|  |  |
| --- | --- |
|  | Appel à projet Télémédecine 2024 |
| Direction des Systèmes d’Information-Département e-Santé  | Projet « NOM PROJET » |

Résumé synthétique du projet

Descriptif du projet (20 lignes Max)

Signature et cachet

Nota :

Les zones en rouge sont à visée explicative et **sont à supprimer lors de la validation de la fiche descriptive**

Contenu

 *Page*

1 Porteur 3

1.1 Identification de la 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 Actes de télésanté pratiqués dans le projet 4

2.7 Pathologies et public visé 5

2.8 Organisation médicale mise en œuvre 5

2.9 Objectifs d’activité 5

2.10 Indicateurs d’évaluation de résultats 5

2.11 Modalités de mise en conformité avec le décret du 19/10/2010 6

3 Volet Organisation 7

3.1 Equipe projet 7

3.2 Acteurs du projet 7

4 Volet technique 8

4.1 Système d’information existant (le cas échéant) 8

4.2 Partenaires techniques 8

4.3 Evolution prévue – Urbanisation du système d’information cible 8

4.4 Sécurité et échanges 9

4.5 Modalités de mise en conformité avec le règlement général sur la protection des données (RGPD) 9

5 Volet économique 10

5.1 Ressources humaines pilotage projet 10

5.2 Infrastructures , matériels, logiciels. 10

5.3 Budget prévisionnel du projet 10

5.4 Modalités de financement 10

6 Calendrier prévisionnel 11

*La table des matières est à réactualiser avant envoi à l’ARS*

# Porteur

## Identification de la structure porteuse du projet

|  |
| --- |
| **Identification de la structure porteuse** |
| Nom de la structure |  |
| N° Finess géographique |  |
| N° SIRET |  |
| Statut structure |  |
| 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 du 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 mises 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

*Ce paragraphe décrit les bénéfices attendus par la mise en œuvre du projet*

## Actes de télésanté pratiqués dans le projet

[ ]  Téléconsultation

[ ]  Téléexpertise

[ ]  Télésoin

## Pathologies et public visé

*Ce paragraphe décrit les pathologies et la population visées dans le projet.*

## 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, infirmière, secrétaire médicale,patient,…) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Compléter le cas échéant par un schéma organisationnel

## Objectifs d’activité

Ce tableau présente les objectifs en termes de volume d’activité à titre indicatif

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Valeur cible** |
| **Type activité de télémédecine** | **2023** | **2024** | **2025** |
| Ex : :Téléconsultations | 135 | 140 | 145 |
|  |  |  |  |

## Indicateurs d’évaluation de résultats

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Indicateurs d’évaluation de résultats** | **2023** | **2024** | **2025** |
| Exemples : -Réduction des délais d’attente de rendez-vous | 20% | 25% | 35% |
| Exemple : -Réduction du nombre déplacements… | 15 | 20 | 25 |

#

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

### Information des patients et 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 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 Organisation

## Equipe projet

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Acteur** | **Rôle** | **Mail** | **Observations** |
| Exemple :* PS
* Etablissement
* Autres
 | Exemple :Chef de projet, Consultant, Expert métier, informaticienUsagers, Autres |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

## Acteurs du projet

Acteurs du projet **en phase de production**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Acteur** | **N° RPPS ou N° FINESS****(le cas échéant)** | **Rôle** | **Mail** | **Observations** |
| Exemple :* PS
* Etablissement
* Autres
 |  | Exemple :* Requis,
* Requérant, ,
* Usagers,
* Coordonateur
* …
 |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

# Volet technique

## Système d’information existant *(le cas échéant)*

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

## 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 |  |  |  |

## Evolution prévue – Urbanisation du 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…)

- Interopérabilité (mon espace santé – DMP)

- Intégration de la messagerie sécurisée (MSS)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |
| [ ]  | Nécessite une connexion à une plateforme de télémédecine |  |
| [ ]  | Les flux sont sécurisés |  |
| [ ]  | Intègre une authentification forte pour le requis |  |
| [ ]  | Intègre une authentification via Pro Santé Connect |  |
| [ ]  | 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 envisagées pour inscrire le projet en conformité avec le RGPD.*

# Volet économique

## Ressources humaines pilotage projet

Préciser ici l’estimation des ressources mobilisées dans le cadre du pilotage du projet sur sa durée (chefferie de projet interne et/ou déléguée à une assistance à maîtrise d’ouvrage externe)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Profil** | **Charge en ETP** | **Période (nombre de mois)** |
| Ex : Chef de projet (métier, informaticien,…), Prestataire AMOA | Ex :0.1 (va passer 10% de son temps à la mise en place du projet) | Ex : 6 (pendant 6 mois) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

## Infrastructures , matériels, logiciels.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Description** | **Montants TTC**  | **Observations** |
| Investissement infrastructure |  |  |
| Investissement matériel |  |  |
| Investissement logiciel |  |  |
| Abonnement annuel à un service,  |  |  |

## Budget prévisionnel du projet

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dépenses** | **Année 1** | **Année 2** |
| **Ressources humaines dédiées à la mise en œuvre du projet** (Cf Tableau 5.1) |  |  |
| **Investissement** (Infrastructure, Matériel, logiciels,) |  |  |
| **Formation** (Infrastructure, Matériel, logiciels,) |  |  |
| **Autres dépenses liées à la mise en œuvre du projet**(communication, déplacements, ,…) |  |  |
| **Fonctionnement** (Maintenance logicielle, locations, hébergement, ,…) |  |  |
| **TOTAL** |  |  |

## Modalités de financement

Préciser ici les modalités de financement du projet (part prise en charge par le porteur, d’autres financeurs,….)

**Montant de l’aide sollicitée auprès de l’ARS PACA(en €) : …………………….**

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