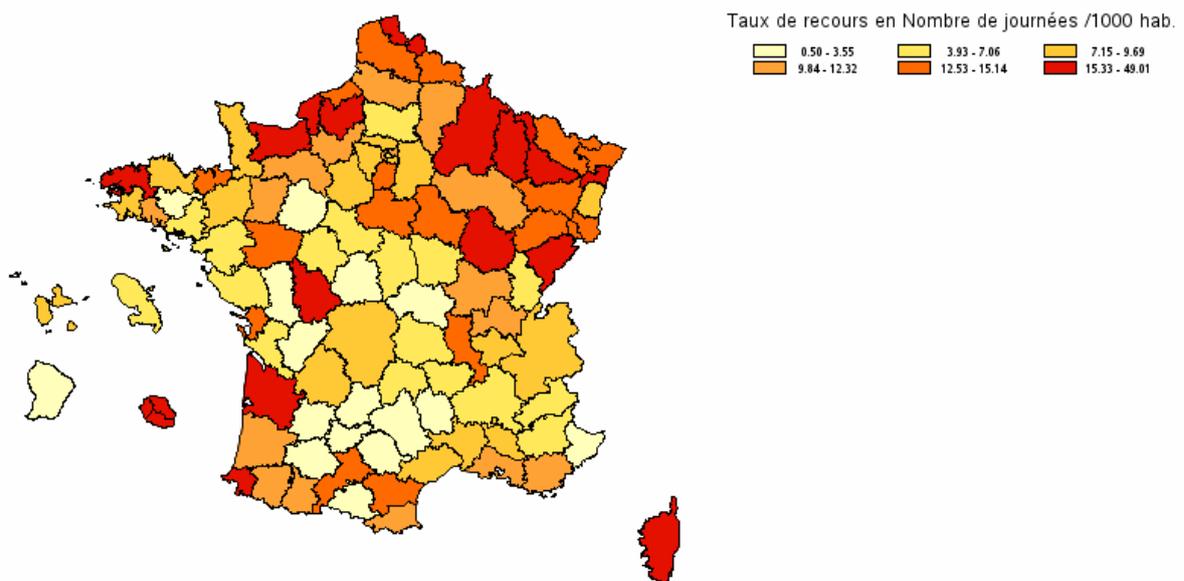
### 3.3.2 Taux de recours au SSR pour des pathologies de l'appareil cardiovasculaire en hospitalisation complète en 2019 par territoire de santé

**Taux de recours SSR par Territoire de Santé - séjours 2019/pop. 2017 - Standardisé**  
Catégorie Majeure (CM) - 05 - Affections de l'appareil circulatoire  
Taux de recours national : 38,14



### 3.3.3 Taux de recours au SSR pour des pathologies de l'appareil cardiovasculaire en hospitalisation partielle en 2019 par territoire de santé

**Taux de recours SSR par Territoire de Santé - séjours 2019/pop. 2017 - Standardisé**  
Catégorie Majeure (CM) - 05 - Affections de l'appareil circulatoire  
Taux de recours national : 11,02



### 3.3.4 Taux de fuite et d'attractivité en 2019 pour la prise en charge SSR spécialisé cardio suite à un séjour pour syndrome coronarien aigu ou insuffisance cardiaque, suivant le lieu de domicile du patient (année 2019)

		Taux de fuite	Taux d'attractivité
Syndrome coronarien aigu (N = 791)	TS 1+2	6,70%	9%
	TS 3	5,30%	30%
	TS 4	31,70%	5%
	TS 5	2,60%	16%
	TS 6	30,10%	1%
	TS 7	16,90%	15%
Insuffisance cardiaque (N = 164)	TS 1+2	3,30%	15%
	TS 3	9,70%	18%
	TS 4	55,00%	0%
	TS 5	4,50%	33%
	TS 6	100,00%	0%
	TS 7	45,20%	11%

Ces taux montrent une tendance mais la petite taille de la cohorte, surtout pour l'insuffisance cardiaque, limite l'analyse.

L'absence d'offre sur le territoire Centre Bretagne ne permet pas de mesurer le taux d'attractivité pour ce territoire. En revanche, une majorité des patients domiciliés en Centre Bretagne sont pris en charge dans les unités SSR spécialisées du TS 3 (42%) et du TS 7 (38%), pour les syndromes coronariens aigus en 2019 (source PMSI).

### 3.3.5 Activité en hospitalisation partielle en 2019

N° TS	Etablissement	Nombre de journées	Score RR médian
1	Fondation Ildys site Ty Yann	5628	71,0
1	Fondation Ildys site St Luc	3314	85,0
2	CH Douarnenez	2880	66,0
3	CRF Kerpape - Ploemeur	4462	39,0
4	CHBA - Vannes	2511	26,0
5	Clinique St Yves - Rennes	6615	74,0
6	Hôpital - Dinard	3981	116,0
7	CH Paimpol	3226	67,0
<b>Bretagne</b>		<b>32617</b>	<b>67,0</b>

L'activité en hospitalisation partielle est de 32617 journées avec une augmentation de 5,6% par rapport à 2018. Le score RR (rééducation réadaptation) médian est hétérogène allant de 26 à 116.

L'activité cible pour l'année 2019 est de 42000 journées (1,5 patients par place x nombre de places x nombre de jours ouvrés).

L'analyse de la charge rééducative avec des disparités de score RR médian tant en HC qu'en HJ, ainsi que le calcul du taux d'occupation lors d'un séjour à la demi-journée devront être approfondis par une analyse experte du PMSI.

### 3.3.6 Activité en hospitalisation complète en 2019

N° TS	Etablissement	Nombre de journées	Score RR médian
1	Fondation Ildys site St Luc	5747	98,0
2	CH Douarnenez	437	101,0
3	CRF Kerpape - Ploemeur	2347	50,0
5	Clinique St Yves - Rennes	10675	76,0
7	CH Paimpol	2970	78,0
<b>Région Bretagne</b>		<b>22176</b>	<b>77,0</b>

L'activité en hospitalisation complète en 2019 est de 22176 journées avec une baisse de 5,7% par rapport à l'année 2018. Le score RR médian est hétérogène entre 50 et 101.

L'activité cible en 2019 est de 30222 journées : nombre de lits x taux d'occupation (90%) x 365 (nombre de jours).

## 3.4 Profils patients actuellement pris en charge

### 3.4.1 Profils patients en hospitalisation partielle en 2019

TOH	Etablissement	Séjours en HP suite à une HC en SSR	Age médian	Part des 75 ans et plus	Score moyen de dép. phys. à l'entrée	Score moyen de dép. cogn. à l'entrée	Séjours post-chir. (%)	Délai médian depuis l'intervention
TFP	CH Douarnenez	4.8%	62	12.1%	4,0	2,0	84.3%	84
	Ildys site de Ty-Yann	2.9%	61	11.0%	4,0	2,0	22.5%	49
	Ildys site St Luc	7.2%	62	8.2%	4,3	3,4	23.3%	45
TLQ	CRF de Kerpape - Ploemeur	3.0%	60	6.9%	4,0	2,0	76.9%	53
TBA	CHBA Vannes	0.5%	66	13.1%	4,0	2,0	-	-
THB	Cq St-Yves	19.7%	57	4.1%	5,7	2,1	45.0%	44
TSM	CH Dinard	1.2%	65	10.3%	4,0	2,0	-	-
TA	CH Paimpol	5.2%	61	6.9%	4,1	2,1	0.2%	73
<b>Bretagne</b>		<b>6.6%</b>	<b>61</b>	<b>8.5%</b>	<b>4,4</b>	<b>2,2</b>	<b>30.0%</b>	<b>53</b>

Source : PMSI SSR 2018-2019

Le séjour en HP immédiatement après un séjour en HC reste très minoritaire, entre 0,5% et 7,2% (sauf à la clinique Saint Yves). L'âge médian est de 61 ans, la part des 75 ans et plus est plus minime, entre 4,1% et 13,1% avec une moyenne à 8,5%.

Le score moyen de dépendance physique est de 4,4 et le score moyen de dépendance cognitive de 2,2. Le taux de séjour post chirurgie est très hétérogène, entre 0,2% et 84,3%. Le délai médian depuis l'intervention est conséquent, entre 44 jours et 84 jours et avec une moyenne à 53 jours.

### 3.4.2 Profils patients en hospitalisation complète en 2019

TOH	Etablissement	Age médian	Part des 75 ans et plus	Score moyen de dép. phys. à l'entrée	Score moyen de dép. cogn. à l'entrée	Séjours post-chir. (%)	Délai médian depuis l'intervention
TFP	CH Douarnenez	67	13.3%	4,4	2,4	86.1%	77
	Ildys site St Luc	65	17.4%	4,7	3,5	41.8%	45
TLQ	CRF de Kerpape - Ploemeur	63	5.9%	5,1	2,5	87.8%	48
THB	Cq St-Yves	60	5.5%	5,3	2,9	51.5%	21
TA	CH Paimpol	65	15.5%	4,1	2,2	0.6%	10
<b>Bretagne</b>		<b>63</b>	<b>10.1%</b>	<b>4,8</b>	<b>2,8</b>	<b>44.5%</b>	<b>35</b>

Source : PMSI SSR 2018-2019

En hospitalisation complète, l'âge médian est de 63 ans avec une part de 75 ans et plus très faible, à 10,1%. La moyenne de dépendance physique est de 4,8 et de 2,8 pour la dépendance cognitive. La part des séjours post chirurgie est hétérogène, avec une moyenne à 44,5% et des chiffres oscillant entre 0,6% et 86,1%. Le délai médian moyen après intervention est de 35 jours, entre 10 jours et 77 jours.

### 3.4.3 Comparaison HP/HC

L'âge moyen des patients, 61 en HP et 63 en HC, et la part des plus de 75 ans, 10% en HP et 8,5% en HC, sont comparables pour les deux types d'hospitalisation.

Par ailleurs, en hospitalisation complète, les patients sont plus dépendants physiquement et cognitivement. Le pourcentage de prise en charge post chirurgie est aussi plus important, 44% contre 30% avec des délais d'attente moins longs, 35 jours contre 53 jours.

3.4.4 Focus sur deux profils accueillis en SSR spécialisés (données 2019) : SCA (syndrome coronarien aigu) et insuffisance cardiaque (IC) selon le lieu du domicile en 2019

	TS selon domicile du patient	Total	SSR	% réadaptation à l'effort
		patients	cardio	
		bretons	-vasculaire	
			s	
Syndrome coronarien aigu	TFP	239	84,9	82
	TLQ	112	91,1	85,7
	TBA	59	84,7	89,8
	THB	232	81	77,2
	TSM	90	88,9	84,4
	TA	151	82,1	47
	TCB	3		0
	<b>Total Bretagne</b>	<b>932</b>	<b>84,9</b>	<b>76,3</b>
Insuffisance cardiaque	TFP	673	4,5	8,6
	TLQ	244	12,7	24,6
	TBA	255	7,8	11,4
	THB	595	7,4	11,6
	TSM	202	3	13,9
	TA	348	8,9	17,8
	TCB	165	1,2	10,3
	<b>Total Bretagne</b>	<b>2 482</b>	<b>6,6</b>	<b>13</b>

→ Dans la prise en charge des syndromes coronariens aigus, l'orientation vers un SSR spécialisé « cardiovasculaire » est fortement privilégiée (entre 82,1% et 91,1%) avec une réadaptation à l'effort lors du séjour entre 47% et 85,7%.

→ Pour la prise en charge des insuffisances cardiaques, le pourcentage de séjour dans un SSR spécialisé « cardiovasculaire » est très faible (entre 1,2% et 12,7%) ainsi que le pourcentage de réadaptation à l'effort (entre 8,6% et 24,6%)

### 3.5 Synthèse et discussion sur les constats observés

#### 3.5.1 « Portrait-robot » du patient pris en charge en SSR cardiovasculaire

Le profil le plus souvent retrouvé est un homme d'environ 60 ans, avec un score de dépendance physique et cognitive faible. L'adressage est effectué après un séjour en MCO lors d'un épisode aigu d'une coronaropathie ou en post chirurgical.

### 3.5.2 Marges de progression identifiées

#### 3.5.2.1 Activité

L'activité en hospitalisation complète et partielle en 2019 est inférieure à l'activité cible :

- Pour l'hospitalisation complète, nous avons un écart de 8046 journées (30222-22176)
- Pour l'hospitalisation partielle, l'écart est de 9383 journées (42000 – 32617)

Cet écart à la cible, malgré des données de santé publique préoccupantes, peut être expliqué par :

- Un taux de recours faible dû à une offre insuffisante, un éloignement entre domicile et structure et une absence de lisibilité ou de méconnaissance de cette prise en charge
- Une activité insuffisante causée par une absence de développement avec des contraintes architecturales et de ressources humaines et par une articulation améliorable entre hospitalisations complète et partielle (patients hébergés en hospitalisation complète pour cause d'éloignement)

#### 3.5.2.2 Profils patients accueillis

Nous retrouvons peu de profils de patients âgés (>75 ans), peu de prise en charge d'insuffisance cardiaque ou d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs et peu d'adressages directs par le médecin traitant ou le cardiologue de ville.

La saturation de l'offre par les demandes du MCO avec de longs délais d'attente entraîne une priorisation de certaines prises en charge avec comme critère prédominant le potentiel de réhabilitation. Il n'existe pas, avec les taux d'équipements et le maillage actuels, de possibilité réelle d'un « double flux » : patients adressés par le secteur MCO car jugés à fort potentiel de réhabilitation et patients adressés dans un cadre moins aigu, pour des prises en charge inscrites dans la durée, dont les soignants ne s'inscrivent pas toujours dans cette culture de la réhabilitation.

#### 3.5.2.3 Inscription dans les filières de soins

Le SSR permet à l'heure actuelle de prendre en charge des patients adressés par le MCO lors d'un épisode aigu d'une pathologie cardiaque. L'adressage direct et le suivi dans la durée dans le cadre de pathologies chroniques telles que l'insuffisance cardiaque sont peu présents.

## 4 Préconisations régionales pour l'organisation de la prise en charge

---

### 4.1 Modalités communes de prise en charge en SSR cardiovasculaire

#### 4.1.1 Evaluation initiale

Point d'entrée en SSR suite à l'adressage, elle est réalisée par une équipe pluridisciplinaire afin d'avoir une vision globale du patient et de ses besoins.

Elle consiste à connaître la situation clinique et sociale du patient. Le cardiologue évalue la situation cardiologique à l'aide d'une échographie et d'une épreuve d'effort (avec possibilité de VO2 max) afin de stratifier le risque. Ces explorations sont indispensables et effectuées en amont ou pour l'adressage.

L'entretien avec la diététicienne et/ou l'IDE d'éducation thérapeutique complète ces éléments cliniques et renseigne sur les habitudes de vie du patient, permettant de réaliser le diagnostic éducatif et de déterminer les objectifs éducatifs thérapeutiques. Il doit être étayé par le courrier d'adressage fait par le médecin du secteur MCO, le médecin traitant ou le cardiologue de ville.

#### 4.1.2 Elaboration du projet personnalisé du patient

Le projet thérapeutique et éducatif est défini par la prescription personnalisée du réentraînement physique, un programme d'éducation thérapeutique du patient individualisé, un soutien psychologique, une prise en charge des comorbidités et l'aide à la réinsertion sociale.

Il nécessite un temps d'explication et un recueil de l'adhésion du patient. L'accompagnement individuel est essentiel pour que le patient progresse ainsi qu'une réévaluation régulière de son programme de soins.

Un projet thérapeutique tripartite, patient-SSR-médecin traitant ou cardiologue de ville, doit être privilégié pour l'inscrire dans la durée.

L'aidant peut être sollicité voire, dans certaines situations, intégré dans la prise en soins de la personne soignée. Son rôle est primordial dans l'observance et l'adhésion médicamenteuse de l'aidé ainsi que dans l'observance des règles hygiéno-diététiques ou l'organisation du suivi médical. Il constitue un levier afin de « faire passer un message » et potentialiser les bénéfices de l'éducation thérapeutique sur du long terme.

#### 4.1.3 Thèmes abordés en éducation thérapeutique par intervenant

Les thèmes abordés en éducation thérapeutique ainsi que les intervenants sont multiples et sont choisis par le patient selon ses besoins. Certains peuvent être partagés avec d'autres SSR.

Le cardiologue propose des séances sur la maladie coronarienne, la valvulopathie, l'insuffisance cardiaque et sur l'artériopathie des membres inférieurs.

L'infirmière d'éducation thérapeutique anime des sessions sur les facteurs de risque cardiovasculaires, l'auto surveillance et la gestion du traitement, des anticoagulants et du diabète.

La diététicienne fait des ateliers autour du thème de l'alimentation peu salée, sans graisse, l'étiquetage ainsi que l'utilisation d'une cuisine thérapeutique quand cela est possible.

L'enseignant d'activité physique adaptée ou le masseur kinésithérapeute donne une information sur les bienfaits de l'activité physique adaptée.

Le psychologue peut proposer un atelier collectif sur la gestion du stress ainsi que des séances individuelles.

#### 4.1.4 Déroulement d'un stage « type »

Le stage **dure 3 semaines** pour tous les profils patients, qu'ils soient en hospitalisation complète ou en hospitalisation partielle, sauf pour les insuffisants cardiaques qui peuvent bénéficier d'une semaine de stage supplémentaire ainsi que des séances une à 2 fois par semaine pour un suivi dans la durée.

Il **fonctionne en journée entière** avec 3 séances d'une heure d'activité physique adaptée par jour et avec des temps disponibles pour l'éducation thérapeutique avec les différents intervenants (cardiologue, IDE, APA, diététicienne), les consultations médicales ou des séances individuelles (psychologue, tabacologue).

Une réflexion sur une organisation en demi-journée a été faite suite à la crise sanitaire ; son expérimentation a été positive avec un sentiment d'augmentation de la qualité au dépend de la quantité. L'accessibilité à des patients en activité professionnelle de ces stages « en horaires décalés » est plus favorable.

Le recul sur cette nouvelle modalité de prise en charge est trop faible pour en connaître réellement les effets mais cette possibilité permet à certains patients de maintenir leur activité professionnelle. La spécificité du stage de réadaptation cardiovasculaire est une personnalisation maximale du projet de soins et des programmes mobilisés selon les besoins de chaque patient. Cet état de fait doit néanmoins rester compatible avec la tenue d'activités collectives.

Plusieurs groupes sont constitués selon la pathologie, patients coronariens ou insuffisants cardiaques, et son niveau de gravité. Cela permet d'avoir des séances d'éducation thérapeutique communes à leur pathologie et à avoir des programmes de réentraînement physique similaires.

Cela entraîne un nombre de séances d'éducation thérapeutique variable, entre 3 et 11 par stage, avec des thèmes variés et choisis par le patient ainsi que des consultations optionnelles avec un psychologue, un tabacologue, une assistante sociale ou un ergothérapeute.

La proximité avec d'autres SSR spécialisés facilite la prise en charge d'un patient ayant une pathologie associée avec un accès rapide à un avis et/ou une consultation médicale et à des examens complémentaires.

#### 4.1.5 Bilan final et modalités de suivi

Le bilan final consiste en une épreuve d'effort (avec VO2 max si besoin) et si nécessaire une échographie transthoracique avec une consultation cardiologique pour apprécier l'évolution de la pathologie et à formaliser des objectifs avec le patient pour son retour à domicile.

Le patient sera ensuite suivi par son médecin traitant et/ou par son cardiologue. La présence d'une association en lien avec le SSR cardiovasculaire (Ex : Club « Cœur et santé ») ou d'un télésuivi SSR cardiaque est une condition nécessaire pour avoir une prise en charge optimale car elle permet d'encadrer, quand les patients le souhaitent, la phase 3 de la réadaptation et ainsi proposer un accompagnement dans la durée.

De plus l'expérimentation article 51 « As du cœur » permet d'avoir un suivi APA et d'éducation thérapeutique pendant 5 mois, financé par l'ARS. Cette prise en charge pourra devenir pérenne et permettra de formaliser le lien avec les acteurs du suivi en ville. L'expérimentation bretonne débute en septembre 2021 avec le SSR cardiovasculaire de la clinique Saint Yves à Rennes et avec 5 structures partenaires à Rennes, Vitré, Vern sur Seiche et au Pays de la roche aux fées pour garantir la proximité aux patients souhaitant ce suivi. En PACA, région pilote, le gain pour le patient est objectif, avec des économies générées par l'absence de surcoûts.

## 4.2 Choix du type d'hospitalisation

### 4.2.1 Profils éligibles à l'hospitalisation partielle

Les critères d'éligibilité pour l'hospitalisation partielle sont :

- Le degré de gravité de la pathologie : sont incluses les post SCA, les post opératoires de chirurgie cardiaque « simples », les AOMI de type 2, les insuffisants cardiaques stables, les patients avec un haut risque cardiovasculaire
- La proximité géographique : temps de trajet inférieur à 30 minutes
- Le degré d'autonomie du patient : capacité à se déplacer entre les ateliers et sessions APA, prise de traitement

### 4.2.2 Profils éligibles à l'hospitalisation complète

Les critères d'éligibilité pour l'hospitalisation complète sont :

- Le degré de gravité de la pathologie : sont incluses les suites « compliquées » des post SCA ou post chirurgie cardiaque, les insuffisants cardiaques sévères, les porteurs de Life-Vest, les post transplantés cardiaques et les post assistances ventriculaire gauche.
- La distance géographique : temps de trajet supérieur à 30 minutes
- Le degré d'autonomie du patient : fatigabilité, présence d'IDE et AS pour aide à la vie quotidienne et à la prise médicamenteuse

## 4.3 Accueil en hospitalisation partielle

### 4.3.1 Effectif moyen constaté pour 10 places

Hospitalisation partielle (pour 10 places)	ETP
Cardiologue	0,8
Cadre infirmier	0,1
Cadre rééducateur (si mutualisation)	0,1
Infirmier	1
Aide-soignant	1
Kinésithérapeute	0,5
Diététicien	0,3
Moniteur APA	1
Psychologue	0,1
Assistant social	0,05

Cet effectif moyen régional a été calculé à partir des dossiers déposés par chaque unité dans le cadre du renouvellement des autorisations SSR de 2018. Il doit être analysé avec prudence, un certain nombre de compétences étant mutualisées avec d'autres unités.

Seul, le temps dédié aux soins est pris en compte. Il convient donc, dans la définition de ratios-cibles, de majorer certains temps de présence pour répondre aux besoins de consultations avancées, de suivi des patients chroniques, d'équipe mobile, voire de coordination au sein de la filière ou d'appui aux professionnels non spécialisés. Certaines compétences clés sont aussi à développer telles que le temps de psychologue, de diététicienne et de moniteur APA.

#### 4.3.2 Hôtels pour patients

L'éloignement du SSR fait partie des critères d'hospitalisation complète pour les patients ayant un temps de trajet supérieur à 30 minutes. L'ouverture ou l'augmentation de l'offre d'hébergement soit au sein de l'établissement ou par convention avec une structure proche permettrait d'avoir une meilleure pertinence sur le profil des patients accueillis en hospitalisation complète.

Point de vigilance : l'évolution du profil des patients en HC se traduirait dans ce cadre par des besoins en soins plus importants, augmentant la charge de travail et la lourdeur des prises en charge, notamment en matière de dépendance.

### 4.4 Accueil en hospitalisation complète

#### 4.4.1 Effectif moyen constaté pour 30 lits

Hospitalisation complète (pour 30 lits)	ETP
Cardiologue	3
Cadre infirmier	1
Cadre rééducateur (si mutualisation)	0,2
Infirmier	6
Aide-soignant	6
Kinésithérapeute	1
Diététicien	0,5
Moniteur APA	2
Psychologue	0,25
Assistant social	0,2

Seul, le temps dédié aux soins est pris en compte, avec une ligne d'astreinte médicale incorporée dans l'effectif de cardiologues. Comme dans le cas de l'hospitalisation partielle, il convient donc, dans la définition de ratios-cibles, de majorer certains temps de présence pour répondre aux besoins de consultations avancées, de suivi des patients chroniques, d'équipe mobile, voire de coordination au sein de la filière ou d'appui aux professionnels non spécialisés. Certaines compétences clés sont aussi à développer telles que le temps de psychologue, de diététicienne et de moniteur APA.

#### 4.4.2 Taille critique et mutualisations possibles

En SSR, la taille critique d'une unité HC est de 30 lits (ANAP, 2015). Des mutualisations sont possibles quand des spécialités complémentaires au SSR cardiovasculaire (SSR nutrition, pneumo) sont réunies dans un même service ou quand ce SSR est au sein d'un service de cardiologie conventionnelle.

### 4.5 Place du SSR dans le parcours

#### 4.5.1 Définition des parcours type

- **Maladie coronaire** : elle est repérée durant un séjour en MCO. Le patient est ensuite adressé en SSR cardiovasculaire de proximité en hospitalisation partielle si possible. Le suivi est fait par le médecin traitant et/ou le cardiologue de ville avec un lien avec une association ou « as du cœur » pour la phase 3 de la réadaptation cardiovasculaire.
- **Post chirurgical** : le repérage de ce profil est fait lors d'un séjour en MCO. Le patient est ensuite adressé en SSR cardiovasculaire de recours en hospitalisation complète et le plus précocement possible. Le suivi est fait par le médecin traitant et/ou le cardiologue de ville avec un lien avec une association ou « as du cœur » pour la phase 3 de la réadaptation cardiovasculaire.
- **Insuffisance cardiaque** : le repérage de ce profil peut se faire soit dans le cadre d'une hospitalisation en MCO lors d'une décompensation cardiaque soit par le médecin traitant ou le cardiologue de ville lors d'un suivi. Selon la gravité de la pathologie, le patient peut être orienté vers :
  - o Une prise en charge externe avec un moniteur d'activité physique adaptée et une infirmière d'éducation thérapeutique.
  - o Un SSR polyvalent proposant un réentraînement à l'effort
  - o Un SSR cardiovasculaire de proximité avec une hospitalisation partielle
  - o Un SSR cardiovasculaire de recours en hospitalisation complète

Le suivi est fait par le médecin traitant et/ou le cardiologue de ville avec un lien avec une association ou « as du cœur » pour la phase 3 de la réadaptation cardiovasculaire.

- **Artériopathie oblitérante des membres inférieurs** : le repérage se fait soit lors d'une hospitalisation en MCO soit lors d'un suivi avec le médecin traitant ou l'angiologue ou le cardiologue.

L'orientation peut se faire vers :

- o Un SSR polyvalent proposant une réadaptation cardiovasculaire (réentraînement à l'effort avec appui externe d'un SSR spécialisé ?)
- o Un SSR cardiovasculaire de proximité avec une hospitalisation partielle

Le suivi est réalisé par le médecin traitant ou l'angiologue ou le cardiologue de ville avec un lien avec une association ou « as du cœur » pour la phase 3 de la réadaptation cardiovasculaire.

#### 4.5.2 Organisation des filières de soins

Niveaux de recours	Adressage	Type de SSR ou autre modalité de pec	Profils cliniques
Niveau 1 : de proximité (non spécialisé)	Médecin traitant  Cardiologue de ville	SSR polyvalent Suivi externe (APA, IDE ETP et diét) Avec appui métiers SSR spécialisé	Prévention primaire IC stable Maladie coronaire (sans évènement aigu récent) AOMI stade 1 ?
Niveau 2 : de territoire	MCO SSR polyvalent ou spécialisé PSL	SSR cardio HC et HJ  Cs avancées (SSR polyvalent) Equipes mobiles SSR cardio experts	Maladie coronaire (avec évènement aigu) Post chir (valvulaire et pontage coronarien) AOMI stade 2  IC instable
Niveau 3 : régional ou infra régional	MCO Centres de référence	SSR spécialisé HC et HJ Cs avancées dans SSR cardio	Post chir complexe Pré et post greffe Cardiopathie complexe

#### 4.5.3 Perspectives dans la gradation des soins

Pour les pathologies chroniques stables, une prise en charge en externe ou sur un SSR polyvalent pourrait être envisagée dès lors qu'un appui par les professionnels spécialisés est présent.

Une meilleure efficacité de l'hospitalisation complète entraînerait une diminution des délais de prise en charge et plus spécifiquement pour le post chirurgical, ce qui impliquerait une amélioration de la pertinence des séjours HC.

Les différentes missions du SSR cardiovasculaire expert telles que la coordination régionale, la formation, l'enseignement et la recherche amèneraient une harmonisation des pratiques, la possibilité de formation des personnels des SSR polyvalents, la validation du stage en SSR expert pour le DES de réadaptation cardiovasculaire.

## 4.6 Innovations organisationnelles

### 4.6.1 Stage de proximité

Le stage de proximité consiste à mettre en place une consultation avancée de cardiologue spécialisé dans la réadaptation cardiovasculaire sur le site d'un SSR polyvalent de son territoire de santé.

Le cardiologue fait un bilan initial avec le matériel nécessaire sur place et prescrit un programme de réentraînement physique. En parallèle, une diététicienne et une IDE d'éducation thérapeutique mènent un entretien avec le patient pour écrire le projet thérapeutique et choisir les thématiques abordées lors du stage.

Point de vigilance : La consultation avancée du cardiologue spécialisé reste centrée sur le potentiel de réhabilitation ; ce n'est pas une consultation de cardiologie médicale.

#### 4.6.2 Place des innovations technologiques

La télésanté peut offrir diverses alternatives aux prises en charge classiques : téléadaptation avec des masseurs-kinésithérapeutes ou des IDE, télééducation avec des moniteurs APA, ou encore téléconsultation par l'infirmière de pratique avancée.

Les modalités de suivi peuvent aussi être impactées grâce aux outils connectés (montre, vélo...) qui pourront proposer une prise en charge dans la durée.

Toutes ces possibilités nouvelles devront être étudiées pour répondre de façon optimale aux besoins du patient.

L'absence d'offre de proximité pour certains patients, et d'autre part une volonté d'accompagnement des situations chroniques dans la durée, plaident pour la promotion des alternatives et par des « relais » en ville, idéalement au sein d'un réseau.

La démographie médicale actuelle des cardiologues reste très tendue aujourd'hui, ce qui compromet la montée en charge de téléconsultations et d'innovations organisationnelles, souvent chronophages lors du démarrage.

#### 4.6.3 Formation du SSR expert en appui du SSR polyvalent

Dans ses missions de formation, le SSR expert peut mobiliser une équipe mobile (IDE, APA, diététicienne) pour former les équipes des SSR polyvalents à la prise en charge des patients nécessitant de la réadaptation cardiovasculaire dans leur structure, soit dans le cadre d'un stage de proximité.

Point de vigilance : Disponibilité de cette équipe, périmètre d'intervention

#### 4.6.4 Réseau de RCV Bretagne avec séminaire 1x/an

La mise en place d'un réseau régional des SSR cardiovasculaire serait utile dans le partage d'expérience, l'harmonisation des pratiques et la connaissance des différents acteurs du secteur.

Un séminaire annuel ayant lieu chaque année dans un SSR cardiovasculaire différent serait l'occasion d'échanger, de proposer des thèmes de discussion et de visiter les installations.

#### 4.6.5 Place de l'infirmière de pratique avancée

L'infirmière de pratique avancée avec mention « pathologies chroniques stabilisées ; prévention et polyopathologies courantes en soins primaires » participe à la prise en charge globale du patient qui lui a été confié par le cardiologue. Elle permet de renforcer le suivi des patients à risque de décompensation et d'hospitalisation par la surveillance clinique et paraclinique, le renouvellement ou l'adaptation de prescriptions médicales et d'examen complémentaires.

Elle coordonne les parcours de soins entre les soins de premier recours, les médecins spécialistes de premier ou deuxième recours et les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Elle a un rôle de leadership auprès de l'équipe, met en œuvre des actions d'amélioration des pratiques professionnelles et des connaissances et participe à des études et des travaux de recherche.

Elle met aussi en place des activités d'éducation thérapeutique, de prévention ou de dépistage.

#### 4.6.6 Place des APA pendant le stage et la phase 3

Considéré comme compétence recommandée et non obligatoire, le moniteur d'activité physique adaptée a une place importante dans le réentraînement physique lors du stage de réadaptation ainsi que dans la phase 3.

Sa complémentarité avec le travail du masseur kinésithérapeute permet une prise en charge variée du patient de par son expérience et son parcours de formation différents.

L'ARS Bretagne a mis en place en 2015 une charte « sport santé bien être » entre l'ARS, la DRAJES (Direction Régionale Académique à la Jeunesse, à l'Engagement et aux Sports) et les structures proposant de l'activité physique adaptée.

Elle permet d'encadrer l'offre en vérifiant à la signature puis tous les 4 ans que les moniteurs sont bien formés, soit via le diplôme STAPS-APAS (Sciences et Techniques des Activités Physiques – Activités Physiques Adaptées Santé) soit via une formation obligatoire de 40h « Parcours activité physique adaptée et maladies chroniques » avec des modules complémentaires.

Ces professionnels sont référencés sur le site : <https://bretagne-sport-sante.fr/>

## 5 Indicateurs de suivi et de pilotage

---

L'objectif de ces indicateurs est de mesurer le service médical rendu.

Plusieurs types d'indicateurs sont mobilisables et une liste ci-après (non exhaustive) vous est proposée :

- Indicateur d'activité : nombre de patients suivis pour IC ou AOMI, nombre de nuitées en hôtel pour patients, nombre de patients suivis par une IPA.
- Indicateur de moyens : nombre d'ETP de cardiologues ayant le DES « réadaptation cardiovasculaire », nombre de places en hôtel pour patients, taux d'équipement, taux de formation des personnels des SSR polyvalents par les SSR spécialisés
- Indicateur de processus : délai d'attente, nombre de séances APA par stage, taux d'interruption en cours de stage, taux de patients revus à 6 mois, 12 mois et 2 ans
- Indicateur de résultat : pourcentage d'adressage direct, pourcentage de prise en charge précoce post chirurgie, pourcentage de stages innovants (de proximité, scindé...), pourcentage de réhospitalisation à 6 mois pour les insuffisances cardiaques
- Indicateur de satisfaction : taux de satisfaction des patients, taux de satisfaction des personnels des SSR polyvalents ayant eu une formation par le SSR spécialisé, taux de satisfaction des adresseurs

## Annexe 1 : Bibliographie

- Recommandations HAS :
  - Evaluation de l'efficacité et de l'efficience dans les maladies chroniques (juin 2018)
  - Guide ALD : Accident vasculaire cérébral (mars 2017)
  - Guide du parcours de soins : insuffisance cardiaque (juin 2014)
  - Points critiques du parcours de soins : insuffisance cardiaque (juin 2014)
  - Outil d'aide à la décision pour l'admission des patients en SSR (juillet 2013)
  - Comment organiser la sortie des patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque (avril 2015)
  - ALD : Insuffisance cardiaque systolique (juillet 2015)
  - ALD : Insuffisance cardiaque à fonctions systolique préservée (juillet 2015)
  - Guide ALD : Artériopathie oblitérante des membres inférieurs (mars 2007)
  - Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte (septembre 2016)
  - Guide du parcours de soins : Maladie coronarienne stable (septembre 2016)
  
- Recommandations de la société française de cardiologie :
  - Pavy B, Iliou MC, Vergès B, Brion R, Monpère C, Recommandations du Groupe Exercice Réadaptation Sport (GERS) de la société française de cardiologie concernant la pratique de la réadaptation vasculaire chez l'adulte
  - Marcadet DM, Pavy B, Recommandations de la société française de cardiologie pour les épreuves d'effort (août 2018)
  - Jourdain P, Juillièrè Y, Education thérapeutique du patient atteint d'insuffisance cardiaque chronique (2011)
  - Recommandations de la société française de cardiologie concernant la prise en charge de l'infarctus du myocarde après la phase aiguë (2001)
  
- Recommandations de la société européenne de cardiologie :
  - The Sixth Joint Task Force of The European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice, 2016 European Guidelines on vascular disease prevention in clinical practice (2016)
  
- Cadre d'Orientation Stratégique du PRS 2 – « Les enjeux liés à l'organisation du système de santé – L'adaptation du système de santé à la prévalence des maladies chroniques » p17
  
  
- Articles :
  - Blacher J, *Actualités en hypertension artérielle*, Arch mal Cœur Vaiss Prat 2020, 2020 : 1-2
  - Com-Ruelle L, Nestrigue C, *Parcours de soins des personnes hospitalisées pour un accident vasculaire cérébral*, Questions d'économie de la santé #234, juillet/août 2018
  - de Peretti C, Nicolau J, Chin F, Tuppin P, Danchin N, Danet S, Iliou MC, *Réadaptation cardiaque hospitalière après infarctus du myocarde en France : apports du PMSI-SSR*, Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, 2014, n° 5, p. 84-92

- Iliou MC, *Réadaptation cardiaque : les preuves scientifiques récentes de ses bénéfices*, Arch mal Cœur Vaiss Prat 2020, 2020 : 2-6
- Monpere C, *Les dernières recommandations françaises en réadaptation cardiaque : que faut-il en retenir ?* Réalités cardiologiques #297 nov/déc 2013 cahier 1
- Pavy B, Darchis J, Merle E, Caillon M, *La réadaptation cardiaque après infarctus du myocarde : un taux d'abstention trop élevé*, Annales de cardiologie et d'angéiologie 63 (5), nov 2014
- Peretti C, Nicolau J, Chin F, Tuppin P, Danchin N, Danet S, Iliou MC, *Réadaptation cardiaque hospitalière après infarctus du myocarde en France : apports du PMSI-SSR*, Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 2014, n°. 5, p. 84-92
- Pierre B, *Le rôle des services de réadaptation cardiovasculaire dans l'optimisation thérapeutique*, Arch mal Cœur Vaiss Prat 2020, 2020 : 22-30
- Richard L, *Entraînement en endurance : pour qui, comment ?* Arch mal Cœur Vaiss Prat 2020, 2020 : 7-15

**Annexe 2: Recommandation du GERS-P concernant la pratique de la réadaptation cardiovasculaire chez l'adulte**

Niveau de risque	
<b>Faible</b>	Evolution clinique hospitalière non compliquée (pas de récurrence ischémique, d'insuffisance cardiaque ou d'arythmie ventriculaire) Bonnes capacités fonctionnelles (>6 METS) à distance (3 semaines ou plus) de la phase aiguë Fonction ventriculaire gauche systolique conservée Pas d'ischémie myocardique résiduelle au repos ou à l'effort - pas d'arythmie ventriculaire sévère au repos ou à l'effort
<b>Intermédiaire</b>	Capacités fonctionnelles moyennes (5-6 METS) à distance (3 semaines ou plus) de la phase aiguë Fonction ventriculaire gauche systolique modérément altérée Ischémie myocardique résiduelle modérée et/ou sous-décalage du segment ST inférieur à 2 mm au test d'effort ou ischémie myocardique réversible lors des explorations isotopiques ou écho cardiographiques Arythmie ventriculaire peu sévère (classe I ou II de Lown) au repos ou à l'effort
<b>Elevé</b>	Evolution clinique hospitalière compliquée (insuffisance cardiaque, choc cardiogénique et/ou arythmie ventriculaire sévère) Survivants de mort subite Capacités fonctionnelles basse (<5 METS) à distance (3 semaines ou plus) de la phase aiguë Fonction ventriculaire gauche sévèrement altérée (fraction d'éjection <30%) Ischémie myocardique résiduelle sévère (angor d'effort invalidant, seuil ischémique bas et/ou sous-décalage du segment ST L mm à l'électrocardiogramme d'effort) Arythmie ventriculaire complexe (classe III, IV et V de Lown) au repos ou à l'effort