|  |  |
| --- | --- |
| Une image contenant texte, Police, logo, Graphique  Description générée automatiquement | Projet « *nom du projet* » |
| **Appel à Manifestation d’Intérêt «** **Mise en place d’organisations territoriales ou régionales s’appuyant sur de la Téléexpertise »**  » |
| e-santé - Télésanté |

Récapitulatif du projet

Description synthétique du projet (dont synthèse du projet médical sur lequel s’appuie le projet)

Sommaire

*Page*

1 Porteur du projet 3

1.1 Identification de la structure porteuse du projet 3

1.2 Identification de l’équipe projet 3

2 Description détaillée 4

2.1 Typologie de projet 4

2.2 Contexte 4

2.3 Description (dont projet médical sur lequel s’appuie le projet) 4

2.4 Déclinaison du projet régional de santé 4

2.5 Secteur géographique 4

2.6 Bénéfices attendus pour la population 4

3 Volet Organisation 4

3.1 Acteurs du projet 4

3.2 Partenaires techniques (si connus) 5

Volet technique (si projet mature) 5

3.3 Équipements prévus (si connus) 5

3.4 Sécurité et échanges 5

4 Volet économique 6

4.1 Ressources humaines 6

4.2 Budget prévisionnel du projet 6

5 Calendrier prévisionnel 6

6 Informations complémentaires 8

6.1 Projet présenté en COD (Comité Opérationnel Départemental) 8

6.2 Spécialités concernées 8

6.3 Organisation médicale mise en œuvre 8

6.4 Objectifs de volume d’activité 8

6.5 Modalités de mise en œuvre 8

7 Évaluation 9

7.1 Modalités d’évaluation, d’analyse d’impact et de capitalisation du dispositif mis en place 9

7.2 Prise en compte de l’expérience patient 9

7.3 Prise en compte des aspects éthiques 10

7.4 Prise en compte des enjeux en matière d’écologie numérique 10

# Porteur du projet

## Identification de la structure porteuse du projet

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de la structure |  |
| N° Finess géographique |  |
| N° SIRET |  |
| Statut juridique |  |
| Adresse |  |
| Code postal |  |
| Ville |  |
| Commentaires (Facultatif) |  |
| **Responsable de la structure** | |
| Titre / Civilité | Mme  M.  Dr  Pr |
| Nom |  |
| Prénom |  |
| Téléphone |  |
| Mél |  |

## Identification de l’équipe projet

|  |  |
| --- | --- |
| **Responsable du projet** | |
| Titre / Civilité | Mme  M.  Dr  Pr |
| Nom |  |
| Prénom |  |
| Téléphone |  |
| Mél |  |
| Commentaires (Facultatif) |  |
| **Contact administratif (si différent du responsable du projet)** | |
| Titre / Civilité | Mme  M.  Dr  Pr |
| Nom |  |
| Prénom |  |
| Téléphone |  |
| Mél |  |
| Commentaires (Facultatif) |  |
| **Autre personne** | |
| Rôle au sein du projet |  |
| Titre / Civilité | Mme  M.  Dr  Pr |
| Nom |  |
| Prénom |  |
| Fonction |  |
| Téléphone |  |
| Mél |  |
| Commentaires (Facultatif) |  |

# Description détaillée

## Typologie de projet

Projet construit et mature

Projet en émergence Précisez l’état du projet :

*Note : pour les projets émergents, le contenu des sections qui suivent pourra être adapté en fonction des éléments connus ou à définir ultérieurement*

## Contexte

*Ce paragraphe décrit le contexte et les motivations du projet présenté.*

## Description (dont projet médical sur lequel s’appuie le projet)

*Ce paragraphe décrit le projet de manière plus précise en développant les éléments présentés en page de garde (description synthétique du projet).*

## Déclinaison du projet régional de santé

*Ce paragraphe présente en quoi le projet répond aux objectifs du Projet Régional de Santé*

## Secteur géographique

|  |  |
| --- | --- |
| 14 – Calvados  27 - Eure  50 - Manche  61 - Orne  76 – Seine-Maritime | *Précisez le territoire d’intervention et la population concernée (nombre d’habitants, typologie, qualification du territoire (zone sous-dense, rurale, ou QPV)).* |

## Bénéfices attendus pour la population

*Par exemple : réduction des délais d’attente de rendez-vous, sécurisation des prises en charge, diminution du recours aux services d’urgence…*

# Volet Organisation

## Acteurs du projet

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Acteurs ou structures associées au projet** | **Rôle** | **Téléphone** | **Mél** | **Observations** |
| *MSP/PSLA, CPTS, établissements, professionnels de santé, médecins téléconsultants, coordonnateur/ ingénierie, …* |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

## Partenaires techniques (si connus)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom de l’éditeur** | **Solution technique** | **Fonctionnalités couvertes** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

# 

# Volet technique (si projet mature)

## Équipements prévus (si connus)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Type d’équipements | Nombre | Prix unitaire TTC | Observations |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Type d’équipements connectés | Nombre | Prix unitaire TTC | Observations |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

## Sécurité et échanges

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Solution technique utilisée** | | **Précisions** |
|  | Respecte les textes sur l’hébergement de données de santé |  |
|  | Mise en œuvre dans le respect du RGPD |  |
|  | Interfacée avec une messagerie sécurisée de santé |  |
|  | Interfacée avec le DMP/Mon Espace Santé |  |
|  | Nécessité d’une connexion à une plateforme |  |
|  | Intègre une authentification forte pour l’accès par les professionnels de santé (Pro Santé Connect, …) |  |
|  | Identification du patient par son INS |  |
|  | *Ajoutez des lignes si nécessaire* |  |

# Volet économique

## Ressources humaines

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Profil** | **Charge en ETP** | **Durée** | **Commentaires** |
| *Exemple : médecin, infirmières, chef de projet, coordonateur, …* | *Exemple : 0,4 ETP* | *Exemple : 6 mois* |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| *Ajoutez des lignes si nécessaire* |  |  |  |

## Budget prévisionnel du projet

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dépenses** | **2024** | **2025** |
| Ressources humaines dédiées à la mise en œuvre du projet |  |  |
| Investissement  *(matériels, logiciels, formations, …)* |  |  |
| Autres dépenses liées à la mise en œuvre  *(une ligne par type : (communication, …)* |  |  |
|  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Recettes** | **2024** | **2025** |
| Autofinancement |  |  |
| Demande d’appui ARS |  |  |
| Cofinancement 1 (qui ? montant ?) |  |  |
|  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |

# Calendrier prévisionnel

Date de début et de fin pour la conception :

Date de début et de fin pour la mise en œuvre :

Date de début pour la mise en production :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Calendrier prévisionnel** | **jan** | **fév** | **mars** | **avril** | **mai** | **juin** | **juill** | **août** | **sept** | **oct** | **nov** | **déc** |
| **Phase de conception** | | | | | | | | | | |  |  | |
| Action 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| Action 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| Action N |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| **Phase de mise en œuvre** | | | | | | | | | | |  |  | |
| Action 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| Action 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| Action N |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| **Phase de production** | | | | | | | | | | |  |  | |
| Action 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| Action 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| Action N |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |

*Insérez des croix dans le tableau.*

*Dupliquez le tableau si le projet est à cheval sur plus d’une année.*

# Informations complémentaires

## Projet présenté en COD (Comité Opérationnel Départemental)

*Si déjà fait, indiquer à quelle date, sinon quelle perspective ?*

## Spécialités concernées

*Indiquez les spécialités concernées par le projet en fonction des spécialités des médecins réalisant les téléexpertises (cardiologie, dermatologie, …)*

## Organisation médicale mise en œuvre

|  |  |
| --- | --- |
| **Description des processus** | **Désignation des acteurs** |
| *Indiquez ici chaque étape rentrant dans le processus de l’activité de téléexpertise ( coordination des acteurs, transmission des éléments médicaux, transmission de la réponse, suites à donner si la téléexpertise requiert une prise en charge par un médecin spécialiste, …)* | *Indiquez ici chaque acteur associé à la réalisation de l’étape (exemple : médecin requis, infirmière, autres PS, …)* |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

## Objectifs de volume d’activité

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Valeur initiale** | **Valeurs cibles** | | |
| **Année 2024** | **2025** | **2026** | **2027** |
| *Exemple : 50 téléexpertises / an* |  |  |  |

## Modalités de mise en œuvre

### Instances de pilotage du projet

Modalités :

### Information des patients et recueil du consentement

Modalités :

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

Modalités :

### Identification du patient

Modalités :

### Formations aux compétences techniques des professionnels de santé requises pour l'utilisation des dispositifs de télémédecine

Modalités :

# Évaluation

## Modalités d’évaluation, d’analyse d’impact et de capitalisation du dispositif mis en place

|  |
| --- |
| Le porteur du projet précisera la méthode d’évaluation et définira les critères/indicateurs d’évaluation du projet |
| *Décrivez ici les modalités pratiques de mise en œuvre de l’évaluation du dispositif :*   * *par qui ?* * *à partir de quelles données ?* * *quels critères d’évaluation ?* * *à quelles échéances ?* |

## Prise en compte de l’expérience patient

|  |
| --- |
| Le porteur du projet précisera les modalités de prise en compte de l’expérience patient. |
|  |

## Prise en compte des aspects éthiques

|  |
| --- |
| Le porteur du projet précisera les modalités de prise en compte des aspects éthiques |
|  |

## Prise en compte des enjeux en matière d’écologie numérique

|  |
| --- |
| Le porteur du projet précisera les modalités de prise en compte des enjeux en matière d’écologie numérique. |
|  |