|  |  |
| --- | --- |
| arsPaca | Projet « NOM PROJET » |
| Dossier de candidature |
| **2018**  **Appel à projet dans le cadre du Fond d’Intervention Régional 2018** | Développement régional des activités de télémédecine au bénéfice des personnes privées de liberté**,** des patients résidant en structure médico-sociale, des patients atteints de maladie chronique ou des prises en charge en psychiatrie infanto-juvénile |

Résumé synthétique du projet

Descriptif du projet (10 lignes Max)

Nota

Les zones en rouge sont à visée explicatives.

**Elles sont à supprimer lors de la validation de la fiche descriptive**

Contenu

*Page*

1 Porteur 3

1.1 Identification structure porteuse du projet 3

1.2 Identification des membres du projet 3

2 Description détaillée 4

2.1 Contexte 4

2.2 Description 4

2.3 Objectifs 4

2.4 Périmètre géographique 4

2.5 Bénéfices attendus 4

2.6 Indicateurs dévaluation de résultats 5

3 Volet Organisation 6

3.1 Equipe projet 6

3.2 Acteurs du projet 6

3.3 Partenaires techniques 6

4 Volet technique 7

4.1 Système d’information existant 7

4.2 Evolution prévue - système d’information cible 7

4.3 Sécurité et échanges 7

4.4 Modalités de mise en conformité avec le règlement général sur la protection des données (RGPD) 7

5 Volet économique 8

5.1 Ressources humaines 8

5.2 Infrastructures,matériels et logiciels 8

5.3 Budget prévisionnel du projet 8

6 Calendrier prévisionnel 9

7 Informations complémentaires télémédecine 10

7.1 Actes de télémédecine pratiqués dans le projet 10

7.2 Pathologies visées 10

7.3 Organisation médicale mise en œuvre 10

7.4 Objectifs activité 10

7.5 Modalités de mise en conformité avec le décret du 19/10/2010 11

# Porteur

## Identification structure porteuse du projet

|  |  |
| --- | --- |
| **Identification de la structure porteuse** | |
| Nom de la structure |  |
| N° Finess géographique | *le cas échéant* |
| N° SIRET | *le cas échéant* |
| 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) |  |

# Description détaillée

## Contexte

*Ce paragraphe décrit de manière plus précise le contexte et les motivations du projet présenté.*

## Description

*Ce paragraphe décrit le projet présenté.*

## Objectifs

### Objectifs opérationnels de mise en œuvre projet

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OBJECTIFS OPERATIONNELS** | **PLAN D’ACTIONS** | **INDICATEURS DE SUIVI** |
| *Cette rubrique décrit les objectifs opérationnels de mise en œuvre du projet.*  *De sa phase de conception jusqu’à celle de mise en œuvre*. | *Cette rubrique décrit les différentes étapes mise en œuvre pour atteindre les objectifs renseignés dans la colonne précédente* | *Cette rubrique précise le ou les indicateurs qui permettent de qualifier l’atteinte des étapes renseignées dans la colonne précédente* |

## 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 : ………………………………………. |

## Bénéfices attendus

## Indicateurs dévaluation de résultats

Ce tableau contient les indicateurs permettant de mesurer la plus-value du projet

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 déplacements… | 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 | * Chef de projet, * Consultant, * Expert métier, * informaticien * 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 * Structure de santé * Autres |  | * Requis, * Requérant, , * Usagers, * Coordonateur * … |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

## 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 |  |  |  |

# 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 du projet:

- De type logiciel :,

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Type équipement | Description | Fournisseur / éditeur | observations |
| Ex : logiciel principal d |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 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 (MSSanté) |  |
|  | 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 l’ INS |  |
|  | Nécessite une installation de logiciel ou de plugin ou autre extension chez le requis |  |
|  | Ajouter des lignes si nécessaire |  |
|  |  |  |

## Modalités de mise en conformité avec le règlement général sur la protection des données (RGPD)

*Ce paragraphe décrit les mesures envisagée pour inscrire le projet en conformité avec le RGPD.*

# 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** |  |  |  |

# 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** | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

# Informations complémentaires télémédecine

## Actes de télémédecine pratiqués dans le projet

|  |  |
| --- | --- |
| Téléconsultation  Téléexpertise  Téléassistance  Télésurveillance | **Le projet s’inscrit dans le dispositif « ETAPES »** |

## Pathologies visées

## Organisation médicale mise en œuvre

|  |  |
| --- | --- |
| **Description des processus** | **Désignation des acteurs** |
| Indiquer ici chaque étape rentrant dans le processus de l’activité de télémédecine | Indiquer ici chaque acteur associé à la réalisation de l’étape (Ex : Médecin requérant, Médecin requis, infirmère, secrétaire médicale,…) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

## Objectifs activité

Ce tableau présente à titre indicatif 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 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

## 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 :