**[Logo de la structure]**

****

**Projet de télésanté de**

***\*\*Nom de la structure / organisation\*\****

**Intitulé du projet**

**Version finale**

***\*\*Date\*\****

**Prénom-nom porteur de projet**

Fonction et structure

Numéro de téléphone

Adresse email

# Contexte du projet de télésanté

## Porteur de projet

**Description de la structure**

*Nom de la structure, domaine(s) d’intervention, localisation(s), site principal et annexes, services qui la composent, horaires d’ouverture, perspectives, nombre de places / lits, … et tous autres éléments pertinents pour appréhender la structure et son fonctionnement.*

**Description de l’équipe médico-soignante**

*Types de soins prodigués, composition de l’équipe médico-soignante, nombre et profils des professionnels de santé (médicaux, paramédicaux, sociaux, administratifs), spécialité des médecins qui composent l’équipe, postes vacants (préciser ETP), équipe de jour vs de nuit, …*

**Ecosystème des partenaires envisagés**

*Liste des partenaires potentiels identifiés : partenaires historiques de la structure, convention de partenariat existante, partenariat potentiel de par la proximité géographique ou dans la prise en charge, mutualisation envisagée du matériel ou des experts à disposition…*

## Patients pris en charge / Publics accueillis

*Profils, moyenne d’âge, pathologies, contexte social, file active, liste d’attente, part des patients avec/sans médecin traitant, part des patients en ALD, … Et tous éléments permettant de mieux comprendre qui sont les bénéficiaires finaux d’une prise en charge en télésanté.*

## Eléments déclencheurs du projet de télésanté

*Description des éléments motivant la structure à mettre en place la télésanté (ex. : pénurie de professionnels, postes vacants, délais d’attente, pertes de chance, la structure ne remplit pas ses missions en l’état, etc.).*

# Projet de télésanté

## Objectifs d’une prise en charge par télésanté

*Un projet de télémédecine doit toujours répondre à un besoin médical. Soit il s’agit d’un besoin identifié* ***au sein d’une population****, soit le besoin concerne* ***une activité qui existe déjà mais qui doit être restructurée ou complétée.*** *Détailler dans le tableau ci-dessous les objectifs poursuivis par la mise en place d’une activité de télésanté :*

|  |  |
| --- | --- |
| **Accès universel avec un remplissage uniPour les publics concernés** | * Objectif n°1
* Objectif n°2
* Objectif n°3
 |
| **Femme médecin avec un remplissage uni****Pour les professionnels de santé** | * Objectif n°1
* Objectif n°2
* Objectif n°3
 |
| **Hôpital avec un remplissage uniPour la structure** | * Objectif n°1
* Objectif n°2
* Objectif n°3
 |

## Périmètre du projet

### Périmètre géographique

*Précisez la localisation des requérants et des requis (ciblés, pré-identifiés, imaginés) : Guyane, Antilles, Métropole ou autres. Si nécessité que l’expert alterne consultations en distanciel et présentiel, expliquer le dispositif envisagé pour une prise en charge adéquate du patient.*

### Situations exclues / se prêtant a l’exercice de la télésanté

*La télésanté est une pratique complémentaire à la prise en charge en présentiel par les professionnels de santé. Décrivez les situations que vous envisagez qui ne se prêteront pas à l’exercice de la télésanté ainsi que des motifs de recours à l’exercice de la télésanté.*

### Synthèse des spécialités médicales / paramédicales ciblées

*Vous décrivez en synthèse les spécialités que vous sollicitez en tant que requérant et/ou celles que vous mettez à disposition en tant que requis.*

*Le tableau doit contenir autant de lignes que de spécialités. Les spécialités sont affichées par ordre de priorité.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **#** | **Spécialités (para)médicales** | **Requérant / Requis** | **Partie du parcours** | **Actes de télésanté** | **Requis / Requérants identifiés** | **Localisation possible** | **Estimation fréquence des actes** | **Priorité** |
| **1** | **Spécialité n°1** | *Requérant / Requis* | *Prévention**Diagnostic**Soins**Suivi**Avis**Supervision* | * Téléconsultation patient direct
* Téléconsultation assistée
* Télé-expertise
* Télésurveillance
* eRCP
 | * Requérant / Requis n°1
* Requérant / Requis n°2
 | GuyaneAntillesMétropoleAutres | Nombre d’actes estimés par jour, semaine, mois | **1** |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |  |  |  |

## Description des projets médicaux / paramédicaux

*Vous décrivez en détail les spécialités que vous sollicitez en tant que requérant et/ou celles que vous mettez à disposition en tant que requis. Cette partie contient autant de sous-parties que de spécialités. Elles sont affichées dans le même ordre que dans le tableau.*

### Spécialité #1 : requérant / requis

|  |  |
| --- | --- |
| **Contexte** | * *Pathologie(s) associée(s) à la spécialité : chiffres clés pour le territoire, taux de fuite, conséquences sur la population*
* *Etat de la démographie (para)médicale pour la spécialité en Guyane ou sur le territoire*
* *Modalités de recours actuelles*
 |
| **Avertissement avec un remplissage uni****Rupture de prise en charge** | * *Problématiques identifiées, ruptures de prise en charge constatées*
 |
| **Stéthoscope avec un remplissage uniRequérant ou requis identifiés** | * ***Liste des potentiels requérants / requis identifiés ou à identifier*** *avec les informations dont vous disposez (nom/prénom, profil recherché, structure / organisation, localisation, coopération existante, coordonnées, etc.)*
 |
| **Panneau de signalisation avec un remplissage uni****Cas d’usages** | * *Vous décrivez les cas d’usage d’une prise en charge en télésanté pour la spécialité ET adaptés à votre structure / organisation / patientèle (suivi, sortie d’hospitalisation, renouvellement d’ordonnances, etc.)*
 |
| **Croissance de l'activité avec un remplissage uni****Volumétrie** | *A déterminer :** *Evaluation du nombre de patients concernés par une prise en charge en télésanté*
* *Fréquence des actes envisagée pour la spécialité par type d’actes de télésanté (ex. : X téléconsultations assistés, X demandes d’avis, …*
 |

### Spécialité #2 : requérant / requis

|  |  |
| --- | --- |
| **Contexte** | * *Pathologie(s) associée(s) à la spécialité : chiffres clés pour le territoire, taux de fuite, conséquences sur la population*
* *Etat de la démographie (para)médicale pour la spécialité en Guyane ou sur le territoire*
* *Modalités de recours actuelles*
 |
| **Avertissement avec un remplissage uni****Rupture de prise en charge** | * *Problématiques identifiées, ruptures de prise en charge constatées*
 |
| **Stéthoscope avec un remplissage uniRequérant ou requis identifiés** | * ***Liste des potentiels requérants / requis identifiés ou à identifier*** *avec les informations dont vous disposez (nom/prénom, profil recherché, structure / organisation, localisation, coopération existante, coordonnées, etc.)*
 |
| **Panneau de signalisation avec un remplissage uni****Cas d’usages** | * *Vous décrivez les cas d’usage d’une prise en charge en télésanté pour la spécialité ET adaptés à votre structure / organisation / patientèle (suivi, sortie d’hospitalisation, renouvellement d’ordonnances, etc.)*
 |
| **Croissance de l'activité avec un remplissage uni****Volumétrie** | *A déterminer :** *Evaluation du nombre de patients concernés par une prise en charge en télésanté*
* *Fréquence des actes envisagée pour la spécialité par type d’actes de télésanté (ex. : X téléconsultations assistés, X demandes d’avis, …*
 |

### Spécialité #3 : requérant / requis

|  |  |
| --- | --- |
| **Contexte** | * *Pathologie(s) associée(s) à la spécialité : chiffres clés pour le territoire, taux de fuite, conséquences sur la population*
* *Etat de la démographie (para)médicale pour la spécialité en Guyane ou sur le territoire*
* *Modalités de recours actuelles*
 |
| **Avertissement avec un remplissage uni****Rupture de prise en charge** | * *Problématiques identifiées, ruptures de prise en charge constatées*
 |
| **Stéthoscope avec un remplissage uniRequérant ou requis identifiés** | * ***Liste des potentiels requérants / requis identifiés ou à identifier*** *avec les informations dont vous disposez (nom/prénom, profil recherché, structure / organisation, localisation, coopération existante, coordonnées, etc.)*
 |
| **Panneau de signalisation avec un remplissage uni****Cas d’usages** | * *Vous décrivez les cas d’usage d’une prise en charge en télésanté pour la spécialité ET adaptés à votre structure / organisation / patientèle (suivi, sortie d’hospitalisation, renouvellement d’ordonnances, etc.)*
 |
| **Croissance de l'activité avec un remplissage uni****Volumétrie** | *A déterminer :** *Evaluation du nombre de patients concernés par une prise en charge en télésanté*
* *Fréquence des actes envisagée pour la spécialité par type d’actes de télésanté (ex. : X téléconsultations assistés, X demandes d’avis, …*
 |

### Spécialité #4 : requérant / requis

|  |  |
| --- | --- |
| **Contexte** | * *Pathologie(s) associée(s) à la spécialité : chiffres clés pour le territoire, taux de fuite, conséquences sur la population*
* *Etat de la démographie (para)médicale pour la spécialité en Guyane ou sur le territoire*
* *Modalités de recours actuelles*
 |
| **Avertissement avec un remplissage uni****Rupture de prise en charge** | * *Problématiques identifiées, ruptures de prise en charge constatées*
 |
| **Stéthoscope avec un remplissage uniRequérant ou requis identifiés** | * ***Liste des potentiels requérants / requis identifiés ou à identifier*** *avec les informations dont vous disposez (nom/prénom, profil recherché, structure / organisation, localisation, coopération existante, coordonnées, etc.)*
 |
| **Panneau de signalisation avec un remplissage uni****Cas d’usages** | * *Vous décrivez les cas d’usage d’une prise en charge en télésanté pour la spécialité ET adaptés à votre structure / organisation / patientèle (suivi, sortie d’hospitalisation, renouvellement d’ordonnances, etc.)*
 |
| **Croissance de l'activité avec un remplissage uni****Volumétrie** | *A déterminer :** *Evaluation du nombre de patients concernés par une prise en charge en télésanté*
* *Fréquence des actes envisagée pour la spécialité par type d’actes de télésanté (ex. : X téléconsultations assistés, X demandes d’avis, …*
 |

# Mise en œuvre du projet de télésanté

## Ressources projet et ébauche organisation médicale

**Ressources projet**

* **Référent projet :** Nom / profil / coordonnées du référent projet identifié
* *Il s’agit de la personne qui aura le rôle de coordinateur du projet et promoteur de l’activité de télésanté dans la structure.*
* **Référent SI :** Nom / profil / coordonnées du référent SI identifié
* *Il s’agit de la personne pouvant être sollicité pour le déploiement technique de la solution informatique (responsable SI, prestataire informatique).*

**Premiers éléments concernant l’organisation médicale**

*Fonction des actes que vous envisagez de réaliser, décrivez les premiers éléments d’organisation.*

* **Téléconsultation**
	+ Assistée / patient autonome ?
	+ Qui planifie la téléconsultation ? Sur prescription ?
	+ Qui accompagne le patient lors de la téléconsultation (IDEC, IDE, Aide-soignant, Pharmacien, …) ?
	+ Usage d’objets connectés ? Lesquels ? Par qui ?
* **Télé-expertise**
	+ Qui rédige la demande d’avis ?
	+ *Si requis* - Comment le professionnel s’organise-t-il pour intégrer la télé-expertise dans sa pratique ?

**Nombre d’utilisateurs par profil**

*Nombre et profils des utilisateurs de la solution logicielle*

* XX médecins généralistes
* XX médecins spécialistes (préciser la spécialité)
* XX infirmiers
* XX aides-soignants
* …

## Equipement matériel et solution de télésanté

*Décrire :*

* *L’équipement SI dont la structure dispose ;*
* *Le matériel (équipement et objets connectés) nécessaire à la mise en œuvre de la télésanté ;*
* *Les grandes fonctionnalités souhaitées pour la solution de télésanté.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Recherche avec un remplissage uni****Inventaire du SI de la structure** | *Indiquez « Oui / non » + nom de la solution** DPI / DUI / LGC :
* MSSanté :
* Agenda / Prise de RDV en ligne :
* Solution de télésanté (si déjà déployée) :
* Autre(s) solution(s) e-santé :
* Les professionnels disposent de PC / tablettes / smartphones :
* Etat du débit réseau Wifi (sur les différents sites) :
 |
| **Hôpital avec un remplissage uni****Configuration de l’activité de télésanté**  | * Où les actes vont-ils être réalisés : salle, au chevet, au domicile ?
* Dans un lieu fixe ou en mobilité ?
* Depuis un PC, une tablette, un mobile ?
 |
| **Ordinateur avec un remplissage uni****Equipement nécessaire en télésanté** | * Liste par site du matériel nécessaire – Exemples :
	+ Salle fixe, chariot, cabine, valise de télésanté
	+ PC / tablette
 |
| **Stéthoscope avec un remplissage uni****Objets connectés** | * Liste des objets connectés nécessaires – Exemples :
	+ Stéthoscope
	+ Dermatoscope
	+ ECG 12 dérivations
	+ Caméra bucco-dentaire
	+ Auto-tensiomètre
	+ Oxymètre de pouls
	+ …
 |
| **Vlog avec un remplissage uni****Solution de Télésanté** | * Module requis pour répondre à vos cas d’usage – Exemples :
	+ Agenda et prise de rendez-vous
	+ Téléconsultation
	+ Téléexpertise
	+ Paiement
	+ Facturation
	+ eRCP
	+ Télé-suivi
	+ Télésurveillance
	+ …
* Interopérabilité éventuelle avec le SI de la structure (préciser le cas d’usage) :
 |

## Freins identifies

*Description des freins identifiés ainsi que les actions de mitigation à mettre en œuvre. Les freins peuvent être de différentes natures : organisationnels, technologiques, financiers, culturels et éthique.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Freins identifiés** | **Actions de mitigation** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

## Plan d’actions déploiement

*Selon le niveau de maturité de votre projet de télésanté, vous pouvez donner davantage d’informations dans cette partie sur la façon dont vous envisagez le déploiement du projet, à savoir :*

* *La temporalité de mise en œuvre du projet, l’opérationnalité visée pour l’activité de télésanté ;*
* *Les actions préalables que vous avez mises en place dans votre structure : mise à niveau du réseau Internet, salle disponible, identification d’un référent, sensibilisation des professionnels, etc. ;*
* *Les pilotes prêts à démarrer, les binômes requérants / requis déjà formés, les coopérations existantes ;*
* *Ce qu’il vous manque pour être opérationnels ;*
* *Etc.*

# Annexe financière

*Détail du budget prévisionnel de mise en œuvre du projet :*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Equipements – Fournisseur** | **Qté** | **Coût unitaire (en HT)** | **Total (en HT)** | **Subvention** |
| **Acquisition d’équipement** |
| **Equipement matériel** |  |  |  |  |
| **Objets connectés** |  |  |  |  |
| **TOTAL montant subventionné par l’ARS** |  |  |

*Description du modèle économique envisagé pour rendre pérenne l’activité de télésanté : rémunération droit commun Assurance Maladie, fonds de la structure pour un poste vacant, etc.*

**[FIN DU DOCUMENT]**