



Critères de qualité du SCPRS pour la prévention et la réadaptation cardiovasculaire

Approuvés lors de l'Assemblée Générale du 6.6.2018

Indication

La réadaptation cardiovasculaire est indiquée lors d'un trouble fonctionnel, d'un trouble d'activité ou d'un trouble de participation suite à une maladie du cœur ou des vaisseaux. Elle est également indiquée lorsqu'elle influence positivement la maladie au niveau de la qualité de vie ou du pronostic. La réadaptation cardiovasculaire fait partie de la stratégie de traitement à long terme de différentes affections cardiovasculaires, notamment celles liées à l'athérosclérose, toute forme d'insuffisance cardiaque et lors de malformations congénitales. L'indication peut être répétée lors d'affections chroniques.

La condition préalable pour la réadaptation est la capacité de réadaptation du patient. Cela comprend l'adhésion au processus de réadaptation ainsi que la capacité de participer au processus.

Les indications en détail sont les suivantes :

- Syndrome coronarien aigu avec ou sans intervention
- Cardiopathie ischémique chronique (avec ou sans intervention préalable) associée à l'une ou plusieurs des situations suivantes :
 - Capacité physique limitée
 - Troubles persistants après épuisement des mesures interventionnelles
 - Persistance de facteurs de risque modifiables/ Profil de risque cardiovasculaire élevé
 - Difficultés de réinsertion ou de participation dans la vie sociale (emploi, famille, vie privée), surtout lors d'une possible incapacité de travail ou d'une perte d'autonomie
 - Besoin d'éducation thérapeutique spécifique
 - Incertitude concernant la capacité physique et psychique pour autant qu'une amélioration à travers la réadaptation soit attendue
- Présence de multiples facteurs de risque cardiovasculaire (p. ex. syndrome métabolique avec ou sans pathologie cardiaque chronique)
- Pontage coronarien ou autres interventions de chirurgie cardiaque
- Interventions sur les gros vaisseaux
- Insuffisance cardiaque: en cas d'insuffisance cardiaque symptomatique stable ou après décompensation; insuffisance cardiaque aussi bien avec une fraction d'éjection du ventricule gauche préservée, que légèrement diminuée ou diminuée (HFpEF, HFmrEF, HFrEF)
- Implantation de dispositifs d'assistance ventriculaire (VADs)
- Implantation d'un défibrillateur et/ou d'un système de resynchronisation cardiaque (CRT) associée à l'une ou plusieurs des situations suivantes :
 - Restriction de la mobilité et de la capacité physique
 - Besoin de surveillance et d'optimisation de la thérapie
 - Gestion difficile de la maladie, instabilité psychique
 - Profil de risque cardiovasculaire élevé
- Autres maladies cardiovasculaires pouvant être influencées favorablement par la réadaptation (p. ex. artériopathie périphérique, embolie pulmonaire, hypertension artérielle pulmonaire, fibrillation auriculaire)

La réadaptation peut s'effectuer de manière ambulatoire, stationnaire ou bien de manière séquentielle stationnaire-ambulatoire. La décision revient aux médecins traitants (ceux qui posent le diagnostic en coopération avec ceux qui effectuent la réadaptation). Un changement (stationnaire vs. ambulatoire) peut être effectué si cela s'avère judicieux ou nécessaire. A cet effet, la partie stationnaire ou ambulatoire peut être raccourcie. Ce dernier point nécessite une adaptation selon les buts individuels et le progrès de la réadaptation du patient.

L'indication individuelle à une réadaptation cardiovasculaire stationnaire ou ambulatoire dépend des facteurs suivants :

- Mobilité du patient
- Gravité de la maladie cardiovasculaire et handicap physique associé
- Comorbidités
- Perception subjective de l'état de santé personnel
- Situation sociale et professionnelle
- Existence ou non d'un programme de réadaptation ambulatoire à proximité du lieu de domicile

Avantages potentiels d'une réadaptation stationnaire:

- Possibilité de débiter plus rapidement le programme après l'évènement aigu/ l'opération
- Prise en charge de cas complexes à risque élevé et encore non stabilisés cliniquement
- Prise en charge de patients âgés et/ou avec des handicaps physiques ou de sévères comorbidités
- Mesures renforcées afin d'assurer d'emblée de bonnes conditions d'autonomie dans les activités quotidiennes et permettant d'éviter la mise en place d'un encadrement auxiliaire et une dépendance de soins à domicile
- Reprise rapide de l'activité professionnelle à pleine capacité

Avantages possibles d'une réadaptation ambulatoire :

- Le patient reste dans son environnement habituel
- Implication de la famille/du partenaire dans les modifications du style de vie
- Mise en avant des possibilités d'activités à proximité du lieu de domicile
- Possibilité immédiate de reprendre une activité professionnelle à temps partiel
- Transition facilitée dans un groupe local de maintenance cardiovasculaire

Une réadaptation cardio-vasculaire stationnaire est généralement préconisée dans les situations suivantes :

- Situation complexe sur le plan médical, psychique, social, professionnel ou de la prévention
- Patients avec une faible capacité physique
- Absence d'un programme de réadaptation ambulatoire adapté aux besoins du patient à proximité de son domicile

Une réadaptation ambulatoire devrait être préconisée en l'absence d'indication à une réadaptation stationnaire.

Qualité de la structure

Afin de satisfaire aux exigences de qualité d'une réadaptation cardiaque efficace, certaines conditions structurelles et liées au processus sont nécessaires. Les exigences minimales sont les suivantes:

Programmes ambulatoires

Personnel:

- La direction est assurée par un médecin spécialiste en cardiologie au bénéfice d'une expérience en réadaptation cardiaque: au moins 3 mois de formation continue dans un programme reconnu ou participation à un cours de formation de la "European Association of Preventive Cardiology" (EAPC), p. ex. «Cours de Berne»
- Direction des thérapies par des physiothérapeutes, des maîtres de gymnastique/sport ou des spécialistes en sciences du sport et du mouvement, avec une formation continue en réadaptation cardiaque reconnu par le SCPRS, avec remplacement de qualification équivalente
- Accès à un service de psychologie
- Disponibilité d'une diététicienne diplômée
- Éducation thérapeutique par du personnel qualifié (p. ex. médecin, infirmier/ière, psychologue, diététicien/ne)
- Personnel qualifié dans la désaccoutumance au tabac

Structure:

- Salle de sport ou salle de gymnastique de taille adéquate utilisable également pour des sessions de thérapie dynamique
- Appareils adaptés pour l'entraînement de force et d'endurance (ergomètre/tapis roulant)
- Parcours définis pour l'entraînement en plein air
- Équipement d'urgence de RCP, défibrillateur inclus
- Système d'alarme et concept d'urgence ou de réanimation adéquat

Programmes stationnaires

Personnel:

- La direction (au moins 80%, directement responsable des soins médicaux, avec responsabilité décisionnelle concernant le programme de réadaptation cardiaque) est assurée par un médecin spécialiste en cardiologie au bénéfice d'une formation continue d'au minimum 3 ans en médecine interne ainsi qu'une expérience en réadaptation cardiaque (au minimum 3 mois de formation continue dans un programme reconnu ou participation à un cours de formation de l'EAPC [p.ex. «Cours de Berne»]); remplacement prévu par un cardiologue ou par un interniste expérimenté
- Direction des thérapies par des physiothérapeutes, des maîtres de gymnastique/sport ou des spécialistes en sciences du sport et du mouvement, avec une formation continue en réadaptation cardiaque reconnu par le SCPRS, avec remplacement de qualification équivalente
- Soins infirmiers 7j/24h
- Médecin de garde sur place 7j/24h
- Psychologue
- Diététicienne diplômée
- Consultation diabétique diplômée
- Éducation thérapeutique par du personnel qualifié (p. ex. médecin, infirmier/ière, psychologue, diététicien/ne)
- Personnel qualifié dans la désaccoutumance au tabac
- Service social

Structure:

- Salle de sport ou salle de gymnastique de taille adéquate également utilisable pour des thérapies dynamiques
- Entraînement thérapeutique médical
- Appareil d'ergométrie avec surveillance ECG
- Échocardiographie
- Parcours définis pour l'entraînement en plein air
- Équipement d'urgence pour la RCP, défibrillateur inclus, stimulateur cardiaque externe
- Système d'alarme ainsi que concept d'urgence ou de réanimation adéquat
- Ergométrie, ECG de longue durée (Holter), mesure de la pression artérielle sur 24h (MAPA)
- Surveillance du rythme cardiaque, au besoin ventilation non invasive en urgence
- Possibilité d'administration intraveineuse de médicaments (aussi durant une période prolongée), de traitement élargi des plaies (thérapie VAC incluse), d'administration d'oxygène au repos et lors d'efforts ou de thérapies, de ventilation non-invasive nocturne (c-PAP, bi-PAP chez les patients stabilisés)
- Concept d'isolation pour patients porteurs de germes résistants
- Accès au laboratoire 7j/semaine, laboratoire d'urgence 7j/24h disponible sur place

Qualité des processus

Enregistrement:

Le processus d'enregistrement est organisé de façon à avoir accès aux informations nécessaires et permet d'évaluer l'indication ainsi que la capacité de réadaptation. De surcroît, il rend possible une admission suffisamment rapide dans le programme.

Examen médical d'entrée:

Celui-ci comprend un examen de médecine interne générale, y compris un test d'effort limité par les symptômes (ergométrie ou spiro-ergométrie) sur cyclo-ergomètre ou tapis roulant, lorsqu'un tel test n'a pas été réalisé durant les trois derniers mois avant le début d'un programme d'activité physique. Si le patient n'est pas capable d'effectuer une ergométrie dans le cadre stationnaire, celle-ci devra être remplacée par un test de marche de 6 minutes. Un bilan des facteurs de risque doit être établi au début du programme de réadaptation.

Examen de sortie:

L'examen clinique et le test d'effort seront répétés de même que le bilan des facteurs de risque.

Rapport final:

Le rapport final doit comporter au moins les données suivantes: rapport sur l'évolution de la réadaptation, résultats de l'examen d'entrée et de l'examen de sortie (y compris les résultats du test d'effort), les aspects physiques et psychiques particuliers du patients, les facteurs de risque et les mesures préventives, le traitement médicamenteux actuel ainsi que des propositions pour des mesures diagnostiques et thérapeutiques supplémentaires et pour le retour au travail. Le rapport final doit être rédigé par un médecin.

Contenu du programme:

Le programme comprend au moins les composantes suivantes:

Programmes ambulatoires

- 36 sessions de 2 unités (72 unités, sans les consultations médicales), dont:
 - 64 unités de thérapie (endurance, force, coordination/équilibre, activités en plein air, relaxation ; y compris instructions pour une adhésion à long terme)

- 8 unités d'éducation thérapeutique en groupe:
 - 2 unités de conseils diététiques
 - 2 unités de consultation psychologique en groupe
 - 4 unités d'éducation (compréhension de la maladie, prévention, autogestion)
- Selon indication, conseils individuels supplémentaires en diététique, gestion du stress (psychologue), conseils stop-tabac avec un programme reconnu
- Les 36 séances devraient être effectuées dans un délai de 3 à 4 mois, ou, dans des cas exceptionnels, en 6 mois. Dans le cas où les objectifs de réadaptation ne sont pas atteints, et qu'un potentiel de réadaptation existe encore, une prolongation (séances supplémentaires) peut être utile.

Programmes stationnaires

- Durée en général de 4 semaines
- Adaptation individuelle du programme basé sur l'examen médical d'entrée, sur les évaluations ainsi que sur les besoins et les objectifs du patient
- Rapport de réadaptation hebdomadaire de la part des intervenants
- Au minimum 3 visites médicales par semaine
- Thérapie (endurance, force, coordination/équilibre, activités en plein air, relaxation) et éducation thérapeutique: 21 unités/semaine sur 6 jours/semaine
- Au minimum dans 3 groupes de niveaux différents
- Si le patient n'est pas entièrement apte à travailler en groupe: 1 fois par jour ouvrable* de thérapie individuelle
- Conseils en diététique
- Conseils stop-tabac
- Consultation diabétique
- Consultation stress
- Évaluation et soutien psychologique selon besoin
- Programme de formation, 6 leçons au minimum (compréhension de la maladie, comportement au quotidien, médicaments, facteurs à risque, prévention)
- Offre d'au moins 2 des options suivantes: thérapie respiratoire, hydrothérapie/ bain thérapeutique, cours de cuisine, thérapie physique (massage, compresses, etc.)

Module insuffisance cardiaque avancée (VAD, transplantation cardiaque inclus)

- Personnel formé (infirmière spécialisée en insuffisance cardiaque)
- Formation régulière dans le maniement des VAD
- Possibilité d'entraînement avec surveillance du rythme cardiaque ainsi que du contrôle de la performance (ergomètre avec surveillance ECG)
- Programme de formation pour les patients souffrant d'insuffisance cardiaque (selon les brochures de la Fondation de Cardiologie)

Sécurité et autres éléments

Programmes ambulatoires

- Il convient de veiller à ce que les patients qui ne sont pas aptes à suivre une thérapie soient détectés avant le début de la thérapie et qu'ils soient soumis à un control médical au besoin
- Il existe un concept d'urgence et d'alarme
- Le personnel (médecins, personnel soignant, thérapeutes) est formé à la RCP, formation RCP régulière attestée (chacun 2x par année)
- La RCP, défibrillation incluse, est assurée à tout moment pendant les thérapies
- Accompagnement des patients lors d'activités à l'extérieur

Programmes stationnaires

- Il existe un concept d'urgence et d'alarme
- Le personnel (médecins, personnel soignant, thérapeutes) est formé à la RCP, formation RCP régulière attestée (chacun 2x par année)
- La RCP, défibrillation incluse, est assurée à tout moment pendant les thérapies
- Deux personnes formées à la RCP, dont un thérapeute, sont présentes lors d'activités en dehors du périmètre de la clinique
- Présence médicale et soignante (voir qualité de la structure)
- Possibilité d'administration intraveineuse de médicaments (aussi durant une période prolongée), de traitement élargi des plaies (thérapie VAC incluse), d'administration d'oxygène au repos et lors d'effort ou de thérapies, ventilation non-invasive nocturne (c-PAP, bi-PAP chez les patients stabilisés)
- Concept d'hygiène, concept d'isolation pour patients porteurs de germes résistants

Contrôle de qualité

Nombre minimal de cas:

- Stationnaire: 250 patients/année (sur la base des entrées, uniquement pour les patients dans le programme cardiaque)
- Ambulatoire: 50 patients/année (sur la base des entrées dans le programme), moins en présence d'un programme stationnaire au même endroit
- Les programmes en reconnaissance provisoire doivent atteindre ces chiffres en deux ans

Formation continue du personnel:

- Les médecins et thérapeutes sont formés à la CPR au moins 2x par année, participation attestée
- Formation continue des médecins: selon le règlement FMH spécialiste en cardiologie. Nous conseillons au moins 12 heures/crédits de formation continue dans la réadaptation et prévention sur une durée de trois ans (p. ex. modules SCPRS lors du congrès annuel de la SSC, «D-A-CH 3-Ländertreffen», «Prevention Summits», cours de formation européen à Berne, congrès annuel de l'EAPC)
- Thérapeutes en réadaptation cardiaque: 16h/crédits de formation continue reconnue doivent être effectués tous les deux ans (reconnu automatiquement: congrès annuel de l'EAPC, congrès annuel de la SSC, formations continues en réadaptation reconnues par la SSC, formations continues des «Swiss Cardiovascular Therapists» [SCT], formations continues spécifiques des cliniques de réadaptation)

Contrôle de qualité:

- Participation à la collecte des statistiques du SCPRS (y inclus complications, mesure de la capacité physique et de la qualité de vie au début et à la fin du programme) avec transmission des données dans les délais

En supplément pour les programmes stationnaires:

- Critical Incidence Reporting System (CIRS)
- Participation au programme de mesure de l'ANQ (Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques)

*Jour ouvrable : Lundi au vendredi, jours fériés exclus