|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| http://www.intranet.ars.sante.fr/fileadmin/private/PACA/S_organiser_au_quotidien/Creer_un_document/logos/Basse_definition/arsPaca.jpg | Projet « NOM PROJET » | |
| Fiche régionale descriptive d’un projet de télémédecine | |
| **MAJ** :  Version : | Rédigé par : Prénom (Initiale) + Nom | Validé par : Prénom (Initiale) + Nom |

Résumé synthétique du projet

Descriptif du projet (10 lignes Max)

**Date – et signature et cachet du porteur du projet**

Nota :

Les zones en rouge sont à visée explicatives et sont à supprimer lors de la validation de la fiche régionale

Contenu

*Page*

1 Porteur 3

1.1 Identification structure porteuse du projet 3

1.2 Identification des membres du projet 3

2 Actes de télémédecine pratiqués dans le projet 4

3 Description détaillée 4

3.1 Contexte 4

3.2 Objectifs 4

3.3 Périmètre géographique 5

3.4 Pathologies visées 5

3.5 Bénéfices attendus 5

3.6 Indicateurs dévaluation de résultats 5

4 Volet Organisation 6

4.1 Equipe projet 6

4.2 Acteurs du projet 6

4.3 Partenaires techniques 6

4.4 Organisation médicale mise en œuvre 7

4.5 Modalités de mise en conformité avec le décret du 19/10/2010 7

5 Volet technique 9

5.1 Système d’information existant 9

5.2 Evolution prévue - système d’information cible 9

5.3 Sécurité et échanges 9

6 Volet économique 10

6.1 Ressources humaines 10

6.2 Infrastructures,matériels et logiciels 10

6.3 Budget prévisionnel du projet 10

7 Calendrier prévisionnel 11

8 Cadre réservé ARS 12

# Porteur

## Identification structure porteuse du projet

|  |  |
| --- | --- |
| **Identification de la structure porteuse** | |
| Nom de la structure |  |
| N° Finess géographique |  |
| N° SIRET |  |
| Statut structure | Privé, public |
| Adresse |  |
| Code postal |  |
| Ville |  |
| Commentaires (Facultatif) |  |
| **Direction de la structure** | |
| Titre / Civilité | Mme  Mr  Dr  Pr |
| Nom |  |
| Prénom |  |
| Téléphone |  |
| Courrier électronique |  |
| **Direction du Système d'information** | |
| Titre / Civilité | Mme  Mr |
| Nom |  |
| Prénom |  |
| Téléphone |  |
| Courrier électronique |  |

## Identification des membres du projet

|  |  |
| --- | --- |
| **Contact pour le dossier projet** | |
| Titre / Civilité | Mme  Mr  Dr  Pr |
| Nom |  |
| Prénom |  |
| Téléphone |  |
| Courrier électronique |  |
| **Responsable du projet (si différent du contact)t** | |
| Titre / Civilité | Mme  Mr  Dr  Pr |
| Nom |  |
| Prénom |  |
| Téléphone |  |
| Courrier électronique |  |
| Commentaires (Facultatif) |  |

# Actes de télémédecine pratiqués dans le projet

|  |  |
| --- | --- |
| Téléconsultation  Téléexpertise  Téléassistance  Télésurveillance | **Le projet s’inscrit dans le dispositif « ETAPES »**  Formulaire de déclaration d’activité  Lettre engagement |

# Description détaillée

## Contexte

## Objectifs

### Objectifs opérationnels de mise en œuvre projet

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OBJECTIFS OPERATIONNELS** | **PLAN D’ACTIONS** | **INDICATEURS DE SUIVI** |
| Cette rubrique est consacrée à la définition des objectifs poursuivis par le recours à la télémédecine  Exemples :  favoriser l’accès aux soins des personnes détenues à la maison d’arrêt X par la mise en place de téléconsultations spécialisées en X avec l’hôpital X | Cette rubrique décrit les différentes étapes de la consolidation de l’organisation si celle-ci est encore au stade expérimental, du déploiement si elle est déjà opérationnelle  Exemples :  Informatisation de l’UCSA  Consolidation des plannings et de la procédure de rendez-vous  Développement de l’activité | Cette rubrique est dédiée aux indicateur (de moyen) permettant de mesurer le respect des étapes de mise en œuvre de l’organisation |

### Objectifs activité

Ce tableau contient les objectifs en termes de volume d’activité

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Valeur initiale** | **Valeur cible** | | | | | |
| **Année 2017** | **2018** | **2019** | **2020** | **2021** | **2022** |
| Exemples :  100 consultations spécialisées / an | 105 | 135 | 140 | 145 | 150 |
|  |  |  |  |  |  |

## Périmètre géographique

|  |  |
| --- | --- |
| 04 – Alpes haute provence  05 – Hautes alpes  06 – Alpes maritimes  13 – Bouches du Rhône  83 - Var  84 - Vaucluse | Territoire : ……………………………………….  Territoire : ……………………………………….  Territoire : ……………………………………….  Territoire : ……………………………………….  Territoire : ……………………………………….  Territoire : ………………………………………. |

## Pathologies visées

## Bénéfices attendus

## Indicateurs dévaluation de résultats

Ce tableau contient les indicateurs permettant de mesurer la plus-value médicale et économique de la télémédecine.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Valeur initiale** | **Valeur cible** | | | | |
| **Année 2017** | **2018** | **2019** | **2020** | **2021** | **2022** |
| Exemples :  -Réduction des délais d’attente de rendez-vous | 20% | 25% | 35% | 40% | 50% |
| -Réduction du nombre d’extraction | 15 | 20 | 25 | 30 | 30 |

# Volet Organisation

## Equipe projet

Acteurs du projet en phase de conception et de mise en oeuvre

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Acteur** | **Rôle** | **Mail** | **Observations** |
| * PS * Etablissement * Autres | * Requis, * Requérant, * Effecteur, * Usagers, * Autres |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

## Acteurs du projet

Acteurs du projet en phase de production

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Acteur** | **N° RPPS**  **(le cas échéant)** | **Rôle** | **Mail** | **Observations** |
| * PS (Nom prénom) * Etablissement * Autres |  | * Requis, * Requérant, * Effecteur, * Usagers, |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

## Partenaires techniques

Tiers technologique participant au projet en phase de production

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Solution technique** | **Nom** | **Editeur** | **Fonctions couvertes** |
| Solution technique N°1 |  |  |  |
| Solution technique N°2 |  |  |  |
| Solution technique N°3 |  |  |  |

## Organisation médicale mise en œuvre

### Description des processus et des acteurs

|  |  |
| --- | --- |
| **Description des processus** | **Désignation des acteurs** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

## Modalités de mise en conformité avec le décret du 19/10/2010

### Information des patients et au recueil de leur consentement;

Modalités :

### Authentification des professionnels de santé intervenant dans l'acte ;

Modalités :

### Identification du patient

Modalités :

### Accès des professionnels de santé aux données médicales

Modalités :

### Tenue du dossier du patient

Modalités :

### Conditions d’exercice des professionnels médicaux participant à l’acte

Modalités :

### Formation et aux compétences techniques des professionnels de santé et des psychologues requises pour l'utilisation des dispositifs correspondants

Modalités :

### Modalités d'hébergement des données de santé à caractère personnel

Modalités :

# Volet technique

## Système d’information existant

Dossier Patient, dossier de soins, domaine, logiciel, éditeur, etc.

## Evolution prévue - système d’information cible

Préciser les principaux équipements (cœur du dispositif et/ou représentant une part importante des coûts) nécessaires à la mise en œuvre de l’activité de télémédecine :

- De type logiciel :,

- De type matériel : équipements informatiques généraux (tablettes, smartphones…) ou « métier » (objets communiquants…)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Type équipement | Description | Fournisseur / éditeur | observations |
| Ex : logiciel principal de Télémédecine |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Ajouter des lignes si nécessaire |  |  |  |

## Sécurité et échanges

Cocher les case correspondantes et préciser .

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Solution utilisée** | | **Précisions** |
|  | Requiert un hébergement de données de santé |  |
|  | Interfacée avec une messagerie sécurisée de santé |  |
|  | Interfacée avec le DMP |  |
|  | Nécessité une connexion à une plateforme |  |
|  | Les flux sont sécurisés |  |
|  | Intègre une authentification forte pour le requis |  |
|  | Identification du patient par le INS |  |
|  | Nécessite une installation de logiciel ou de plugin ou autre extension chez le requis |  |
|  | Ajouter des lignes si nécessaire |  |

# Volet économique

## Ressources humaines

Préciser ici l’estimation des ressources mobilisées dans le cadre de la mise en œuvre du projet, de l’élaboration jusqu’au démarrage effectif du projet.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Profil** | **Charge en ETP** | **Période (nombre de mois)** |
| Ex : Médecin, Chef de projet, Informaticien,…) | 0.1 (va passer 10% de son temps à la mise en place du projet) | 6 (pendant 6 mois) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Ajouter des lignes si nécessaire |  |  |

## Infrastructures,matériels et logiciels

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Description** | **Montants TTC** | **Observations** |
| Ex :  Investissement infrastructure |  |  |
| Investissement matériel |  |  |
| Investissement logiciel |  |  |
| Abonnement annuel à un service |  |  |
|  |  |  |
| Ajouter des lignes si nécessaire |  |  |

## Budget prévisionnel du projet

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dépenses** | **Année 1** | **Année 2** | **Année 3** |
| **Ressources humaines dédiées à la mise en œuvre du projet**  (Cf Tableau 6.1) |  |  |  |
| **Investissement**  (Matériel, logiciels, Formations) |  |  |  |
| **Autres dépenses liées à la mise en œuvre du projet**  (AMOA, communication, déplacements, ,…) |  |  |  |
| **Fonctionnement**  (Maintenance logicielle, locations, hébergement, Ressources humaines,…) |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |

**Montant de l’aide sollicitée  : ………………………..**

# Calendrier prévisionnel

Début prévisionnel de projet : ……………………….

Indiquer ici le couple mois/année de début de projet.

Calendrier prévisionnel

Renseigner avec des croix

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **M 1** | **M 2** | **M 3** | **M 4** | **M 5** | **M 6** | **M 7** | **M 8** | **M 9** | **M 10** |
| **PHASE 1** | | | | | | | | | | |
| libellé |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PHASE 2** | | | | | | | | | | |
| libellé |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PHASE 3** | | | | | | | | | | |
| libellé |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PHASE 4** | | | | | | | | | | |
| libellé |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PHASE 5** | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PHASE 6** | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

# Cadre réservé ARS

|  |  |
| --- | --- |
| **N° enregistrement projet** |  |
| **Avis GRTLM** | Date :  Avis : |
| **Avis ARS** | Date :  Avis : |
| **Notes** |  |
| **Date contrat**  *(le cas échéant)* |  |
| **Montant des aides accordées**  *(le cas échéant)* |  |
| **Nature des aides**  *(le cas échéant)* |  |