



Présentation de l'équipe de soins spécialisés (ESS) en cardiologie Cardio+ Isère



Cardio+, c'est ...



- Un dispositif expérimental Article 51
- Une association portée par le Syndicat National des Cardiologues

Objectifs : *répondre aux défis d'accès aux soins en cardiologie.*

Une ESS c'est quoi ?

L'ESS conventionnelle / ESS cardio+



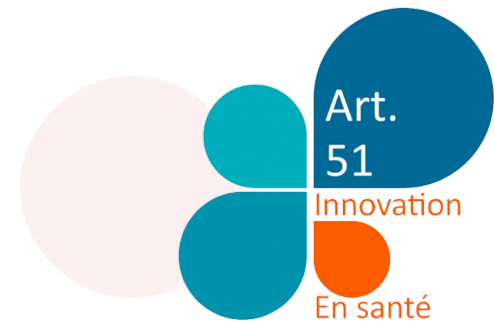
Un exercice coordonné entre :

- Un groupement de cardiologues virtuels libéraux et hospitaliers
- Une équipe administrative et de coordination à l'échelle d'une région.

Et en plus sur Cardio+ :

- **Une équipe mobile (IDEs/IPA) effectrice de soins**

Cardio+, c'est ...



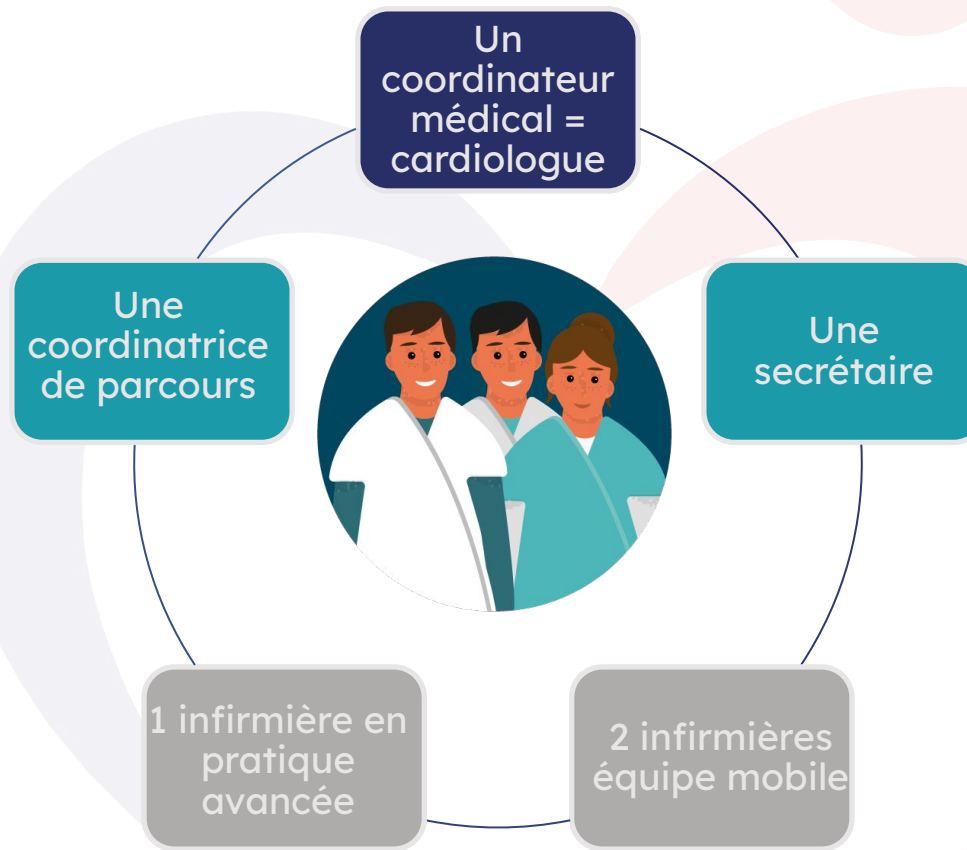
A l'échelle nationale

- Une expérimentation de **3 ans et 6 mois**, débutée en juin 2023 et fin décembre 2026.
- Un financement de plus de **7 millions d'euros** par le ministère de la Santé et la CNAM
- L'inclusion de **9215 patients**.
- **3 régions** (Pays Loire, Centre Val de Loire, Auvergne Rhône Alpes)
- **7 départements** concernés.

Pour AURA

Allier / Haute-Loire / Haute-Savoie / Isère

Composition des équipes des E.S.S



Composition de l'équipe d'Isère

1 Coordonnateur médical Dr Patrick Montant	La Roche-sur-Foron (74)	Coordonne l'ESS au quotidien
Plusieurs cardiologues	Dans le 03 ; le 74 ; le 38 ; le 69 ; le 43 ; le 63 , le 38	Réalisent des expertises cardiologiques (TE, TC, TCAG)
1 Secrétaire Katia Aouafa	La Roche-sur-Foron (74)	Reçoit vos requêtes Gère la facturation Complète les dossiers administratifs
1 Coordinatrice de parcours Sandra Charrondière	La Roche-sur-Foron (74)	Pilote les parcours de santé
2 IDEs équipe mobile Magali Martin Marie Kaminski	Isère (38)	Réalise les TCAG auprès des patients Coordination des parcours soins
1 IPA Tifenn Guéguen	Isère (38)	Bilante les patients inclus dans des parcours Propose un PPS validé en RCP Assure le suivi en trinôme avec MT et cardiologue

Les missions des E.S.S



- Favoriser l'accès aux soins spécialisés
 - Guichet unique avec une réponse dans les **48 à 72h**
 - PEC dans les **15 jours**
- Un parcours de santé personnalisé et coordonné.

Le public cible de l'ESS

Critères d'inclusion :

Patients vulnérables (ayant un de ses critères) :

- + de 65 ans ou
- ayant des antécédents cardiovasculaires ou
- situation sociale précaire, isolement ou
- perte d'autonomie (ex: tbles cognitifs)

Patients dépendants nécessitant un transport sanitaire et/ou l'accompagnement d'une tierce personne

Critères d'exclusion :

- Urgence
- Cardiologue référent (sauf si accord)
- Domicilié hors Isère
- Absence de NIR






L'ESS Cardio+

Pourquoi nous solliciter ?



- **Un avis spécialisé** pour un patient **symptomatique**
- Un soutien : un **suivi post-hospitalisation**
- Un bilan cardio : **pour un nouveau résident** de votre structure
- **Le suivi d'un patient** en parcours
- Un **dépistage**


Affiches et protocoles de dépistage HTA et IC




DÉPISTAGE DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

Vous ressentez ces signes d'alerte ?


SIGNES D'ALERTE : EPOF




Surveillance d'un Essoufflement inhabituel
(pendant l'effort, au repos ou en position allongée)




Prise de poids rapide
(+ 2kg en 3 jours)



Apparition d'œdèmes
(pieds et jambes qui gonflent)



Fatigue excessive / inhabituelle



Syndicat National des Cardiologues
Médicine cardiovasculaire

Ou vous avez plus de 60 ans, sans signe d'alerte, mais un de ces facteurs de risque ?

FACTEURS DE RISQUE

Hypertension artérielle
Diabète
BPCO

Insuffisance rénale
Antécédents coronaires

Trouble du rythme
Obésité
Souffle au cœur



Protocole de dépistage pour l'Hypertension Artérielle-HTA



Parcours les étapes



Populations cibles

Adultes ≥ 40 ans

- Dépistage opportuniste au moins 1/an
- Pour les personnes à risque faible ou modéré

Personnes < 40 ans

- Dépistage tous les 3 ans
- Sauf en présence de facteurs de risque où un dépistage plus fréquent peut être justifié.

Patients à risque élevé ou très élevé

- Dépistage annuel systématique
- Mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA) ou automesure à domicile pour confirmer le diagnostic.

1. Étape de dépistage

1. Prise de la Pression Artérielle

- Mesure après 5 minutes de repos, en position assise.
- Utilisation d'un brassard validé adapté à la taille du bras.
- Rechercher une différence de pression entre les deux bras (écart > 10 mmHg).

2. Confirmation du Diagnostic

- Utilisation de la MAPA ou de l'automesure à domicile pour confirmer une élévation HTA en consultation.
- Classification :
 - PA non élevée (<120/70 mmHg)
 - PA élevée (120-139/70-89 mmHg)
 - HTA (≥140/90 mmHg).
- Prise en charge plus agressive si PA élevée persistante avec un SCORE-2 > 10 %.

3. Investigations Complémentaires

- Bilan sanguin pour rechercher des causes secondaires d'HTA (rénine, aldostérone, etc.).
- Évaluation du risque cardiovasculaire global (SCORE-2, SCORE-2-OP)

2. Sollicitation de l'ESS

4. ESS Cardio+

- Déplacement de l'équipe mobile de l'ESS pour réalisation d'une ETT et d'un ECG

5. Médecin traitant

- Si confirmation du diagnostic d'Hypertension artérielle résistante : déclaration d'ALD pour pris en charge à 100% : ALD 05

3. Parcours de santé HTA

5. Cardiologue / IPA / Médecin traitant

- Bilan global du patient par l'IPA,
- Proposition d'un Plan Personnalisé de Soins
- Staff avec Cardiologie / Médecin traitant / IPA pour valider le PPS sur 12 mois

6. Équipe ESS et équipe de soins de premier recours

- Suivi du patient selon le plan personnalisé de soins

Parlez-en à un professionnel de santé !

L'ESS Cardio+ est là pour vous aider, du dépistage à la prise en charge de cette maladie fréquente et grave !

Pour plus d'informations, contactez notre secrétariat : secretariat@esscardio.fr - 09 86 41 50 81

Qui peut faire la demande ?

- Médecins
- Infirmier.e.s en pratique avancée
- Infirmier.e.s
- Pharmacien.ne.s





La prise en charge

Préconisation initiale faite par IDE



Nécessite l'intervention de l'équipe mobile infirmière

Télécardiologie Augmentée



Equipe mobile
paramédicale



Entretien clinique



- ECG
- Holter ECG
- Echographie ultraportable connectée
- Stéthoscope connecté
- Polygraphie ventilatoire

Les parcours dans Cardio+



L'inclusion dans un **parcours de soins ou de santé** pour les patients ayant besoin d'un accompagnement supplémentaire.

Dans ce cas, **l'IPA fait un bilan avec le patient** pour élaborer un **Programme Personnalisé de Soins - PPS**

Ce PPS est ensuite validé lors d'une **réunion de concertation pluridisciplinaire - RCP** avec Cardiologue / médecin traitant / IPA dans l'idéal (*asynchrone/synchrone et rémunérée*)

Le suivi du parcours dans Cardio+

Un **suivi coordonné au long cours** des patients.

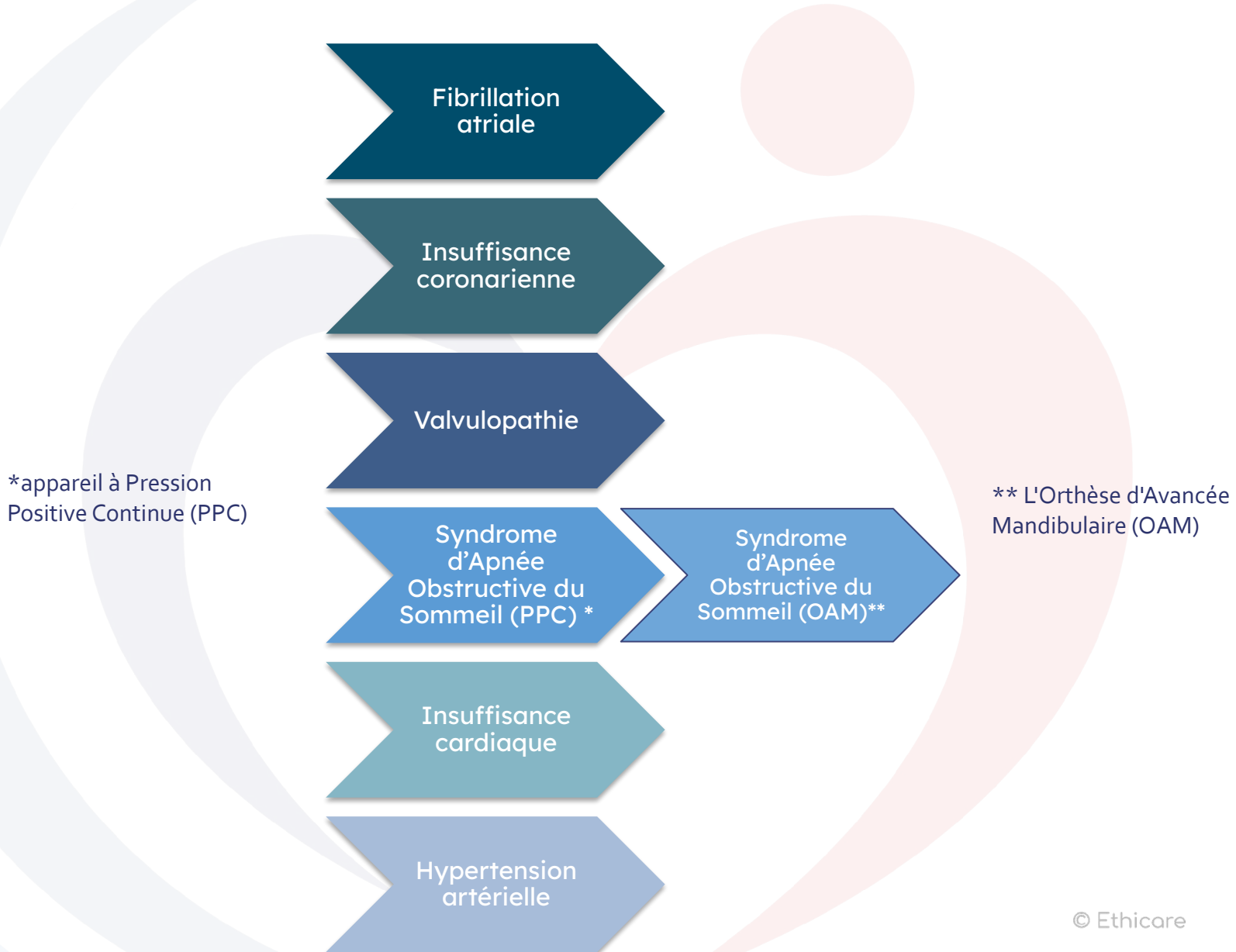
Jusqu'à 3 consultations de suivis IPA.

Le suivi par notre case-manager des rendez-vous réalisés.

Le partage du dossier patient à son cercle de soins (via MonSisra)



Les 7 parcours de santé





Modalités de collaboration

Les requêtes se font via



MonSisra

- Pour adresser et suivre une requête
- Pour que tous les professionnels accèdent au dossier du patient
- Pour des échanges sécurisés

<https://www.aura.esscardio.fr/>



Présentation

Actualités

Adhésion

Recrutement

Contact

Espace membre

Demander un avis à l'E.S.S. →

Comment faire une requête ? →



CARDIO +

E.S.S. en cardiologie Auvergne-Rhône-Alpes

Tutorat disponible



Faire une demande d'avis

Tuto pratique à destination des requérants




Connectez-vous sur MonSisra :

Si vous vous connectez habituellement via un navigateur internet :

Cliquez sur : www.sante-ra.fr/messagerie & choisissez votre méthode de connexion habituelle

Si vous vous connectez habituellement via l'application sur votre poste de travail : Ouvrez l'application & renseignez votre mot de passe.



MonSisra

Viviane PERRET

[Ajouter un utilisateur](#) [Supprimer cet utilisateur](#)

Mot de passe

[Mot de passe oublié](#)

CONNEXION

Date :

 Consentement patient **obligatoire**
 J'atteste avoir recueilli le consentement du patient pour une prise en charge par l'E.S.S. Cardio+.

Information requérant

Nom :	Prénom :
Adresse professionnelle :	
Structure d'appartenance :	
Préciser le nom :	
Téléphone :	Mail :
Le requérant intervient en tant que :	

Information patient

Nom :	Nom de naissance :
Prénom :	NIR (15 chiffres) :
Date de naissance :	Code postal de naissance :
Rang (si jumeauté. A défaut, renseigner 1) :	Sexe :
Lieu de résidence actuel du patient :	
Le cas échéant préciser le nom de l'établissement :	
Téléphone :	Adresse :
Médecin traitant :	Cardiologue traitant :
<input type="checkbox"/> Pas de médecin traitant	
Poids : kgs	Taille : cms

Facteurs de risques cardiovasculaires (réponses obligatoires) :

Tabac :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>	Paquets / an :	HTA :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>
Stop tabac :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>	Année arrêt :	Hérédité CV :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>
Dyslipidémie :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>		Sédentarité :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>
Diabète :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>	Type :	Durée :	

Antécédents cardiovasculaires (réponses obligatoires) :

Angor :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>	Insuffisance cardiaque :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>
Angioplastie coronaire :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>	Maladie Thrombo-embolique :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>

Pontage coronaire :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>	Traitement anticoagulant au long cours :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>
Trouble du rythme :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>	Stimulateur cardiaque :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>
SAS appareillé :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>	Valvulopathie :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>
Autres à préciser :			

Antécédents non cardio-vasculaires :

Motif de consultation E.S.S. (au moins une réponse) :

Dépistage IC <input type="checkbox"/>	Dépistage HTA <input type="checkbox"/>	Somnolence diurne - ronflement important <input type="checkbox"/>
Douleur thoracique <input type="checkbox"/>	Dyspnée <input type="checkbox"/>	Palpitation <input type="checkbox"/>
Syncope <input type="checkbox"/>	Suivi cardiopathie ischémique <input type="checkbox"/>	Suivi insuffisance cardiaque <input type="checkbox"/>
Suivi trouble du rythme <input type="checkbox"/>	Suivi stimulateur cardiaque <input type="checkbox"/>	Avis cardiologique ponctuel <input type="checkbox"/>
Suivi valvulopathie <input type="checkbox"/>		
Symptomatologie actuelle (à préciser) Veuillez préciser ici le motif de votre demande :		

 Documents à joindre **obligatoirement** :

Ordonnances en cours	Fourni : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Dernière lettre cardiologique	Fourni : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Compte-rendu d'hospitalisation	Fourni : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Dernière biologie	Fourni : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Autres documents joints :

EKG	Fourni : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres (à préciser)	

PDF disponible

Une convention de collaboration pour...

Possibilité de mettre en place une convention pour :

- Pérennité du dispositif
- Préciser le process de prise en charge
- Préciser les attendus sur la sécurisation des données
- Préciser l'identité des professionnels requérants



CONVENTION DE PARTENARIAT ENTRE L'E.S.S. ET UN ETABLISSEMENT MEDICO-SOCIAL

ENTRE-LES SOUSSIGNES

L'Equipe de Soins Spécialisés de Cardiologie CARDIO + AURA, association loi 1901, dont le siège social est situé **XXXX**, immatriculée sous le numéro SIRET **XXXX** et représentée par le Dr Patrick Montant, Président de l'ESS CARDIO + AURA,

Ci- après dénommée « **ESS CARDIO + AURA** ».

Et

(Nom de l'établissement)

Immatriculée au RCS **XXX**, sous le n° **XXX**, au capital de **XXX** Euros (établissement privé)

Dont le siège social est situé au **(adresse)**

Le N° FINESS est **xxx**

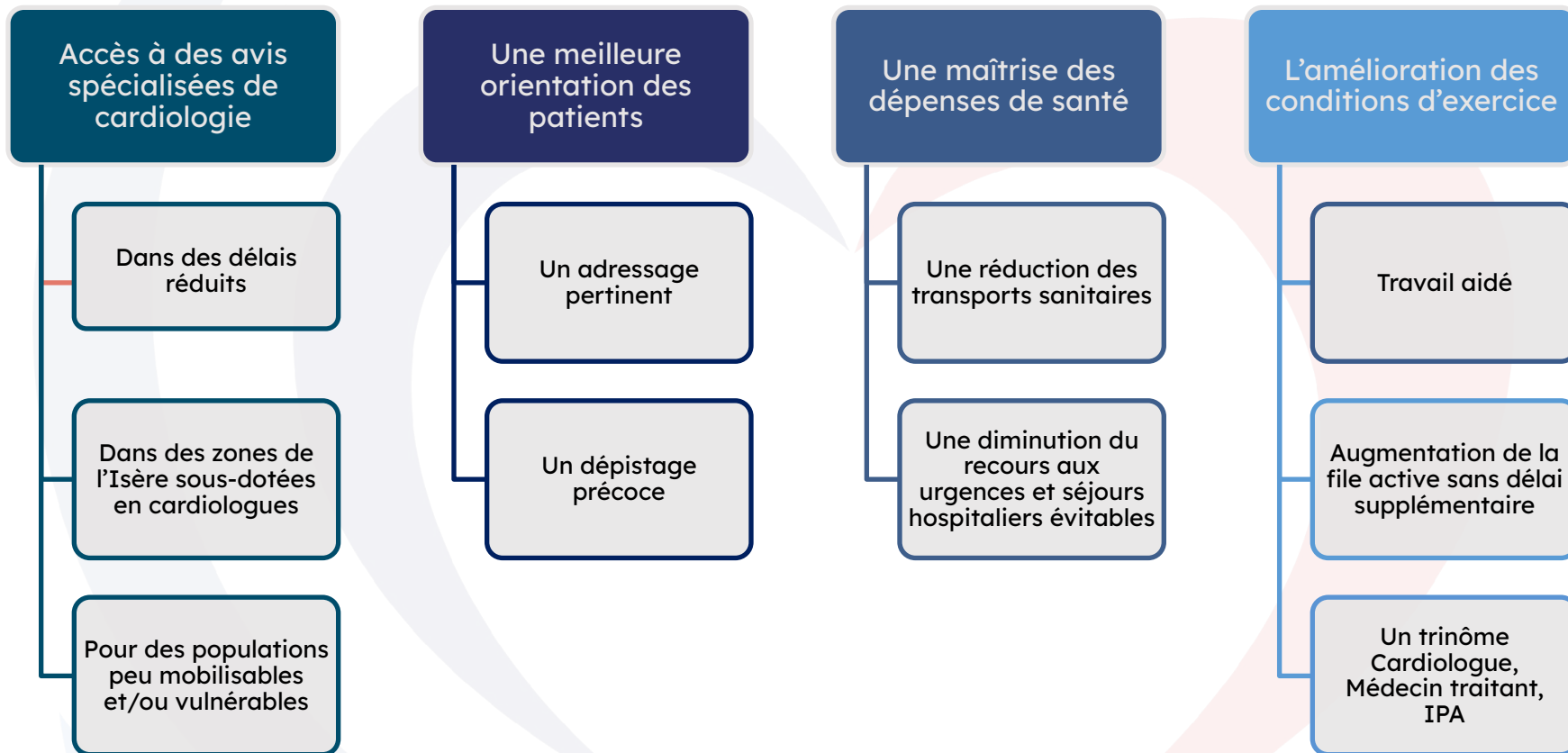
Et représenté(e) par **(Nom du représentant légal)** en qualité de **(fonction)**

Ci-après dénommée « **Etablissement** ».

Pour résumer Cardio+



Un guichet unique
Usage de la télémédecine
Coordination des parcours
Une équipe mobile



Pour contacter l'E.S.S.

Site internet AURA : <https://www.aura.esscardio.fr/>

Lien vidéo de présentation <https://vimeo.com/840523513?share=copy>

Lien MonSISRA pour requête : www.sante-ra.fr/messagerie

E-mail sécurisé : ess.cardioplus@aura.mssante.fr

E-mail non sécurisé : secretariataura@esscardio.fr

N° téléphone : 09 86 41 59 81





Merci pour votre attention