|  |  |
| --- | --- |
| Affaire suivie par : |  |
| Héloïse LAPLUME/Céline LAGREE |  |
|  | **Note remontée régionale projets de télémédecine** |
| Direction de la stratégie |  |
| Pôle information et données en santé |  |
|  |  |
| Courriel : heloise.laplume@ars.sante.fr |  |
| Téléphone: 01.44.02.03.53 |  |



**Objet**: Remontée régionale des projets de télémédecine

L’ARS Ile-de-France met à disposition des promoteurs de projet une fiche de recueil d’un projet de télémédecine (Annexe 1).

Ce document a pour objectif de permettre au porteur de projet d’aborder les différents axes du projet de manière structurée et harmonisée au niveau de la région : le contexte, l’organisation médicale et technique, le financement, le calendrier, le déploiement, l’inscription ou non du projet dans ETAPES… sont autant de thèmes qui devront être décrits au travers de cette fiche de recueil.

Le document doit être complété par les promoteurs de projets et transmis à l’Agence **avant le 30 septembre 2017**. L’ensemble des dossiers ainsi remonté de manière exhaustive seront alors étudiés par un comité réunissant les directions métiers de l’Agence, les directions départementales, et le pôle système d’information de l’Agence.

Un accompagnement financier pourra être apporté aux projets sélectionnés au regard des priorités régionales de l’Agence ainsi que des marges de manœuvre financière ayant pu être dégagées au sein de l’Agence.

**L’ensemble des éléments sont à remonter :**

**Par mail** : [ars-idf-telemedecine@ars.sante.fr](mailto:ars-idf-telemedecine@ars.sante.fr) avec copie à la Direction Départementale

**Et par courrier**

ARS IDF

Direction de la stratégie – à l’attention de Céline LAGREE

35 rue de la Gare

75 019 Paris

# Fiche de recueil projets télémédecine

Intitulé du projet/action/dispositif

**Porteur médical**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom-prénom : |  | Fonction – Structure : |  |
| Tél : |  | Mail : |  |

**Coordonnateur administratif**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom-prénom : |  | Fonction – Structure : |  |
| Tél : |  | Mail : |  |

**Population cible**

**Acte(s) de télémédecine**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Téléconsultations |  | Télé-expertise |  | Réponse Médicale |
|  | Télésurveillance |  | Téléassistance |  |  |

**Spécialité(s) médicale(s)**

**Requis (experts)**

**Requérants (demandeurs)**

**Périmètre de l’activité**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Régional |  |  |
|  | 91 Essonne |  | 95 Val d’Oise |
|  | 92 Hauts de Seine |  | 75 Paris |
|  | 93 Seine Saint Denis |  | 77 Seine et Marne |
|  | 94 Val de Marne |  | 78 Yvelines |

*Cadre réservé à l’ARS :*

|  |  |
| --- | --- |
| * Référent CMSI : |  |
| * Référent médical DOSA : |  |
| Si périmètre départemental ou interdépartemental : | |
| * Référent administratif DD : |  |
| * Médecin référent DD : |  |

**Objectif(s) et finalité(s)**

*Expliciter les objectifs et livrables attendus, ainsi qu’un prévisionnel de déploiement et d’usages.*

# Description de l’organisation médicale et administrative mise en œuvre

*Décrire l’organisation mise en œuvre afin de répondre aux objectifs identifiés, de la prise de rendez-vous à la facturation des actes dans le cadre d’ETAPES.*

# Description de l’outil technique utilisé

# Justification du projet/action/dispositif

*Décrire brièvement pourquoi l’action est mise en place au regard principalement de(s) impact(s) sanitaire(s) attendus*

# Aspects budgétaires

Pour rappel, le RUN de la solution technique reste à la charge des établissements. Dans le cadre des projets ETAPES, les ressources médicales doivent pouvoir être financées par le remboursement par l’AM.

*Avancer une estimation des coûts engendrés par la mise en œuvre de l’action. Préciser, le cas échéant les modalités ou possibilité de financement. Les différents postes de dépenses devront être détaillés (chefferie de projet, SI, objets connectés, temps médical secrétariat, …). L’action proposée doit pouvoir s’appuyer* *autant que possible sur les ressources disponibles au sein de l’établissement.*

# Demande de financement ARS : €

**Le projet est-il éligible à ETAPES : Oui Non**

# Acteurs du projet

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Acteurs** | **Nom - Structure** | **Coordonnées (mail/tél)** |
| Requis |  |  |
| Requérant(s) |  |  |
| Prestataire(s) / fournisseur(s) |  |  |
| Autres |  |  |

# Calendrier prévisionnel

# Durée du projet/action/dispositif

*Une projection au-delà d’une durée expérimentale et les modalités de pérennisation de l’activité doivent être présentées.*

# Indicateurs de suivi et de résultats

*Une remontée annuelle d’indicateurs définis par l’Agence sera demandée. Les indicateurs proposés par les établissements doivent être décrits ci-dessous.*