

# Critères d'orientation des patients en SMR spécialisé cardiovasculaire

Validée par le Collège le 13 décembre 2023

Date de la saisine : 2023

Demandeur : DGOS

Service pilote : Service des bonnes pratiques (SBP)

Emmanuel Corbillon (Chef de projet), Valérie ERTÉL-PAU (Adjointe au Chef de Service)

## 1. Présentation et périmètre

### 1.1. Demande

La Direction générale de l'organisation des soins du ministère de la Santé et de la Prévention a demandé d'inscrire au programme de travail de la HAS un projet qui aiderait à « *définir et partager les critères d'orientation vers les Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR)* ».

« *L'orientation vers une prise en charge en SMR peut poser des difficultés pour identifier les besoins du patient mais également la structure la plus adaptée. Les réformes du champ Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) (réforme du régime d'autorisation (1, 2) et réforme du modèle de financement) comportent des leviers et incitations forts pour travailler à une meilleure pertinence des orientations vers le SMR. La pertinence de l'orientation vers un SMR est questionnée car elle est effectuée par d'autres acteurs de la prise en charge non spécialisés en réadaptation, alors même que les critères d'orientation n'ont pas été collectivement partagés* ».

La DGOS estime nécessaire d'outiller les acteurs par une « *description fine des critères d'orientation en complément de l'évolution des leviers réglementaires et financiers, pour optimiser la réorganisation de la filière et des parcours de soins* ».

### 1.2. Contexte

#### 1.2.1. Les hospitalisations en SMR

Selon la saisine de la DGOS, trois catégories majeures d'affections concentrent à la fois une majorité des journées de présence en hospitalisation partielle (environ 85 %) et une majorité des séjours en hospitalisation complète (un peu plus de 65 %) : affections respectivement du système nerveux, du système ostéoarticulaire et de l'appareil circulatoire. Ces données sont confirmées par le panorama de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques Les établissements de santé en 2021 montrant que les motifs de prise en charge en SMR varient selon l'âge et le statut de l'établissement Les séjours sont majoritairement motivés par des maladies du système ostéoarticulaire (19 %), des lésions traumatiques (14 %), des affections du système nerveux (13 %) et de l'appareil cardiovasculaire (12 %).

Considérant ces dernières données, et en réponse à la saisine de la DGOS, la HAS a souhaité mener un projet de précision des critères d'orientation des patients en **SMR spécialisé cardiovasculaire** (la HAS ayant déjà mené des travaux sur les orientations en réadaptation des patients en période post AVC (3) et des patients ayant eu une ligamentoplastie du ligament croisé antérieur (4), ou une arthroplastie totale du genou (5)).

### 1.2.2. La réadaptation cardiovasculaire

La réadaptation cardiovasculaire (ReCV) est définie par l'ensemble des activités nécessaires pour influencer favorablement le processus évolutif de la maladie cardiaque, ainsi que pour assurer aux patients la meilleure condition physique, psychologique et sociale possible dans son écosystème (6). Elle vise également à renforcer les comportements de santé favorables à long terme. Elle consiste en une prise en charge multidisciplinaire en SMR spécialisé autorisé à la mention « cardio-vasculaire » avec un programme structuré et des objectifs personnalisés. La réadaptation en pathologie cardio-vasculaire a pour finalité de permettre aux patients d'adapter au mieux leur vie à leur pathologie et de devenir les acteurs responsables de l'optimisation de leur état de santé.

La réadaptation cardiovasculaire repose sur :

- Le **réentraînement à l'effort** guidé par une épreuve d'effort maximale et l'apprentissage des activités d'entretien physique à poursuivre ;
- La **correction des facteurs de risques** : modification des comportements alimentaires, gestion du stress, promotion de l'activité physique ;
- L'**optimisation du traitement** : adaptée à l'état du patient et à son mode de vie ;
- L'**éducation thérapeutique** : pluridisciplinaire, donne au patient les moyens d'améliorer son pronostic ;
- Une **prise en charge psychologique** : les répercussions psychologiques sont fréquentes : peur rétroactive de l'accident, perte de l'estime de soi, appréhension de la vie quotidienne, syndrome dépressif, perte de confiance ;
- La **préparation de la réinsertion professionnelle** : pour apprécier avec le patient les limitations à l'effort, pour évaluer le moment de la reprise du travail, et s'il est envisageable ou non de reprendre le même poste ;
- L'**ajustement du traitement aux besoins personnels**.

Cette démarche auprès du patient prend nécessairement en compte son état psychologique, ses préoccupations sociales, familiales, professionnelles, etc.

Les objectifs spécifiques sont : l'amélioration du pronostic par réduction de la morbi-mortalité, l'amélioration des capacités d'effort et de la qualité de vie du patient, la prévention secondaire par la correction des facteurs de risque cardiovasculaires, l'optimisation du traitement médicamenteux, la réinsertion socioprofessionnelle et le développement de la compétence d'auto-soins du patient via l'éducation thérapeutique.

La réadaptation consiste donc en une approche systémique du patient, prenant en compte la personne dans sa globalité et nécessitant un réseau multidisciplinaire. Elle nécessite :

- Des compétences médicales (cardiologue, médecin de médecine physique et réadaptation, diabétologue, psychiatre, tabacologue...) ;
- Une équipe pluridisciplinaire (IDE, masseur kinésithérapeute, ergothérapeute, enseignant en activité physique adaptée, psychologue, diététicien, aide-soignant).

### 1.2.3. Les pathologies pouvant relever d'une orientation en SMR spécialisé cardiovasculaire

L'instruction N° DGOS/R4/2022/210 du 28 septembre 2022 (7) précise que l'orientation d'un patient pour une prise en charge spécialisée en SMR « cardio-vasculaire » est liée à l'**existence d'une pathologie cardiovasculaire avec une indication de réadaptation cardiaque** selon les recommandations nationales et internationales et en l'absence de contre-indication définitive. L'état du patient est stabilisé à son admission et fait l'objet d'une surveillance médicale constante et spécialisée au cours de son séjour. Certains patients relèvent plus particulièrement d'une prise en charge spécialisée, par des structures autorisées à la mention « cardiovasculaire » (liste non exhaustive) :

- Les patients avec pathologies ischémiques (post-syndrome coronarien aigu, après revascularisation coronaire médicale ou chirurgicale, syndrome coronarien chronique),
- Les patients avec insuffisance cardiaque, y compris avec des dispositifs implantables,
- Les patients en suite de chirurgie cardio-vasculaire (valvulaire, aortique, congénitale, vasculaire),
- Les patients en suite de réparations valvulaires percutanées,
- Les patients porteurs d'assistances ventriculaires,
- Les patients en suite de transplantation cardiaque,

- Les patients atteints d'artériopathie des membres inférieurs,
- Les patients atteints de cardiomyopathies.

Cette liste est superposable à celle établie par les "Recommandations pour la pratique de la réadaptation cardiaque chez l'adulte", élaborées par son groupe de travail Exercice Réadaptation et Sport (GERS). Août 2011(8) **(en cours d'actualisation)**.

#### 1.2.4. Bénéfices de la réadaptation CV

La réadaptation CV a des effets favorables sur les facteurs de risque, sur les systèmes cardiovasculaire, respiratoire et musculaire, sur les capacités d'effort et d'auto-gestion de la maladie, sur la qualité de vie et sur le pronostic.

Les preuves du bénéfice de la ReCV chez les patients avec **coronaropathie** sont les plus nombreuses car étudiées de longue date avec des réductions de mortalité cardiovasculaire de 26 % et ré hospitalisations de 18 % (9), y compris pour les études récentes intégrant la prise en charge moderne du syndrome coronarien aigu (SCA) (angioplasties primaires, thérapeutiques antithrombotiques,...). Les données de vie réelle sont également probantes : en France, la prescription d'une réadaptation cardiaque dans les registres FAST-MI (10) s'accompagne une réduction de la mortalité à 1 an de 28 %, encore plus marquée chez les patients à plus haut risque (11). Le bénéfice de la réadaptation a été aussi démontré, en dehors du SCA, chez les patients avec coronaropathie chronique traités médicalement ou par angioplastie ou par pontage aortocoronarien (12).

Chez les **patients avec insuffisance cardiaque**, une réduction de mortalité de 12 % et des réhospitalisations de 20-30 % est observée essentiellement chez les patients avec une fraction d'éjection réduite et largement dépendante de l'observance à l'entraînement (13). L'amélioration des capacités d'effort (paramètre essentiel du pronostic) est constamment observée dans les études randomisées ou de vie réelle (14, 15) et s'accompagnent d'une amélioration de la qualité de vie. Pour les patients avec insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée, des études pilotes ont démontré une amélioration de la capacité d'effort et du remplissage ventriculaire, et deux études randomisées (Ex DHF (16) et OptimEx-CLIN (17)) sont en cours concernant le pronostic dont les résultats sont attendus prochainement.

**Des patients avec d'autres pathologies** bénéficient de la réadaptation, avec des preuves scientifiques moins nombreuses : après d'autres indications de chirurgie cardiaque (valves, dissections aortiques, transplantations cardiaques, assistances ventriculaires), cardiopathies congénitales, etc.

#### 1.2.5. Place du SMR spécialisé dans le parcours des patients avec pathologie cardiovasculaire

**Le passage en SMR** peut se dérouler avant une hospitalisation en service de médecine ou de chirurgie, être la seule hospitalisation du parcours de soins, ou avoir lieu après une prise en charge hospitalière.

**La prescription d'une réadaptation cardio-vasculaire** est un acte médical qui doit tenir compte des besoins spécifiques de chaque patient. **Une orientation en SMR peut être prescrite** par le médecin traitant (médecin généraliste ou cardiologue exerçant en ville), ou par le médecin en charge de l'hospitalisation du patient en service de médecine ou de chirurgie (respectivement 18 % et 81 % des admissions en SMR toutes pathologies confondues).

**En France, chaque patient est libre de choisir son établissement de soins (dans le panel d'établissements disponibles)**. Toutefois certains éléments peuvent être pris en compte pour l'orientation comme l'importance des soins et de la surveillance médicale, la complexité de la rééducation, le niveau de dépendance, des facteurs psychologiques et sociaux. Il n'y a pas de nécessité d'accord préalable. Les séances de ReCV sont intégralement prises en charge par l'Assurance Maladie car considérées comme faisant partie intégrante de la prise en charge de la personne avec maladie chronique.

Chaque admission en SMR doit faire l'objet **d'une évaluation des besoins médicaux préalable** synthétisée sous forme de « fiche de pré-admission médicale » - dans la mesure du possible intégrée aux outils d'orientation

comme [ViaTrajectoire](#) - qui mentionne le résultat de l'évaluation qui a permis la décision d'orientation et les objectifs en termes de gain thérapeutique du séjour en SMR.

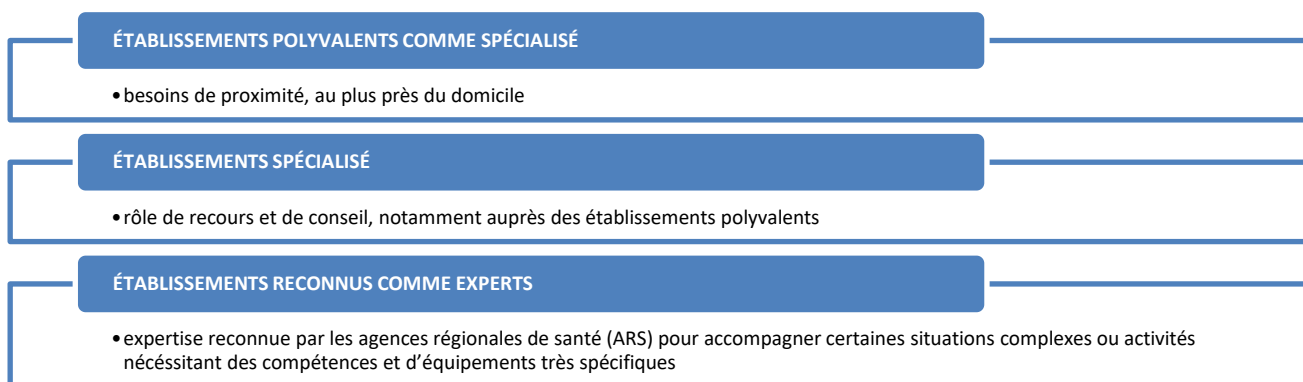
**A l'entrée du séjour en SMR**, l'équipe de soins et d'accompagnement co-construit avec les patients un projet thérapeutique personnalisé, réalisé en équipe pluriprofessionnelle, qui se fonde sur une évaluation portant sur les déficiences, les activités, les participations avec leurs diverses. Cette évaluation initiale visant à la **stratification du risque évolutif** est indispensable pour envisager un programme de réadaptation. Reposant sur une évaluation clinique, échographique et ergométrique initiale, elle permet de définir trois niveaux de risque (faible, intermédiaire et élevé) suivant l'évolution hospitalière, la capacité fonctionnelle, la fonction ventriculaire, la réponse à l'effort (ischémie, arythmie), et d'adapter les modalités et la surveillance de la réadaptation. Un registre prospectif français a montré que la fréquence des complications cardiovasculaires majeures lors d'un entraînement physique supervisé en France était assez faible et qu'aucune complication mortelle ni défibrillation d'urgence n'avaient été signalées (18).

**Le médecin coordonnateur du SMR** est spécialisé en médecine cardiovasculaire ou en médecine physique et de réadaptation et justifiant dans ce cas d'une formation ou d'une expérience attestée en cardiologie. Dans tous les cas, l'accès des patients à un médecin spécialisé en médecine cardiovasculaire est obligatoire.

**L'établissement autorisé à la mention « cardiovasculaire »** doit être notamment capable de prendre en charge des patients avec pathologie cardiovasculaire complexe et/ou à risque évolutif avec risque de complication durant le séjour ou de risques à moyen/long terme et nécessitant :

- Une réadaptation complexe, pluridisciplinaire et intensive, d'au moins trois heures par jour, dès lors que les capacités fonctionnelles des patients le permettent. La durée est systématiquement adaptée à l'état de santé du patient ;
- Une surveillance médicale et/ou un traitement médical important, en raison de facteurs de comorbidité, ou de risques clinique / séquelles /complications de l'affection causale ;
- Une poursuite de la stabilisation des fonctions vitales au décours d'une prise en charge en courtséjour (réanimation, post opératoire précoce...) ;
- La prévention de ces maladies, de leur rechute ou de leur exacerbation.

**En 2022, l'offre de soins s'organise ainsi autour de trois types d'établissements** qui répondent à des besoins de proximité mais également d'expertise comme le présente la figure ci-dessous.



**Différents modes de séjour sont proposés en SMR** : hospitalisation complète (avec hébergement) possible également à temps partiel, hospitalisation de jour (à temps partiel ou sur un rythme quotidien, avec retour au domicile après les soins), hospitalisation à domicile.

**Le retour dans le lieu de vie antérieur** peut s'effectuer lorsque le patient acquiert ou récupère un niveau d'autonomie suffisant : l'évaluation de la dépendance est donc une étape indispensable de la prise en charge dans les structures type SMR, notamment via l'échelle internationale de mesure d'indépendance fonctionnelle (MIF). La sortie du centre de ReCV représente un risque de rupture dans la filière de soins : elle doit donc être organisée afin d'aider le patient à poursuivre au long cours son activité physique, les améliorations de son comportement et les compétences qu'il a acquises durant sa réadaptation (19). **Dans le cadre de la coordination des parcours de santé**, les professionnels de santé libéraux, notamment ceux de la rééducation (masseurs-kinés, orthophonistes,...) sont des interlocuteurs et partenaires privilégiés des SMR pour organiser la sortie

de l'établissement avec la poursuite de la prise en charge. Pour accompagner le retour à domicile, les SMR peuvent **signer des accords avec les PRADO** (programmes d'accompagnement au retour à domicile). Ils peuvent également **se coordonner avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)** dont ils peuvent aussi être membres pour contribuer au projet de santé du territoire.

#### 1.2.6. Travaux de la HAS sur les orientations en SMR

La HAS a établi un **outil pilote et générique d'aide à la décision pour l'admission des patients en soins de suite et de réadaptation en 2013** (20) (cf. Annexe). Cet outil avait été réalisé du point de vue du professionnel souhaitant orienter le patient, et devait utiliser des critères d'orientation simples et compréhensibles par tous les professionnels de santé « orienteurs ». Il avait été testé par des cardiologues. Il a été élaboré afin d'apprécier la pertinence d'une demande d'admission en service de soins de suite et de réadaptation en permettant de valider ou d'invalidier l'adéquation de la prise en charge par une structure de SSR, au regard de la situation médicale et personnelle du patient, ainsi que des recommandations professionnelles existantes. Cet outil permettait également de déterminer le type de service de SSR (polyvalent ou spécialisé) vers lequel le patient devrait être orienté. L'outil élaboré se présente comme un algorithme décisionnel conçu comme une succession de filtres qui permettent, progressivement, de ne sélectionner que les patients pour lesquels une admission en SSR est a priori appropriée, sans présager de l'admission effective de ce patient, qui relève d'une appréciation plus fine de sa situation, et des places disponibles dans la structure de SSR au moment de l'admission.

*La DGOS souhaiterait que la HAS complète cet outil en s'appuyant sur des critères précis et spécifiques des pathologies cardiovasculaires pouvant bénéficier d'un SMR spécialisé CV.*

#### 1.2.7. État des lieux et données récentes relatives aux orientations en SMR spécialisé cardiologique en France

Les résultats des études EUROASPIRE I, II, et III montrent que le recours à la RCV reste faible, en particulier chez la femme et le sujet âgé. Dans les 22 pays européens ayant participé à ces études, moins de 45 % des patients bénéficient d'un programme de réadaptation au décours d'un épisode cardiaque aigu dont 32 % pour la cohorte Française. Plus récemment, l'enquête (21) effectuée sur les données PMSI effectuée au sein des centres de réadaptation cardiaque en France métropolitaine montre que le recours à la ReCV après un infarctus du myocarde varie selon les régions entre 10,8 et 34,8 % (faible taux d'admission en ReCV après une hospitalisation pour infarctus du myocarde dans les Hauts-de France (< 20 % hommes/femmes confondus); alors que les régions du sud-ouest enregistrent plus de 30% de participation) qu'il concerne préférentiellement les hommes (23,9 % que les femmes (18,8 %) et qu'il diminue selon la tranche d'âge (40,6 % entre 18 et 45 ans *versus* 2,3 % après 85 ans) (22).

Les femmes et les sujets âgés sont moins souvent adressés en ReCV après un événement coronarien. Le recours à la ReCV est beaucoup plus faible chez les plus âgés. Ceci s'explique par un nombre de places limité en ReCV à l'origine d'une sélection de patients plus jeunes et en attente de reprise du travail notamment. Concernant la disparité liée au sexe, un homme sur 3 en moyenne est adressé en ReCV après un infarctus du myocarde *versus* 1 femme sur 5. Cette disparité homme/femme serait liée à des facteurs sociaux et sociétaux. Un environnement majoritairement masculin en ReCV, une dépendance plus importante aux transports publics et l'incompatibilité entre participation à un programme de ReCV et activités domestiques et familiales sont des éléments évoqués pouvant expliquer cette disparité liée au sexe.

La réadaptation cardiaque reste sous-utilisée en France, comme en Europe. On estime qu'à peine 30 % des patients avec coronaropathie (23) et 10 % des patients avec insuffisance cardiaque (24) bénéficient d'un programme de réadaptation. Une étude européenne a montré que seul un patient candidat à la ReCV sur 7 y avait accès (25). **L'annexe 2 présente des expérimentations (article 51 LFSS 2018)** visant à faciliter l'accès à la réadaptation sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation complète en SMR ou de compléments post-séjour en SMR.



## Synthèse de l'avis des professionnels et des représentants des usagers

La HAS a conduit des réunions avec des professionnels de santé et des représentants d'usagers impliqués dans ce domaine. Les points suivants ont été soulignés :

- Une réflexion limitée aux critères d'admissibilité serait insuffisante. Lors de l'admission, l'orientation des patients est réfléchie vers une hospitalisation complète ou l'hospitalisation à temps partiel, une HAD avant ou après phase post chirurgicale... Une réflexion limitée à une hospitalisation complète ne correspondrait plus aux pratiques modernes de réadaptation. La bonne maîtrise des critères d'admissibilité par le prescripteur est essentielle pour anticiper et optimiser le parcours, informer le patient et augmenter l'adhésion du patient au projet.
- Le retour à domicile directement après une hospitalisation complète ou via une hospitalisation à domicile est souvent motivé par des difficultés de recourir à l'hospitalisation complète (mise en tension de l'offre de soins) et concerne donc des patients triés. Il persiste des freins culturels des correspondants médicaux et de la part des patients au fait de ne pas systématiquement accéder à une hospitalisation complète.
- L'utilisation de via trajectoire fonctionne bien en sortie de MCO vers le SMR chez des patients cardiaques non polyopathologiques. Son utilisation est plus compliquée chez des patients polyopathologiques ou qui ont été instables et qui se stabilisent secondairement. Ces deux situations justifient souvent des échanges directs entre médecin prescripteur et médecin coordonnateur de SMR.
- Un audit des fiches via trajectoire serait justifié car elles semblent peu utilisées / prennent trop de temps à être complétées / doivent être actualisées si l'état de santé évolue. Il arrive qu'elles soient remplies par un interne qui maîtrise moins les critères d'admission... Rien ne remplace des connaissances de professionnels appartenant à un réseau cardiologique.
- Les infirmières coordinatrices (IPA ou IDE +/- avec des compétences spécifiques) coordonnent les parcours de soins (i.e. pour le TAVI, greffe, assistance ventriculaire, Réhabilitation améliorée après chirurgie (RAC)), ces IDE évaluent avant l'hospitalisation en MCO le devenir des patients (retour à domicile, hospitalisation à domicile) et réduisent les durées d'hospitalisation, améliorent la relation avec les patients, interlocutrice permanente qui permet d'éviter des réhospitalisations en prévenant les complications.
- Dans la commission d'admission en SMR, des cadres de santé participent en évaluant la charge de soins.
- Donc la participation des IDE en MCO et IDE cadres en SMR au groupe de travail serait intéressante car elles optimisent le parcours de soins (amélioration de la qualité des soins, diminution des durées de séjour et prévention des réhospitalisations).
- Les médecins généralistes ne voient que très peu de patients pour lesquels ils vont poser l'indication d'orientation vers un SMR. Le répertoire opérationnel de ressources au sein de via trajectoire a ses limites en termes de critères précis des services offerts par une structure, et mériterait d'être enrichi. Une cartographie détaillée des SMR disponibles par territoire serait utile décrivant le niveau d'intervention dans le parcours (SMR polyvalent, spécialisé de recours, spécialisé expert...)
- Un focus sur la réadaptation des femmes, et celle des personnes âgées serait intéressant.
- Il n'y a pas de publications faisant un état des lieux français des difficultés d'orientation en SMR.
- Les principales difficultés sont le manque de coordination, l'éventuelle absence d'IDE de coordination, la restriction de nombre de lits d'hospitalisations en SMR.

### 1.3. Enjeux

Les enjeux d'amélioration sont identifiés à de nombreux niveaux de la prise en charge, pour le patient, l'offre et les professionnels de soins.

#### 1.3.1. Enjeux sur l'organisation des soins

- Une évaluation rapide des besoins du patient et la mise en œuvre d'une réadaptation personnalisée.
- L'anticipation du retour du patient vers son domicile.
- La facilitation de l'accès aux SMR spécialisés, s'appuyant sur des critères d'orientation pertinents.
- Le suivi en ambulatoire, en favorisant la réadaptation et l'éducation thérapeutique à distance de centres experts ou à domicile directement.

Pour chacun de ces enjeux, l'accent doit être mis sur une bonne coordination de l'ensemble des acteurs impliqués, nombreux, en hospitalisation, mais aussi entre le secteur sanitaire et médico-social, permettant de meilleures conditions de retour à domicile, sur le plan fonctionnel, psychique et social.

### 1.3.2. Enjeux pour les professionnels et pour l'offre de soins

- Amélioration et harmonisation des pratiques professionnelles, renforcement de la coordination, et de la coopération interprofessionnelle.
- Des organisations au niveau de chaque territoire de santé permettraient de répondre aux besoins des personnes de manière graduée grâce à une prise en charge de proximité, en s'appuyant sur une diversité d'acteurs.

### 1.3.3. Enjeux pour les patients

- Amélioration des connaissances et de l'autogestion de la maladie via l'éducation thérapeutique, et de l'accès à la décision partagée pour les choix thérapeutiques.
- Amélioration de la qualité de vie de la personne et du pronostic de la maladie.
- Prise en charge thérapeutique coordonnée et personnalisée (adaptée à la sévérité des symptômes, au risque d'événements cliniques et aux préférences du patient).
- Suivi de qualité permettant au patient de maintenir ses acquis et son adhésion au traitement sur le long cours (dont l'activité physique adaptée).

## 1.4. Cibles

Les travaux envisagés concernent :

- Les professionnels de santé principalement concernés sont notamment : médecins généralistes, médecins vasculaires, cardiologues exerçant en ville ou en établissements de santé MCO, chirurgiens cardiaque, chirurgiens vasculaires, cardiologues et médecins de médecine physique et de réadaptation exerçant en SMR spécialisé cardiovasculaire, gériatres, infirmiers(ères) exerçant en service de cardiologie ou en SMR spécialisé cardiovasculaire
- Les adultes ayant une pathologie cardiovasculaire pour laquelle une réadaptation cardiovasculaire est indiquée.
- Les ARS afin de leur fournir des repères pour la structuration des filières de soins.

## 1.5. Objectifs

Ce projet a pour objectif de préciser des critères d'admissibilité et d'admission en SMR spécialisé dans le cadre d'une filière cardiovasculaire (en envisageant les possibles orientations, en s'inspirant du travail sur le post AVC (3)) sans développer le parcours de soins.

## 1.6. Délimitation du thème / questions à traiter

Le SBP propose l'élaboration d'une fiche points clés précisant les critères d'orientation des patients vers une hospitalisation en SMR spécialisé cardiovasculaire. Ce type de fiche s'appuie sur les données de la littérature et les avis d'experts. Elle vient en support de l'organisation d'une filière de soins des personnes atteintes d'affections cardiovasculaires.

Les pathologies cardiovasculaires pour lesquelles une réadaptation CV pourrait être indiquée étant nombreuses et diverses, il existe un risque de redondances de critères d'orientation vers un SMR pour ces pathologies.

**L'orientation des patients pourrait être structurée autour de la situation globale de la personne et non autour de chacune des pathologies CV.**

Aussi, cette fiche pourrait préciser :

- **Les critères d'admissibilité en SMR** visant à étudier l'éligibilité d'un patient à une réadaptation CV. Le rapport de la HAS de 2013 a traité de cette question du point de vue du prescripteur d'une hospitalisation en

SMR CV. Ces critères pourraient être mobilisés dans 2 arbres décisionnels concernant les prescripteurs respectifs d'une hospitalisation en SMR :

- Un arbre décisionnel pour **les services de médecine ou chirurgie cardiaque (MCO)**, qui concernent des patients au sortir de phase aiguë,
- Un arbre décisionnel **à destination de médecins de ville (médecin généraliste, cardiologue)** concernant des patients atteints de pathologies en phase chronique (des admissions directes en SMR via la médecine de ville sont possibles, et les critères d'éligibilité à un SMR doivent être partagés avec les médecins prescripteurs de ville).

**Les critères d'admission en SMR** à partir desquels le **médecin coordonnateur du SMR** va définir le projet de réadaptation et préciser les conditions de mise en œuvre de cette réadaptation (en hospitalisation complète, en hospitalisation à temps partiel,...). Les conditions de mises en œuvre de la ReCV dépendront d'une stratification du risque fondée sur la gravité et la complexité de la pathologie CV plus que sur la pathologie CV elle-même.

**Un focus sera fait respectivement chez la femme et la personne âgée.**

Pour rappel, l'amélioration de la prévention primaire et secondaire constitue un levier de réduction de la morbi-mortalité des pathologies cardiovasculaires. Une recommandation de bonne pratique sur le thème « Risque cardiovasculaire global en prévention primaire et secondaire : évaluation et prise en charge en médecine de premier recours » fait actuellement l'objet d'un travail spécifique (26).

## 2. Modalités de réalisation

- ☒ HAS
- ☐ Label
- ☐ Partenariat

### 2.1 Méthode de travail envisagée et actions en pratique pour la conduite du projet

La méthode envisagée pour l'élaboration des fiches points clés est celle du guide : « [Guide méthodologique - Fiches points clés organisation des parcours](#) » HAS 2015. La fiche décrira les critères d'orientation d'un patient vers un SMR spécialisé cardiovasculaire. Les fiches seront élaborées à partir :

- Des recommandations publiées et sélectionnées selon les critères de qualité habituels (recherche systématique de littérature, évaluation de la qualité des recommandations). Pour ce dossier, 4 stratégies de recherche documentaire sur les 10 dernières années (cf. Annexe 1) ont été conduites respectivement sur :
  - Les recommandations des sociétés savantes françaises et internationales concernant la prise en charge des pathologies CV ;
  - Les bénéfices de la réadaptation CV dans ces pathologies ;
  - La pertinence de l'orientation vers la réadaptation dans ces pathologies ;
  - Les critères d'orientation vers la réadaptation pour ces pathologies.
- Des avis émis et autres productions de la HAS en lien avec le thème ;
- Des avis des experts d'un groupe de travail et d'un groupe de lecture réunissant l'ensemble des professionnels intervenant dans la prise en charge de la maladie, ainsi que les représentants d'usagers. L'avis des experts sera sollicité pour répondre aux questions non abordées dans les recommandations le plus souvent organisationnelles ou abordées dans les recommandations mais nécessitant un ajustement au contexte français.

### 2.2 Composition quantitative et qualitative des groupes de travail

- 1 infirmier coordonnateur en service de cardiologie
- 1 infirmier coordonnateur en SMR cardiovasculaire
- 1 médecin cardiologue de ville



- 1 médecin cardiologue exerçant en SMR privé
- 1 médecin cardiologue exerçant en SMR public
- 1 médecin spécialiste en médecine vasculaire
- 1 chirurgien thoracique
- 1 chirurgien vasculaire
- 1 médecin généraliste
- 1 médecin gériatre
- 1 médecin spécialiste de MPR
- 2 représentants d'usagers
- 1 représentant d'ARS

## 2.3 Productions prévues

- Fiche points clés (Document court précisant les critères d'orientation vers un SMR spécialisé cardiovasculaire)
- Note méthodologique et de synthèse documentaire (Document plus long permettant d'argumenter scientifiquement le contenu de la fiche points clés en s'appuyant sur la recherche et l'analyse bibliographique, et sur l'avis des experts d'un groupe de travail en tenant compte des avis d'un groupe de lecture.

## 3. Calendrier prévisionnel des productions sur le parcours

### Note de cadrage

- Date de passage en Commission Recommandations Parcours Pertinence et Indicateurs (CRPPI) : Bureau de la CRRPI le 14 novembre 2023 – CRPPI le 28 novembre 2023
- Date de passage en Collège d'orientation et d'information (COI) : 13 décembre 2023

### Constitution du groupe de travail

- Sollicitation des parties prenantes : novembre 2023
- Analyse des DPI et constitution finale du groupe de travail : décembre 2023

### Réunions du groupe de travail

- Première réunion du groupe de travail : janvier 2024
- 2<sup>ème</sup> réunion du groupe de travail : mars 2024
- Groupe de lecture : avril/mai 2024
- 3<sup>ème</sup> réunion du groupe de travail : juin 2024

### Avis de la commission et validation du collège

- Date de passage en Commission Recommandations Parcours Pertinence et Indicateurs (CRPPI) : septembre 2024
- Dates de passage au Collège : octobre 2024

## Annexe 1

---

### 1.1. Travaux de la HAS sur la place de la réadaptation dans le traitement des pathologies cardiovasculaires

#### — Insuffisance coronarienne

- [Prescription d'activité physique Syndrome coronarien 2022 \(27\)](#)
- [Guide du parcours de soins – Syndrome coronarien chronique 2021 \(28\)](#)
- [« Ensemble, améliorons la prise en charge de l'infarctus du myocarde » Bilan 2009 suivi post-infarctus après la sortie de l'hôpital \(29\)](#)

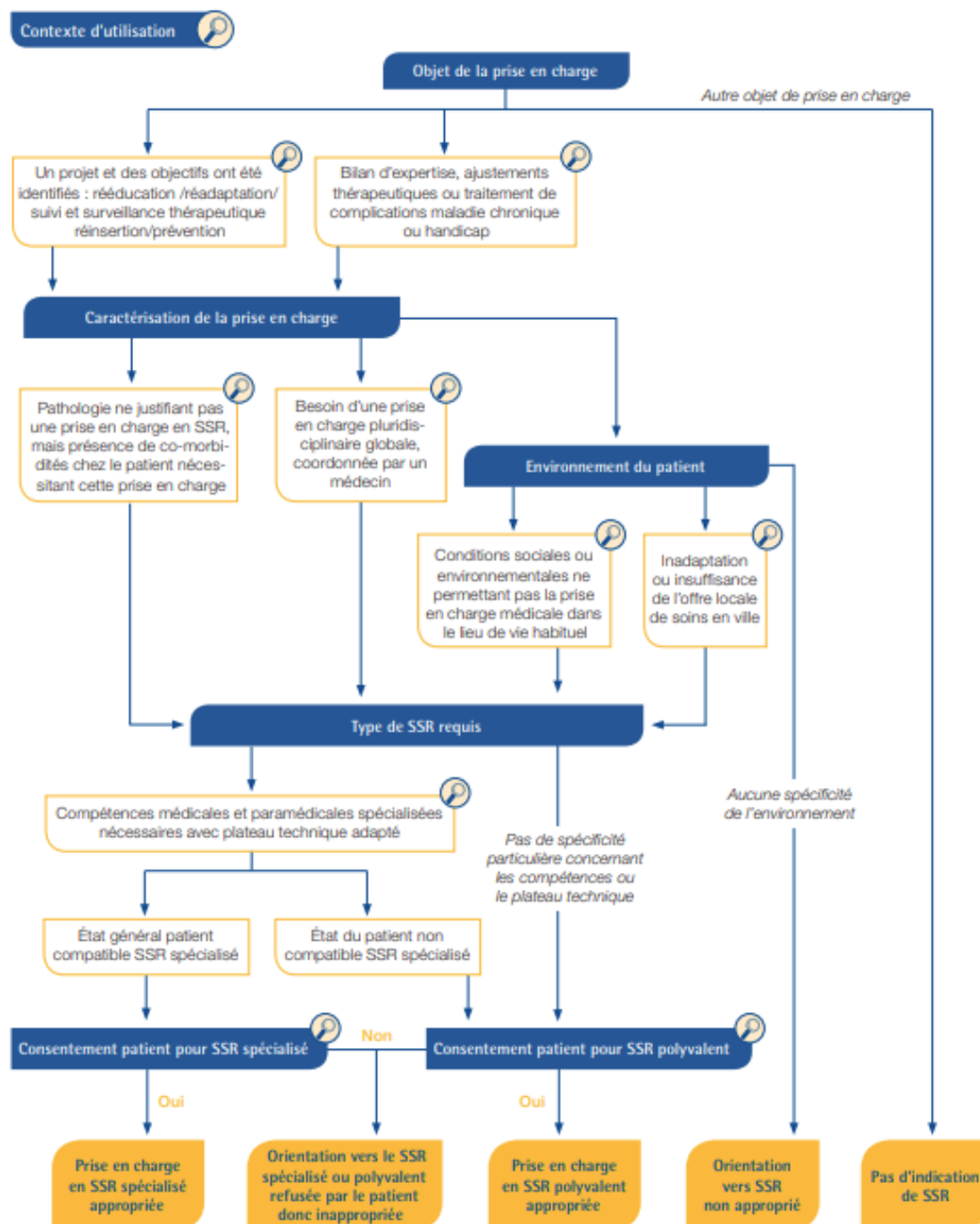
#### — Insuffisance cardiaque

- [Guide parcours de soins insuffisance cardiaque 2014 \(30\)](#)
- [Prescription d'activité physique et sportive Insuffisance cardiaque chronique 2019 \(31\)](#)

#### — AOMI

- [Prescription d'activité physique. Artériopathie oblitérante des membres inférieurs 2022 \(32\)](#)
- [Prise en charge de l'artériopathie chronique oblitérante athéroscléreuse des membres inférieurs - Indications médicamenteuses, de revascularisation et de rééducation 2006 \(33\)](#)

## 1.2. Outil d'aide à la décision pour l'admission des patients en soins de suite et de réadaptation



### 1.3. Littérature disponible

Le tableau 1 présente la stratégie de recherche dans la base de données Medline. Dans ce tableau, des références doublons peuvent être présentes entre les différents thèmes et/ou types de d'études

Tableau 1 : Stratégie de recherche dans la base de données Medline

#### Sources d'informations

##### Bases de données bibliographiques :

- Medline (National Library of Medicine, Etats-Unis)
- Embase

La stratégie d'interrogation des bases de données précise pour chaque question et / ou types d'étude les termes de recherche utilisés, les opérateurs booléens et la période de recherche.

Les termes de recherche utilisés sont soit des termes issus de thésaurus (descripteurs), soit des termes libres (du titre ou du résumé). Ils sont combinés avec les termes décrivant les types d'études.

Les recherches ont porté sur les publications en langue anglaise et française.

Le tableau 1 présente de façon synthétique les étapes successives de l'interrogation dans la base de données Medline.

##### Tableau 1 : Stratégie de recherche dans la base de données Medline

Termes utilisés

#### Critères d'orientation SSR/SMR : Recommandations

2013 – 07/2023

52 références

Etape 1 (MESH.EXACT("Cardiovascular Diseases") OR MESH.EXACT("Coronary Disease") OR MESH.EXACT("Acute Coronary Syndrome") OR MESH.EXACT("Coronary Artery Bypass") OR MESH.EXACT("Aortic Valve Prolapse") OR MESH.EXACT("Aortic Valve Stenosis") OR MESH.EXACT("Aortic Valve Disease") OR MESH.EXACT("Aortic Valve Insufficiency") OR MESH.EXACT("Mitral Valve Insufficiency") OR MESH.EXACT("Mitral Valve Prolapse") OR MESH.EXACT("Mitral Valve") OR MESH.EXACT("Mitral Valve Stenosis") OR MESH.EXACT("Aorta, Thoracic") OR MESH.EXACT("Heart Failure") OR MESH.EXACT("Heart Transplantation") OR MESH.EXACT("Arterial Occlusive Diseases") OR EMB.EXACT("cardiovascular disease") OR EMB.EXACT("coronary artery disease") OR EMB.EXACT("coronary artery surgery") OR EMB.EXACT("acute coronary syndrome") OR EMB.EXACT("heart valve surgery") OR EMB.EXACT("mitral valve surgery") OR EMB.EXACT("thoracic aortic surgery") OR EMB.EXACT("heart failure") OR EMB.EXACT("heart transplantation") OR EMB.EXACT("peripheral arterial disease") OR Ti("Acute coronary syndrome") OR Ti("Coronary artery by pass") OR Ti("Aortic valve") OR Ti("Mitral valve") OR Ti("Chronic coronary syndrome") OR Ti("Coronary surgery") OR Ti("Coronary artery Bypass") OR Ti("Valve surgery") OR Ti("Thoracic Aortic Surgery") OR Ti("Heart failure") OR Ti("Heart transplantation") OR Ti("Arterial occlusive disease") OR Ti("coronar\* disease\*") OR Ti("cardiovacula" near "disease\*"))

ET

Etape 2 (MESH.EXACT.EXPLODE("Eligibility Determination") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Referral and Consultation") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Patient Admission -- standards") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Clinical Decision-Making") OR

EMB.EXACT.EXPLODE("eligibility criteria") OR  
 EMB.EXACT.EXPLODE("patient referral") OR  
 EMB.EXACT.EXPLODE("hospital admission -- rehabilitation") OR  
 EMB.EXACT.EXPLODE("clinical decision making") OR Ti("appropriate"  
 near ("admission" OR "hospitalization" OR "care" OR "rehabilitation"))  
 OR Ti("criteria" near ("admission" OR "definition") OR Ti("decision mak-  
 ing")))

ET

Etape 3 MJMESH.EXACT("Aftercare") OR MJMESH.EXACT("Hospitals, Reha-  
 bilitation") OR MJMESH.EXACT("Intermediate Care Facilities")  
 MJMESH.EXACT("Rehabilitation") OR MJMESH.EXACT("Rehabilitation  
 Centers") OR MJMESH.EXACT("Subacute Care") OR  
 MJMESH.EXACT("Cardiac Rehabilitation") OR  
 MJEMB.EXACT("aftercare") OR MJEMB.EXACT("rehabilitation center")  
 OR MJEMB.EXACT("intermediate care unit") OR MJ  
 EMB.EXACT("heart rehabilitation") OR Ti("Aftercare") OR Ti("rehabilita-  
 tion") OR Ti("After care") OR Ti("Subacute care"))

ET

Etape 4 TI(consensus) OR TI(guideline[\*1]) OR TI(position PRE/0 paper) OR  
 TI(recommendation[\*1]) OR TI(statement[\*1]) OR MESH.EXACT(health  
 planning guidelines) OR EMB.EXACT(consensus development) OR  
 EMB.EXACT(Practice Guideline) OR DTYPE(consensus development  
 conference) OR DTYPE(consensus development conference, NIH) OR  
 DTYPE(guideline) OR DTYPE(practice guideline)

ET

Etape 5 (pd(>20130101)) and (la.exact("English" OR "French"))

## Pertinence de l'orientation en SSR/SMR : Recommandations

2013 – 07/2023

Etape 1 MESH.EXACT.EXPLODE("Cardiac Rehabilitation") OR  
 MESH.EXACT("Heart Diseases -- rehabilitation") OR  
 MESH.EXACT("Heart Transplantation -- rehabilitation") OR  
 MESH.EXACT("Acute Coronary Syndrome -- rehabilitation") OR  
 MESH.EXACT("Coronary Disease -- rehabilitation") OR  
 MESH.EXACT("Acute Coronary Syndrome -- rehabilitation") OR  
 MESH.EXACT("Coronary Artery Bypass -- rehabilitation") OR  
 MESH.EXACT("Heart Valve Diseases -- rehabilitation") OR  
 EMB.EXACT.EXPLODE("heart rehabilitation") OR EMB.EXACT("acute  
 coronary syndrome -- rehabilitation") OR EMB.EXACT("cardiovascular  
 disease -- rehabilitation") OR EMB.EXACT("coronary artery disease -- re-  
 habilitation") OR EMB.EXACT("coronary artery surgery -- rehabilitation")  
 OR Ti("cardiac rehabilitation")

OU

Etape 2 (MESH.EXACT.EXPLODE("Acute Coronary Syndrome") OR  
 MESH.EXACT.EXPLODE("Coronary Artery Bypass") OR  
 MESH.EXACT.EXPLODE("Aortic Valve Prolapse") OR  
 MESH.EXACT.EXPLODE("Aortic Valve Stenosis") OR  
 MESH.EXACT.EXPLODE("Aortic Valve Disease") OR  
 MESH.EXACT.EXPLODE("Aortic Valve Insufficiency") OR  
 MESH.EXACT.EXPLODE("Mitral Valve Insufficiency") OR  
 MESH.EXACT.EXPLODE("Mitral Valve Prolapse") OR  
 MESH.EXACT.EXPLODE("Mitral Valve")) OR



MESH.EXACT.EXPLODE("Mitral Valve Stenosis") OR  
 MESH.EXACT.EXPLODE("Aorta, Thoracic") OR  
 MESH.EXACT.EXPLODE("Heart Failure") OR  
 MESH.EXACT.EXPLODE("Heart Transplantation") OR  
 MESH.EXACT.EXPLODE("Arterial Occlusive Diseases") OR  
 EMB.EXACT.EXPLODE("coronary artery surgery") OR  
 EMB.EXACT.EXPLODE("acute coronary syndrome") OR  
 EMB.EXACT.EXPLODE("heart valve surgery") OR  
 EMB.EXACT.EXPLODE("mitral valve surgery") OR  
 EMB.EXACT.EXPLODE("thoracic aortic surgery") OR  
 EMB.EXACT.EXPLODE("heart failure") OR  
 EMB.EXACT.EXPLODE("heart transplantation") OR  
 EMB.EXACT.EXPLODE("peripheral arterial disease") OR Ti("Acute coronary syndrome") OR Ti("Coronary artery by pass") OR Ti("Aortic valve") OR Ti("Mitral valve") OR Ti("Chronic coronary syndrome") OR Ti("Coronary surgery") OR Ti("Coronary artery Bypass") OR Ti("Valve surgery") OR Ti("Thoracic Aortic Surgery") OR Ti("Heart failure") OR Ti("Heart transplantation") OR Ti("Arterial occlusive disease")) AND Ti("rehabilitation")

ET

Etape 3 MESH.EXACT("Unnecessary Procedures") OR MESH.EXACT("Medical Overuse") OR MESH.EXACT("Program Evaluation") OR MESH.EXACT("Health Services Misuse") OR EMB.EXACT("unnecessary procedure") OR EMB.EXACT("medical overuse") OR EMB.EXACT("program evaluation") OR EMB.EXACT("overtreatment") OR Ti("program evaluation") OR Ti("unnecessary procedure") OR Ti("medical overuse") OR Ti("misuse") OR Ti("appropriate") OR Ti("usefulness") OR Ti("relevance")

ET

Etape 4 TI(consensus) OR TI(guideline[\*1]) OR TI(position PRE/0 paper) OR TI(recommendation[\*1]) OR TI(statement[\*1]) OR MESH.EXACT(health planning guidelines) OR EMB.EXACT(consensus development) OR EMB.EXACT(Practice Guideline) OR DTYPE(consensus development conference) OR DTYPE(consensus development conference, NIH) OR DTYPE(guideline) OR DTYPE(practice guideline)

ET

Etape 5 (pd(>20130101)) and (la.exact("English" OR "French"))

## Bénéfice de l'orientation en SSR/SMR : Recommandations

2013 – 07/2023

Etape 1 MESH.EXACT.EXPLODE("Cardiac Rehabilitation") OR  
 MESH.EXACT("Heart Diseases -- rehabilitation") OR  
 MESH.EXACT("Heart Transplantation -- rehabilitation") OR  
 MESH.EXACT("Acute Coronary Syndrome -- rehabilitation") OR  
 MESH.EXACT("Coronary Disease -- rehabilitation") OR  
 MESH.EXACT("Acute Coronary Syndrome -- rehabilitation") OR  
 MESH.EXACT("Coronary Artery Bypass -- rehabilitation") OR  
 MESH.EXACT("Heart Valve Diseases -- rehabilitation") OR  
 EMB.EXACT.EXPLODE("heart rehabilitation") OR EMB.EXACT("acute coronary syndrome -- rehabilitation") OR EMB.EXACT("cardiovascular disease -- rehabilitation") OR EMB.EXACT("coronary artery disease -- rehabilitation") OR EMB.EXACT("coronary artery surgery -- rehabilitation") OR Ti("cardiac rehabilitation")

263 références

OU

Etape 2 (MESH.EXACT.EXPLODE("Acute Coronary Syndrome") OR  
MESH.EXACT.EXPLODE("Coronary Artery Bypass") OR  
MESH.EXACT.EXPLODE("Aortic Valve Prolapse") OR  
MESH.EXACT.EXPLODE("Aortic Valve Stenosis") OR  
MESH.EXACT.EXPLODE("Aortic Valve Disease") OR  
MESH.EXACT.EXPLODE("Aortic Valve Insufficiency") OR  
MESH.EXACT.EXPLODE("Mitral Valve Insufficiency") OR  
MESH.EXACT.EXPLODE("Mitral Valve Prolapse") OR  
MESH.EXACT.EXPLODE("Mitral Valve") OR  
MESH.EXACT.EXPLODE("Mitral Valve Stenosis") OR  
MESH.EXACT.EXPLODE("Aorta, Thoracic") OR  
MESH.EXACT.EXPLODE("Heart Failure") OR  
MESH.EXACT.EXPLODE("Heart Transplantation") OR  
MESH.EXACT.EXPLODE("Arterial Occlusive Diseases") OR  
EMB.EXACT.EXPLODE("coronary artery surgery") OR  
EMB.EXACT.EXPLODE("acute coronary syndrome") OR  
EMB.EXACT.EXPLODE("heart valve surgery") OR  
EMB.EXACT.EXPLODE("mitral valve surgery") OR  
EMB.EXACT.EXPLODE("thoracic aortic surgery") OR  
EMB.EXACT.EXPLODE("heart failure") OR  
EMB.EXACT.EXPLODE("heart transplantation") OR  
EMB.EXACT.EXPLODE("peripheral arterial disease") OR Ti("Acute coronary syndrome") OR Ti("Coronary artery by pass") OR Ti("Aortic valve") OR Ti("Mitral valve") OR Ti("Chronic coronary syndrome") OR Ti("Coronary surgery") OR Ti("Coronary artery Bypass") OR Ti("Valve surgery") OR Ti("Thoracic Aortic Surgery") OR Ti("Heart failure") OR Ti("Heart transplantation") OR Ti("Arterial occlusive disease")) AND Ti("rehabilitation")

ET

Etape 3 MESH.EXACT("Outcome Assessment, Health Care") OR  
MESH.EXACT("Cardiac Rehabilitation -- adverse effects") OR  
MESH.EXACT.EXPLODE("Treatment Outcome") OR  
EMB.EXACT("clinical outcome") OR EMB.EXACT("outcome assessment") OR EMB.EXACT("heart rehabilitation -- adverse device effect") OR EMB.EXACT("treatment outcome") OR Ti("Benefit\*" ADJ2 "care") OR Ti("Effect\*" ADJ2 "care") OR Ti("Outcome\*") OR Ti("Evaluat\*" ADJ2 "care") OR Ti("Impact\*" ADJ2 "care")

ET

Etape 4 TI(consensus) OR TI(guideline[\*1]) OR TI(position PRE/0 paper) OR TI(recommendation[\*1]) OR TI(statement[\*1]) OR MESH.EXACT(health planning guidelines) OR EMB.EXACT(consensus development) OR EMB.EXACT(Practice Guideline) OR DTYPE(consensus development conference) OR DTYPE(consensus development conference, NIH) OR DTYPE(guideline) OR DTYPE(practice guideline)

ET

Etape 5 (pd(>20130101)) and (la.exact("English" OR "French"))

## Veille

Une veille sur le sujet est toujours en cours.

Sites consultés (au 03/11/2023)

American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation  
American College of Cardiology  
American College of Cardiology Foundation  
American College of Chest Physicians  
American Heart Association  
American Society for Preventive Cardiology  
Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI)  
"Australian and New Zealand Society of Cardiac and Thoracic Surgeons  
The Cardiac Society of Australia and New Zealand"  
Australian Cardiovascular Health and Rehabilitation Association  
Australian Institute of Health and Welfare  
British Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation  
British Heart Foundation  
Canadian Cardiovascular Society  
Cardiac Care Network  
Cardiac Society of Australia and New Zealand  
European Association for Cardio-Thoracic Surgery  
European Atherosclerosis Society  
European Society of Cardiology  
GERS  
Heart Failure Society of America  
Heart Foundation  
International Society of Hypertension  
Irish Association Of Cardiac Rehabilitation  
National Heart Foundation of Australia  
National Institute for Health and Excellence Care  
New Zealand Guidelines Group"  
Preventive Cardiovascular Nurses Association  
Royal Dutch Society for Physical Therapy  
Scottish Intercollegiate Guidelines Network  
Société Canadienne d'Insuffisance Cardiaque  
Société française de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire  
Society for Cardiovascular Angiography & Interventions  
Society of Thoracic Surgeons

## Annexe 2. Expérimentations d'alternatives à la réadaptation en SMR ou de compléments post-SMR

En 2023, l'ensemble des patients éligibles à la réadaptation cardiaque ne peut avoir accès à la réadaptation cardiovasculaire. Afin d'augmenter les possibilités d'accès à cette dernière, cinq projets expérimentaux et innovants ont été autorisés dans le cadre de l'article 51.

### → Alternatives du SMR :

- **Structures libérales légères (SLL) pour la rééducation des patients coronariens et insuffisants cardiaques**

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047978042> (34)

Cette expérimentation mobilise des structures libérales légères (SLL) pour la réadaptation des patients coronariens et insuffisants cardiaques. La structure libérale légère est une organisation souple, en lien avec le médecin traitant et les établissements de santé, permettant une prise en charge pluriprofessionnelle, flexible et sur le long terme des patients nécessitant une réhabilitation cardiaque.

- **Téléréadaptation : projet Walk Hop**

[https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047411785#:~:text=Le%20projet%20Walk%20Hop%20porte,Enseignement%20\(ex%2DPulse\).](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047411785#:~:text=Le%20projet%20Walk%20Hop%20porte,Enseignement%20(ex%2DPulse).) (35)

Cette expérimentation porte sur un nouveau mode de réadaptation cardiaque destiné aux patients coronariens grâce à une organisation innovante, centrée sur la relation cardiologues réadaptateurs-patients, utilisant une solution de télémédecine. L'objectif est de permettre, dans les suites d'un syndrome coronarien aigu, à des patients, qui en sont actuellement exclus (manque de place au sein des centres, de difficultés de déplacement, problématique sociale ou socio professionnelle.) de bénéficier d'une réadaptation cardiaque à domicile par télémédecine.

- **Projet READ'HY - Programme de Réadaptation cardiaque connecté**

[https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/read\\_hy-arrete\\_et\\_cdc.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/read_hy-arrete_et_cdc.pdf) (36)

L'expérimentation vise à démontrer l'autonomie du patient pour pratiquer sa réadaptation cardiaque à domicile en toute sécurité, avec appels téléphoniques et surveillance régulière au centre.

Il s'agit d'un programme hybride avec alternance de séances à distance et en centre visant à développer l'autonomie du patient tout en assurant sa sécurité.

- **Projet Eva Corse**

<https://www.corse.ars.sante.fr/media/72762/download?inline> (37)

L'expérimentation a pour objet de mettre en place un programme de réadaptation cardiaque au plus près des patients en s'appuyant sur les SMR et les équipes de soins primaires en mobilisant un mode de financement forfaitaire intégrant une prime d'efficacité et de qualité. Ce programme est initié et supervisé par les centres de soins de suites et de réadaptation cardiaque référents. Il comprend 20 séances de réadaptation cardiaque, les 6 premières sont réalisées en SSR, les 14 suivantes sont réalisées avec l'équipe de soins primaires

- ### → Compléments post-SMR : As du Cœur – Expérimentation d'activité physique adaptée (APA) pour les patients cardiovasculaires
- [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/as\\_du\\_coeur-arrete\\_et\\_cdc\\_modifies-jo\\_10.08.21.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/as_du_coeur-arrete_et_cdc_modifies-jo_10.08.21.pdf) (38)

Cette expérimentation vise à la mise en place d'un programme d'APA « passerelle » de 5 mois pour des personnes en fin de réadaptation cardiovasculaire, mis en œuvre en lien avec le médecin traitant. Ce programme sera complété par des ateliers d'éducation thérapeutique. Il favorisera la pérennisation d'une pratique d'AP régulière par le patient après sa prise en charge ainsi que le maillage des territoires d'expérimentation par une offre APA de proximité à visée thérapeutique et de qualité.

# Références bibliographiques

1. Ministère des solidarités et de la santé. Décret n° 2022-24 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins médicaux et de réadaptation. Journal Officiel 2022;13 janvier 2022:32.
2. Ministère des solidarités et de la santé. Décret n° 2022-25 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins médicaux et de réadaptation. Journal Officiel 2022;13 janvier 2022.
3. Haute Autorité de santé. Parcours de rééducation réadaptation des patients après la phase initiale de l'AVC. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020.
4. Haute Autorité de santé. Critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en SSR après ligamentoplastie du croisé antérieur du genou. Recommandations. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2008.  
[https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_640664/fr/criteres-de-suivi-en-reeducation-et-d-orientation-en-ambulatoire-ou-en-ssr-apres-ligamentoplastie-du-croise-anterieur-du-genou-recommandations](https://www.has-sante.fr/jcms/c_640664/fr/criteres-de-suivi-en-reeducation-et-d-orientation-en-ambulatoire-ou-en-ssr-apres-ligamentoplastie-du-croise-anterieur-du-genou-recommandations)
5. Haute Autorité de santé. Critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en SSR après arthroplastie totale du genou. Recommandations. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2008.  
[https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_640685/fr/criteres-de-suivi-en-reeducation-et-d-orientation-en-ambulatoire-ou-en-ssr-apres-arthroplastie-totale-du-genou-recommandations](https://www.has-sante.fr/jcms/c_640685/fr/criteres-de-suivi-en-reeducation-et-d-orientation-en-ambulatoire-ou-en-ssr-apres-arthroplastie-totale-du-genou-recommandations)
6. Organisation mondiale de la santé, WHO Expert Committee on Rehabilitation of Patients with Cardiovascular Disease. La réadaptation des maladies cardio-vasculaires : rapport d'un comité d'experts de l'OMS (réuni à Genève du 23 au 29 juillet 1963). Genève: OMS; 1963.  
[https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/37579/WHO\\_TRS\\_270\\_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/37579/WHO_TRS_270_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
7. Ministère de la santé et de la prévention, Ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées. Instruction n° DGOS/R4/2022/210 du 28 septembre 2022 relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations d'activité des soins médicaux et de réadaptation Bulletin Officiel 2022;2022-21:26.
8. Pavy B, Iliou MC, Vergès-Patois B, Brion R, Monpère C, Carré F, *et al.* French Society of Cardiology guidelines for cardiac rehabilitation in adults. Arch Cardiovasc Dis 2012;105(5):309-28.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.acvd.2012.01.010>
9. Anderson L, Oldridge N, Thompson DR, Zwisler AD, Rees K, Martin N, *et al.* Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. J Am Coll Cardiol 2016;67(1):1-12.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2015.10.044>
10. Puymirat E, Simon T, Cayla G, Cottin Y, Elbaz M, Coste P, *et al.* Acute myocardial infarction: changes in patient characteristics, management, and 6-month outcomes over a period of 20 years in the FAST-MI Program (French Registry of Acute ST-Elevation or Non-ST-Elevation Myocardial Infarction) 1995 to 2015. Circulation 2017;136(20):1908-19.  
<http://dx.doi.org/10.1161/circulationaha.117.030798>
11. Puymirat E, Bonaca M, Iliou MC, Tea V, Ducrocq G, Douard H, *et al.* Outcome associated with prescription of cardiac rehabilitation according to predicted risk after acute myocardial infarction: Insights from the FAST-MI registries. Arch Cardiovasc Dis 2019;112(8-9):459-68.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.acvd.2019.04.002>
12. Dibben GO, Faulkner J, Oldridge N, Rees K, Thompson DR, Zwisler AD, *et al.* Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease: a meta-analysis. Eur Heart J 2023;44(6):452-69.  
<http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehac747>
13. Taylor RS, Long L, Mordi IR, Madsen MT, Davies EJ, Dalal H, *et al.* Exercise-based rehabilitation for heart failure: Cochrane systematic review, meta-analysis, and trial sequential analysis. JACC Heart Fail 2019;7(8):691-705.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jchf.2019.04.023>
14. Bjarnason-Wehrens B, Nebel R, Jensen K, Hackbusch M, Grilli M, Gielen S, *et al.* Exercise-based cardiac rehabilitation in patients with reduced left ventricular ejection fraction: The Cardiac Rehabilitation Outcome Study in Heart Failure (CROS-HF): A systematic review and meta-analysis. Eur J Prev Cardiol 2020;27(9):929-52.  
<http://dx.doi.org/10.1177/2047487319854140>
15. Scalvini S, Grossetti F, Paganoni AM, La Rovere MT, Pedretti RF, Frigerio M. Impact of in-hospital cardiac rehabilitation on mortality and readmissions in heart failure: A population study in Lombardy, Italy, from 2005 to 2012. Eur J Prev Cardiol 2019;26(8):808-17.  
<http://dx.doi.org/10.1177/2047487319833512>
16. Edelmann F, Bobenko A, Gelbrich G, Hasenfuss G, Herrmann-Lingen C, Duvinage A, *et al.* Exercise training in Diastolic Heart Failure (Ex-DHF): rationale and design of a multicentre, prospective, randomized, controlled, parallel group trial. Eur J Heart Fail 2017;19(8):1067-74.  
<http://dx.doi.org/10.1002/ehfj.862>
17. Suchy C, Massen L, Rognmo O, Van Craenenbroeck EM, Beckers P, Kraigher-Krainer E, *et al.* Optimising exercise training in prevention and treatment of diastolic heart failure (OptimEx-CLIN): rationale and design of a

prospective, randomised, controlled trial. Eur J Prev Cardiol 2014;21(2 Suppl):18-25.

<http://dx.doi.org/10.1177/2047487314552764>

18. Pavy B, Iliou MC, Meurin P, Tabet JY, Corone S. Safety of exercise training for cardiac patients: results of the French registry of complications during cardiac rehabilitation. Arch Intern Med 2006;166(21):2329-34.

<http://dx.doi.org/10.1001/archinte.166.21.2329>

19. Marcadet D, Blanc P, Pavy B, Thomas D. Réadaptation cardiovasculaire de l'adulte. Encycl Méd Cardio 2022;36(4):1-25.

20. Haute Autorité de santé. Outil d'aide à la décision pour l'admission des patients en soins de suite et de réadaptation. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013.

[https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1651390/fr/algorithme-outil-d-aide-a-la-decision](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1651390/fr/algorithme-outil-d-aide-a-la-decision)

21. Gabet A, de Peretti C, Nicolau J, Iliou MC, Olié V. Évolution temporelle du recours à la réadaptation cardiaque après un infarctus du myocarde, France, 2010-2014. Bull Epidémiol Hebd 2016;43:764-74.

22. de Peretti C, Nicolau J, Chin F, Tuppin P, Danchin N, Danet S, *et al.* Réadaptation cardiaque hospitalière après infarctus du myocarde en France : apports du PMSI-SSR. Bull Epidémiol Hebd 2014;5:84-92.

23. Kotseva K, Wood D, De Backer G, De Bacquer D. Use and effects of cardiac rehabilitation in patients with coronary heart disease: results from the EUROASPIRE III survey. Eur J Prev Cardiol 2013;20(5):817-26.

<http://dx.doi.org/10.1177/2047487312449591>

24. Golwala H, Pandey A, Ju C, Butler J, Yancy C, Bhatt DL, *et al.* Temporal trends and factors associated with cardiac rehabilitation referral among patients hospitalized with heart failure: findings from get with the guidelines-heart failure registry. J Am Coll Cardiol 2015;66(8):917-26.

<http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2015.06.1089>

25. Abreu A, Pesah E, Supervia M, Turk-Adawi K, Bjarnason-Wehrens B, Lopez-Jimenez F, *et al.* Cardiac rehabilitation availability and delivery in Europe: How does it differ by region and compare with other high-income countries? Endorsed by the European Association of Preventive Cardiology. Eur J Prev Cardiol 2019;26(11):1131-46.

<http://dx.doi.org/10.1177/2047487319827453>

26. Haute Autorité de santé. Risque cardiovasculaire global en prévention primaire et secondaire : évaluation et prise en charge en médecine de premier recours. Note de cadrage. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021.

[https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3260834/fr/risque-cardiovasculaire-global-en-prevention-primaire-et-secondaire-evaluation-et-prise-en-charge-en-medecine-de-premier-recours-note-de-cadrage](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3260834/fr/risque-cardiovasculaire-global-en-prevention-primaire-et-secondaire-evaluation-et-prise-en-charge-en-medecine-de-premier-recours-note-de-cadrage)

27. Haute Autorité de santé. Prescription d'activité physique. Syndrome coronarien chronique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022.

28. Haute Autorité de santé. Guide du parcours de soins : syndrome coronarien chronique. Les bonnes pratiques. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021.

[https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3279181/fr/guide-du-parcours-de-soins-syndrome-coronarien-chronique](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3279181/fr/guide-du-parcours-de-soins-syndrome-coronarien-chronique)

29. Haute Autorité de santé. Programme 2007-2010. Ensemble, améliorons la prise en charge de l'infarctus du myocarde. Bilan d'étape 2009. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2009.

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-04/dossier\\_presse\\_idm\\_2009.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-04/dossier_presse_idm_2009.pdf)

30. Haute Autorité de santé. Insuffisance cardiaque. Guide du parcours de soins. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.

[https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1242983/fr/guide-parcours-de-soins-de-l-insuffisance-cardiaque](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1242983/fr/guide-parcours-de-soins-de-l-insuffisance-cardiaque)

31. Haute Autorité de santé. Prescription d'activité physique et sportive. Insuffisance cardiaque chronique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019.

32. Haute Autorité de santé. Prescription d'activité physique. Artériopathie oblitérante des membres inférieurs. Fiche. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022.

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-08/fiche\\_aps\\_aomi\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-08/fiche_aps_aomi_vf.pdf)

33. Haute Autorité de santé. Prise en charge de l'artériopathie chronique oblitérante athéroscléreuse des membres inférieurs (indications médicamenteuses, de revascularisation et de rééducation). Recommandations pour la pratique clinique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2006.

[https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_270021/fr/arterite-membres-inferieurs-recommandations-pdf](https://www.has-sante.fr/jcms/c_270021/fr/arterite-membres-inferieurs-recommandations-pdf)

34. Ministère de la santé et de la prévention. Arrêté du 3 août 2023 modifiant l'arrêté du 11 février 2020 relatif à l'expérimentation de structures libérales légères (SLL) pour la rééducation des patients coronariens et insuffisants cardiaques. Journal Officiel ;18 août 2023.

35. Ministère de la santé et de la prévention. Arrêté du 20 mars 2023 modifiant l'arrêté du 13 juillet 2021 relatif à l'expérimentation Walk Hop, Télé-réadaptation cardiaque un nouveau mode de réadaptation cardiaque hors les murs des SSR. Journal Officiel ;6 avril 2023.

36. Ministère des solidarités et de la santé. Arrêté du 7 juillet 2021 relatif à l'expérimentation « Read'hy,



programme de Réadaptation cardiaque connecté : le futur  
». Journal Officiel ;10 juillet 2021.

<https://www.corse.ars.sante.fr/media/72762/download?inline>

37. Agence régionale de santé Corse. Arrêté n°2021-46 en date du 25 janvier 2021 relatif au projet régional EVA CORSE dispositif optionnel qui propose une nouvelle modalité organisationnelle mobilisant des acteurs hospitaliers et des professionnels de ville autour de programmes de réadaptation cardiaque en région Corse. Ajaccio: ARS; 2021.

38. Ministère des solidarités et de la santé. Arrêté du 29 juillet 2021 modifiant l'arrêté du 27 mai 2020 relatif à l'expérimentation d'activité physique adaptée (APA) pour les patients cardio-vasculaires « As du Cœur ». Journal Officiel ;10 août 2021.