

## Direction de l'Appui à la Performance

Affaire suivie par : Gilles CHAMBERLAND  
Courriel : [gilles.chamberland@ars.sante.fr](mailto:gilles.chamberland@ars.sante.fr)  
Tél. : 02 31 70 95 22 / 06 62 99 08 33

### Appel à Projets (AAP) 2020

#### **Mise en œuvre** de dispositifs de télémédecine mobiles **dans les établissements d'hébergements de personnes âgées** et de personnes en situation de handicap

Date limite de réception des réponses : 31 mars 2021

#### DEMANDES DE RENSEIGNEMENTS

Vous pouvez transmettre vos questions directement par mail à l'adresse [ars-normandie-direction-appui-performance@ars.sante.fr](mailto:ars-normandie-direction-appui-performance@ars.sante.fr)

#### TRANSMISSION DES CANDIDATURES

Les réponses à cet appel à projets doivent impérativement être transmises sous forme électronique à l'adresse [ars-normandie-direction-appui-performance@ars.sante.fr](mailto:ars-normandie-direction-appui-performance@ars.sante.fr) au plus tard à la date limite indiquée ci-dessus.

### **1. CONTEXTE**

---

Depuis 2017, l'Agence Régionale de Santé de Normandie a lancé 2 appels à projets destinés notamment à doter les établissements d'hébergements de personnes âgées de solutions de télémédecine. A ce jour, plus de 160 établissements normands ont bénéficié d'un accompagnement financier de l'ARS pour se doter de solutions de télémédecine, auxquels s'ajoutent les établissements qui utilisent le dispositif DOMOPLAIES. Au total, aujourd'hui ce sont près de 220 EHPAD normands qui sont déjà ou qui seront prochainement en capacité de bénéficier d'actes de télémédecine, ce qui représente plus de 55% des EHPAD normands.

L'épidémie de COVID-19, a confirmé l'intérêt pour ce type de structures de pouvoir faire appel à des ressources médicales distantes, pour éviter le transport de résidents et de personnes en situation de handicap dans des cabinets médicaux ou des services hospitaliers, limitant notamment les risques d'infection. Les usages de téléconsultation se sont ainsi particulièrement développés en Normandie au cours du 2<sup>ème</sup> trimestre 2020. Les récentes conclusions du Ségur de la Santé ont confirmé la nécessité d'investir dans le champ du numérique en santé, et notamment la télémédecine et le télésoin.

L'ARS Normandie souhaite donc accélérer en 2020 et 2021 le développement de la téléconsultation au profit des structures accueillant des personnes âgées ou en situation de handicap. La sélection des candidatures dans le cadre de cet appel à projets s'appuiera sur un dossier simplifié permettant de connaître le contexte dans lequel l'activité de télémédecine se mettra en place dans chaque structure candidate.

Le présent appel à projets s'adresse aux structures qui n'ont pas bénéficié d'un accompagnement de l'ARS au cours des appels à projets lancés en 2017 et 2019. Chaque structure devra s'engager à mettre en œuvre une solution de télémédecine qu'elle choisira en concertation avec les médecins libéraux (généralistes et spécialistes) et/ou les établissements avec lesquelles elle mettra en place cette activité.

## **2. PERIMETRE DE L'APPEL A PROJETS**

---

La généralisation des usages de la télémédecine dans les structures accueillant des personnes âgées ou en situation de handicap doit permettre d'agir en faveur de l'accès à l'ensemble de l'offre de soins et à la gradation de ceux-ci, du parcours optimisé de santé et de réduire certains facteurs aggravant la dépendance ou la fragilité des personnes.

Par cette action, il est souhaité un renforcement des liens entre le secteur médico-social, le secteur sanitaire et le secteur libéral pour améliorer le parcours de santé, coordonné par le médecin traitant lorsqu'il existe.

### **2.1. STRUCTURES ELIGIBLES**

Les structures éligibles à cet AAP sont les établissements d'hébergements de personnes âgées situés et de personnes en situation de handicap sur le territoire normand, qui n'ont pas déjà fait l'objet d'un accompagnement de l'ARS Normandie dans l'un ou l'autre des appels à projets portant sur la télémédecine depuis 2017.

### **2.2. ACCOMPAGNEMENT FINANCIER ET SOLUTION TECHNIQUE**

L'accompagnement financier à hauteur forfaitaire de 6 000€ sera versé directement à l'établissement retenu. Celui-ci devra s'engager à mettre en œuvre dans les 6 mois à partir de la confirmation de l'accompagnement, une solution de télémédecine. Au vu des usages développés ces derniers mois, l'ARS recommande fortement l'acquisition de dispositifs mobiles (type tablette) incluant des dispositifs connectés (notamment stéthoscope, otoscope, éventuellement ECG, ...). L'acquisition des matériels sera faite par la structure auprès du fournisseur de son choix.

### **2.3. CONFORMITE REGLEMENTAIRE**

Le déploiement de l'activité de télémédecine devra être conforme aux obligations législatives et réglementaires en vigueur afférentes aux organisations sur lesquelles ils entendent s'appuyer pour pratiquer la télémédecine, notamment :

- Relative à la télémédecine,

- Relative aux coopérations pluri professionnelles,
- Relative à la délégation de tâches entre professionnels de santé,
- Relative à l'hébergement des données de santé,
- Relative au codage, à la transmission (voir en ce sens le décret n°2015-1263 du 9 octobre 2015) et à la facturation des actes médicaux (conformément aux avenants conventionnels signés entre l'Assurance-Maladie et les professionnels de santé).

### **3. MODALITES PRATIQUES DE MISE EN ŒUVRE DE L'AAP**

---

#### **3.1. PROCESSUS DE SELECTION**

Les candidatures seront analysées selon 3 axes :

- vérification de la régularité administrative et complétude du dossier
- vérification de l'éligibilité de la structure
- analyse du contexte global de la structure (médecins intervenant ou pas au sein de la structure, situation géographique, ...)

Les dossiers parvenus après la date limite de réception ne seront pas recevables.

Une décision portant autorisation ou refus de financement sera notifiée individuellement aux candidats.

#### **3.2. TRANSMISSION DES CANDIDATURES**

Le dossier de candidature en annexe du présent document doit impérativement être utilisé et doit être dûment signé par le représentant légal de la structure. Il doit être transmis à l'adresse [ars-normandie-direction-appui-performance@ars.sante.fr](mailto:ars-normandie-direction-appui-performance@ars.sante.fr).

L'ARS accusera réception du dossier de candidature reçu conformément aux dispositions de l'article L 112-2 du code des relations entre le public et l'administration.

ANNEXE 1  
Dossier de candidature (à utiliser impérativement pour être éligible)

TELEMEDECINE  
APPEL A PROJETS TELEMEDECINE 2020  
DOSSIER DE CANDIDATURE

A TRANSMETTRE A L'ARS AU PLUS TARD LE 31 MARS 2021  
A L'ADRESSE : [ars-normandie-direction-appui-performance@ars.sante.fr](mailto:ars-normandie-direction-appui-performance@ars.sante.fr)

Dénomination de l'établissement	
N° FINESS	
N° SIRET	
Adresse de la structure	
Nom, titre et coordonnées (mail, téléphone) de la personne responsable de la structure	
No, titre et coordonnées (mail, téléphone) du référent médical de la structure	
N° IBAN (à fournir impérativement en document complémentaire)	

**PARTIE 1 – PRESENTATION DE VOTRE STRUCTURE**

- Votre établissement est-il (statut) ? :           Privé                              Public
- Votre établissement fait-il partie d'un groupe d'établissements ou est-il rattaché à une autre entité juridique ? Oui              Non   
  - Si oui, lequel ?
- Quelle est la capacité en nombre de places de votre établissement ?
- Combien y-a-t-il de médecins traitants intervenants dans votre établissement ?

- Combien de résidents/personnes en situation de handicap n'ont pas de médecin traitant ?
- Avez-vous un médecin coordinateur ?
- Avez-vous des IDE ? Si oui, combien ?

## **PARTIE 2 – VOS BESOINS EN TELEMEDECINE**

---

- Pratiquez-vous déjà la télémédecine ? Oui  Non 
  - Si oui, depuis combien de temps ?
    - Quel type de télémédecine utilisez-vous ?  
Téléconsultation  Téléexpertise  Télésurveillance
  - Préciser :
- Dans quelle(s) spécialité(s) médicale(s), auriez-vous des besoins au sein de votre établissement ?  
*Ex: Anesthésie / Cardiologie / Dermatologie / Douleur / Endocrinologie-Diabétologie / Gériatrie / Généraliste / Néphrologie / Neurologie / Nutrition / Oncogériatrie / ORL / Plaies & cicatrisations / Rhumatologie / Soins Palliatifs...*
- Avez-vous été sollicité par des médecins traitants ou spécialistes, souhaitant téléconsulter au sein de votre établissement ? Oui  Non 
  - Si oui, merci de préciser ?

## **PARTIE 3 – VOTRE ORGANISATION**

---

- Avez-vous identifié un lieu/une pièce dans votre structure où pratiquer la télémédecine ?  
Oui  Non
- Avez-vous identifié les soignants qui pourront accompagner l'acte de télémédecine ?
- Oui  Non 
  - Si oui, sont-ils déjà formés à ces usages ?

## **PARTIE 4 – VOTRE INFRASTRUCTURE INTERNET ET RESEAU**

---

**Pour information : Prérequis minimum pour réaliser des actes de télémédecines** → Une ligne internet avec un débit montant de 2Mb/s et un débit descendant de 2Mb/s garanti.

- De quel type de connexion Internet disposez-vous ?  
ADSL                       SDSL   
Fibre optique :  (Si vous disposez de l'information, merci de préciser (FFTH ou FFTO) ?
  
- Quel est débit fourni (ascendant/descendant) ?
  
- Possédez-vous une couverture WIFI dans votre établissement ?  
Partielle                       Totale                       Ne sait pas
  
- Disposez-vous d'une couverture réseau 4G dans TOUT l'établissement ?  
Partielle                       Totale                       Ne sait pas
  
- Disposez-vous d'un service informatique ou d'un prestataire informatique externe ?  
Oui                       Non 
  - Si oui, préciser :

## **PARTIE 5 – MATÉRIELS**

---

- A ce jour de quel(s) matériel(s) disposez-vous ?  
*(Ex : Ordinateur FIXE ou MOBILE avec Webcam intégré & Micro / Tablette / Smartphone / Dispositifs Médicaux  
SI OUI lesquels / Autres précisez)*
  
- Disposez-vous de dispositifs médicaux (Tensiomètre, ECG, oxymètre...) standard et/ou connectés ?  
Oui                       Non 
  - Si oui, merci de préciser lequel(s) ?

---

Souhaitez-vous apporter des compléments d'information (descriptif plus détaillé du projet, organisation médicale pressentie, ...) ?

IBAN de la structure (à insérer dans ce document en format original) :

---

Je confirme que mon établissement est intéressé à bénéficier de l'accompagnement pour l'acquisition d'une solution de télémédecine, tel que l'ARS le propose dans l'appel à projets (AAP) et à prendre en charge les compléments financiers qui y sont indiqués.

Date, nom, prénom, cachet et signature  
du responsable juridique de l'établissement