

**Monographie du projet médical**

**Projet médical de télémédecine en région Grand-Est**

**MONOGRAPHIE DU PROJET MÉDICAL :**

***[Nom du projet]***

# PROMOTEUR DU PROJET / Interlocuteur privilégié

|  |  |
| --- | --- |
| Titre / Civilité |  |
| Prénom, Nom |  |
| Profession exacte |  |
| Si médecin, PS libéral ? (Oui/Non) |  |
| Si établissement, Nom de l’établissement |  |
| Adresse complète |  |
| Téléphone (Ligne directe) |  |
| Téléphone (Secrétariat) (Facultatif) |  |
| Courrier électronique |  |
| Rôle : coordonnateur/requérant/requis |  |
| Commentaires (Facultatif) |  |

*Nota : la monographie est optionnelle pour les projets s’inscrivant dans le cadre de l’article 36 de la Loi de Finances de la Sécurité Sociale de 2014/article 91 de la Loi de Finances de la Sécurité Sociale de 2017, relatives au programmes ETAPES (Expérimentations de Télémédecine pour l’Amélioration des Parcours En Santé).*

Table des matières

[1. PROMOTEUR DU PROJET / Interlocuteur privilégié 1](#_Toc510470703)

[3. TYPES D’ACTES CONCERNES PAR LE PROJET 3](#_Toc510470704)

[4. NATURE DES ACTEURS CONCERNES PAR LE PROJET 4](#_Toc510470705)

[5. TYPES DE REMUNERATION DES REQUIS CONCERNES PAR LE PROJET 5](#_Toc510470706)

[Précisez les codes actes utilisés et les barèmes : 5](#_Toc510470707)

[Précisez les cahiers des charges de télémédecine sur lesquels s’appuie votre projet : 5](#_Toc510470708)

[Précisez les modalités de facturation prévues par les requis : 6](#_Toc510470709)

[6. PRÉSENTATION SUCCINCTE DU PROJET MEDICAL 7](#_Toc510470710)

[7. DECRIRE LES AUTORISATIONS ET/OU CONVENTIONS SUR LESQUELLES REPOSENT LE PROJET MEDICAL 8](#_Toc510470711)

[8. AUTRES INTERLOCUTEURS IMPORTANTS / Hors médecins ou IDE requis 9](#_Toc510470712)

[9. ACTEURS CONCERNÉS 10](#_Toc510470713)

[10. PROJET MÉDICAL DE TELEMEDECINE 11](#_Toc510470714)

[Initiative : 11](#_Toc510470715)

[Contexte : 11](#_Toc510470716)

[Objectifs visés : 11](#_Toc510470717)

[Bénéfices attendus : 11](#_Toc510470718)

[Indicateurs d’évaluation proposés : 11](#_Toc510470719)

[Périmètre géographique (y compris les CPAM de rattachement) et populationnel (y compris les pathologies visées si besoin): 11](#_Toc510470720)

[Partenaires médicaux impliqués, forme de conventionnement et modèle de rémunération : 12](#_Toc510470721)

[Partenaires non médicaux impliqués, forme de contractualisation/conventionnement et modèle de rémunération : 12](#_Toc510470722)

[Le projet prévoit il une éducation thérapeutique du patient ? Si oui veuillez préciser : 12](#_Toc510470723)

[11. VOLET TECHNIQUE 13](#_Toc510470724)

[Système d’information existant chez le requis, le requérant, l’effecteur: 13](#_Toc510470725)

[Equipements techniques spécifiques requis : 14](#_Toc510470726)

[Sécurité et échanges : 15](#_Toc510470727)

[Autres éléments portés à la connaissance du guichet intégré : 19](#_Toc510470728)

[12. TYPOLOGIE DES TELEACTES ENVISAGEES/ 20](#_Toc510470729)

[13. RESSOURCES REQUISES POUR LE PROJET 22](#_Toc510470730)

[Ressources humaines  : 22](#_Toc510470731)

[Ressources financières : 22](#_Toc510470732)

[Ressources juridiques : 22](#_Toc510470733)

[Ressources techniques : 22](#_Toc510470734)

[14. RESSOURCES DEJA CONSACREES AU PROJET 23](#_Toc510470735)

[Ressources humaines : 23](#_Toc510470736)

[Ressources financières : 23](#_Toc510470737)

[Ressources juridiques : 23](#_Toc510470738)

[Ressources techniques : 23](#_Toc510470739)

[15. RESSOURCES RECHERCHEES POUR LE PROJET 24](#_Toc510470740)

[Ressources humaines : 24](#_Toc510470741)

[Ressources financières : 24](#_Toc510470742)

[Ressources juridiques : 24](#_Toc510470743)

[Ressources techniques : 24](#_Toc510470744)

[16. DEMARCHES REALISEES 25](#_Toc510470745)

[17. ANALYSE DE RISQUE ET SWOT 26](#_Toc510470746)

[18. CALENDRIER PRÉVISIONNEL 27](#_Toc510470747)

[Actions de préparation en cours : 27](#_Toc510470748)

[19. ACTIVITES AUTORISEES QUI SERONT REALISEES PAR LE PERSONNEL IDE 28](#_Toc510470749)

[*/ FIN DU DOCUMENT* 28](#_Toc510470750)

# TYPES D’ACTES CONCERNES PAR LE PROJET

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Acte de téléconsultation | Acte de télé expertise | Acte de téléassistance | Acte de télésurveillance |
| O/N | O/N | O/N | O/N |

# NATURE DES ACTEURS CONCERNES PAR LE PROJET

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Quels sont les requis ?  (éventuellement spécialités) | Quels sont les requérants ?  (Quels professionnels ?) | Quels sont les effecteurs ? (Professionnels aux côtés du patient) | Quels sont les industriels ?  (Fournisseurs de service y compris au domicile dans le cas de la télésurveillance) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

# TYPES DE REMUNERATION DES REQUIS CONCERNES PAR LE PROJET

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Article 36 LFSS2014 complété par Article 91 de la LFSS2017  (1) | Convention nationale Assurance Maladie 2016  (2) | Liste des actes et prestations payés par l’Assurance Maladie hors (1) et (2) | Autre |
| O/N | O/N | O/N | O/N |

Précisez les codes actes utilisés et les barèmes :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Type d’acte | Précisez si  Art36 ou Convention nationale AM ou LPP AM ou Autre | Code acte | Barème de valorisation |
| Téléconsultation |  |  |  |
| Télé expertise |  |  |  |
| Télésurveillance ICC |  |  |  |
| Télésurveillance IRespiratoireC |  |  |  |
| Télésurveillance IRénaleC |  |  |  |
| Télésurveillance Diabète |  |  |  |
| Télésurveillance Prothèse cardiaque implantable |  |  |  |

Précisez les cahiers des charges de télémédecine sur lesquels s’appuie votre projet :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Type d’acte | Nom du cahier des charges | Observations |
| Téléconsultation |  |  |
| Télé expertise |  |  |
| Télésurveillance ICC |  |  |
| Télésurveillance IRespiratoireC |  |  |
| Télésurveillance IRénaleC |  |  |
| Télésurveillance Diabète |  |  |
| Télésurveillance Prothèse cardiaque implantable |  |  |

Précisez les modalités de facturation prévues par les requis :

* Pour les médecins libéraux :
  + FSE en mode dégradé
  + Feuille de soins papier
* Pour les médecins hospitaliers
* Autres cas à préciser :

# PRÉSENTATION SUCCINCTE DU PROJET MEDICAL

*Synthèse en quelques phrases*

# DECRIRE LES AUTORISATIONS ET/OU CONVENTIONS SUR LESQUELLES REPOSENT LE PROJET MEDICAL

*Merci de faire la liste ci-après des autorisations et/ou conventions sur lesquelles repose votre activité médicale hors télémédecine. Les documents justificatifs seront annexés à la présente monographie*

# AUTRES INTERLOCUTEURS IMPORTANTS / Hors médecins ou IDE requis

|  |  |
| --- | --- |
| Titre / Civilité |  |
| Prénom, Nom |  |
| Profession exacte |  |
| Si médecin, PS libéral ? (Oui/Non) |  |
| Si établissement, Nom de l’établissement |  |
| Adresse complète |  |
| Téléphone |  |
| Courrier électronique |  |
| Rôle : coordonnateur/requérant |  |
| Commentaires (Facultatif) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Titre / Civilité |  |
| Prénom, Nom |  |
| Profession exacte |  |
| Si médecin, PS libéral ? (Oui/Non) |  |
| Si établissement, Nom de l’établissement |  |
| Adresse complète |  |
| Téléphone |  |
| Courrier électronique |  |
| Rôle : coordonnateur/requérant |  |
| Commentaires (Facultatif) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Titre / Civilité |  |
| Prénom, Nom |  |
| Profession exacte |  |
| Si médecin, PS libéral ? (Oui/Non) |  |
| Si établissement, Nom de l’établissement |  |
| Adresse complète |  |
| Téléphone |  |
| Courrier électronique |  |
| Rôle : coordonnateur/requérant |  |
| Commentaires (Facultatif) |  |

# ACTEURS CONCERNÉS

Présentation exhaustive des acteurs impliqués dans le projet et leurs rôles

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Requis/Requérant/  Effecteur/Usagers/  Autres | Acteur  PS/Etablissement/ Autres | Rôle |
| *Ex : Requis* | *Ex : Médecin cardiologue libéral installé à Haguenau* | *Ex : Assure des téléconsultations le weekend* |
| *Ex : Spécialité cardiologie*  *Ou conditions d’inclusion* |
|
| *Ex : Requis* | *Ex : Médecin cardiologue libéral installé à Haguenau* | *Ex : Assure des téléconsultations le weekend* |
| *Ex : Spécialité cardiologie*  *Ou conditions d’inclusion* |
|
| *Ex : Requis* | *Ex : Médecin cardiologue libéral installé à Haguenau* | *Ex : Assure des téléconsultations le weekend* |
| *Ex : Spécialité cardiologie*  *Ou conditions d’inclusion* |
|
| *Ex : Requis* | *Ex : Médecin cardiologue libéral installé à Haguenau* | *Ex : Assure des téléconsultations le weekend* |
| *Ex : Spécialité cardiologie*  *Ou conditions d’inclusion* |
|
| *Ex : Requis* | *Ex : Médecin cardiologue libéral installé à Haguenau* | *Ex : Assure des téléconsultations le weekend* |
| *Ex : Spécialité cardiologie*  *Ou conditions d’inclusion* |
|

# PROJET MÉDICAL DE TELEMEDECINE

*Présentation exhaustive du projet médical*

Initiative :

Contexte :

Objectifs visés :

Bénéfices attendus :

Indicateurs d’évaluation proposés :

*Indicateurs quantitatifs (volume d’activité) et de résultats s’ajoutant aux indicateurs communs*

Périmètre géographique (y compris les CPAM de rattachement) et populationnel (y compris les pathologies visées si besoin):

Partenaires médicaux impliqués, forme de conventionnement et modèle de rémunération :

Partenaires non médicaux impliqués, forme de contractualisation/conventionnement et modèle de rémunération :

Le projet prévoit il une éducation thérapeutique du patient ? Si oui veuillez préciser :

# VOLET TECHNIQUE

Système d’information existant chez le requis, le requérant, l’effecteur:

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

Equipements techniques spécifiques requis :

*Chariot, équipements médicaux portatifs, smartphone, tablette, joystick, casque audio, casque 3D, équipements de communication, cartes à puce, lecteurs, objets connectés, ….etc.*

* Logiciel principal (ou APPS ou nom du service)

*Décrire le nom du service ou du produit, du fournisseur, des fonctions rendues, ….*

,

* Equipement principal

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Type d’équipements | Prix TTC | Marquage CE IIB | Validation CNIL | Observations |
| Chariot |  |  |  |  |
| PC portable |  |  |  |  |
| Tablette |  |  |  |  |
| Smartphone |  |  |  |  |
| Défibrillateur |  |  |  |  |
| Pacemaker |  |  |  |  |
| Autre dispositif implanté |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

* Objets connectés à l’équipement principal

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Type d’équipements | Prix TTC | Marquage CE IIB | Moyen de connexion | Observations |
| Stéthoscope |  |  |  |  |
| Glucomètre |  |  |  |  |
| Endoscope |  |  |  |  |
| ECG |  |  |  |  |
| Tensiomètre |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*Nota : plus d’informations dans les fiches pédagogiques de l’ASIP Santé fournies dans le kit Télémédecine*

* Objets non connectés à l’équipement principal mais utiles au projet

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Type d’équipements | Prix TTC | Marquage CE IIB | Observations |
| Glucomètre |  |  |  |
| Endoscope |  |  |  |
| ECC |  |  |  |
| Tensiomètre |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Sécurité et échanges :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Solution utilisée | Oui/Non | Observations/Précisions |
| Requiert un hébergement de données de santé |  |  |
| Interfacée avec une messagerie sécurisée de santé |  |  |
| Interfacée avec le DMP |  |  |
| Nécessité une connexion à une plateforme |  |  |
| Les flux sont sécurisés en HTTPS TLS 1.3 |  |  |
| Intègre une authentification forte pour le requis |  |  |
| Identification du patient par le NIR |  |  |
| Nécessite une installation de logiciel ou de plugin ou autre extension chez le requis |  |  |
| Facturation sans carte Vitale par le requis grâce au téléservice ADRi |  |  |
| La visioconférence fait appel au protocole WebRTC |  |  |

**Solutions techniques de télémédecine :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Technique** | Solution - Editeur ou Prestataire | Fonctions couvertes | | | |
| *Solution côté requérant* |  |  | | | |
|
|  |  |  |  |  |  | |
| *Solution coté requis* |  |  | | | |
|
|  |  |  |  |  |  | |
| *Comment le requis va-t-il facturer sans carte Vitale ?* |  |  | | | |
|
|  |

**Autres questions associées à la mise en œuvre :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Information du patient et recueil du consentement ? | | | |  |
| *Modalités* |  | | |
|
|  | Authentification des professionnels de santé intervenant dans l'acte (via CPS, autre) ? | | | |  |
| *Modalités* |  | | |
|
|  | Processus d'identification du patient ? | | | |  |
| *Modalités* |  | | |
|
|  | Gestion de l'accès des professionnels de santé aux données médicales ? | | | |  |
| *Modalités* |  | | |
|
|  | Tenue du dossier patient par le requérant et le requis? | | | |  |
| *Modalités* |  | | |
|
|  | Formation et compétence des professionnels de santé participant à l'acte ? | | | |  |
| *Modalités* |  | | |
|
|  | Hébergement de données de santé à caractère personnel ? | | | |  |
| *Modalités* |  | | |
|
|  | Quels usages fait le projet du DMP ? | | | |  |
| *Modalités* |  | | |
|
|  | Quels usages fait le projet de la MSSanté ? | | | |  |
| *Modalités* |  | | |
|
| Quel usage fait le projet de la MSSanté ? | |  |
| *Modalités* |  | | |
|
|  | Quelles sont les données médicales nécessaires pour les requis ? | | | |  |
| *Modalités* |  | | |
|
|  | Quelles sont les formations prévues pour les requis et les requérants? | | | |  |
| *Modalités* |  | | |
|

Autres éléments portés à la connaissance du guichet intégré :

En particulier il sera précisé le cas échant les labels CE des objets connectés et des logiciels qui le requièrent, les éventuelles validations par la DGOS (cas de la télésurveillance), les méthodes de sécurisation des données et des flux, d’authentification des acteurs, ... Des documents détaillés sur les architectures de sécurité seront annexés à la monographie autant que de besoin.

# TYPOLOGIE DES TELEACTES ENVISAGEES/

*Présentation exhaustive des télé actes : type, discipline, description de l’acte*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Mode programmé :** | | **O/N** |
|  | Anesthésie |  |
|  | Cardiologie |  |
|  | Diabétologie |  |
|  | Dermatologie / Suivi des plaies |  |
|  | Gastro-entérologie |  |
|  | Gériatrie / Troubles locomoteurs |  |
|  | Médecine générale |  |
|  | Néphrologie |  |
|  | Neurologie |  |
|  | Neuropsychologie |  |
|  | Ophtalmologie |  |
|  | ORL |  |
|  | Orthopédie |  |
|  | Pédiatre |  |
|  | Pneumologie |  |
|  | Psychiatrie / Comportement |  |
|  | Soins palliatifs / Douleur |  |
|  | Autres (précisez) |  |
| **Mode non programmé :** | |  |
|  | Urgences |  |
|  | Médecin traitant |  |
|  | Médecin spécialiste (précisez) |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Processus** | Discipline/Spécialité | Description de l'acte | | Volumétrie par an | | |
| *Acte 1 de télémédecine* | *Ex : Diabétologie* | *Ex : Réaliser un dépistage par rétinographie des personnes diabétiques de - 70 ans* | | *Ex : 40* | | |
| *Ex : Téléconsultation* |
| *Si Disciplines "Autres" précisez* |  |
|
|  |  |  |  | |  |  |
| *Acte 2 de télémédecine* |  |  | |  | | |
| *Ex : Téléexpertise* |
| *Si Disciplines "Autres" précisez* |  |
|
|  |  |  |  | |  |  |
| *Acte 3 de télémédecine* |  |  | |  | | |
| *Ex : Télésurveillance* |
| *Si Disciplines "Autres" précisez* |  |
|
|  |  |  |  | |  |  |
| *Acte 4 de télémédecine* |  |  | |  | | |
| *Ex : Téléassistance* |
| *Si Disciplines "Autres" précisez* |  |
|

# RESSOURCES REQUISES POUR LE PROJET

*Présentation exhaustive des ressources induites (RH, financières, juridiques et techniques)*

Ressources humaines  :

Ressources financières :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Nature | Montants TTC | Observations |
| Investissement infrastructure |  |  |  |
| Maintenance annuelle infrastructure |  |  |  |
| Investissement matériel |  |  |  |
| Maintenance annuelle du matériel |  |  |  |
| Investissement logiciel |  |  |  |
| Maintenance annuelle du logiciel |  |  |  |
| Abonnement annuel à un service |  |  |  |

Ressources juridiques :

Ressources techniques :

# RESSOURCES DEJA CONSACREES AU PROJET

*Présentation exhaustive des ressources induites (RH, financières, juridiques et techniques)*

Ressources humaines :

Ressources financières :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Nature | Montants TTC | Observations |
| Investissement infrastructure |  |  |  |
| Maintenance annuelle infrastructure |  |  |  |
| Investissement matériel |  |  |  |
| Maintenance annuelle du matériel |  |  |  |
| Investissement logiciel |  |  |  |
| Maintenance annuelle du logiciel |  |  |  |
| Abonnement annuel à un service |  |  |  |

Ressources juridiques :

Ressources techniques :

# RESSOURCES RECHERCHEES POUR LE PROJET

*Présentation exhaustive des ressources induites (RH, financières, juridiques et techniques)*

Ressources humaines :

Ressources financières :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Nature | Montants TTC | Observations |
| Investissement infrastructure |  |  |  |
| Maintenance annuelle infrastructure |  |  |  |
| Investissement matériel |  |  |  |
| Maintenance annuelle du matériel |  |  |  |
| Investissement logiciel |  |  |  |
| Maintenance annuelle du logiciel |  |  |  |
| Abonnement annuel à un service |  |  |  |

Ressources juridiques :

Ressources techniques :

# DEMARCHES REALISEES

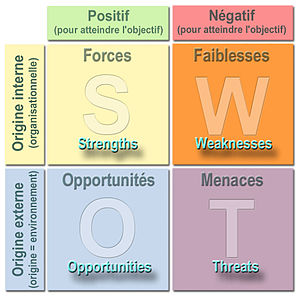
|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Déclaration d’activité  ARS  (article 36) | Déclaration d’activité  Ordre des médecins | Déclaration CNIL | Démarche Article 51 si besoin |
| O/N | O/N | O/N | O/N |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Contrat ARS  (hors article 36 ou Convention médicale AM) | Convention entre requis/requérant/effecteur | Déclaration Assureur | Autres |
| O/N | O/N | O/N |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lettre d’engagement pour la télé expertises  ARS  (article 36) | Déclaration de l’industriel auprès de la  [DGOS-PF3@sante.gouv.fr](mailto:DGOS-PF3@sante.gouv.fr) pour la télésurveillance  (article 36) |  |  |
| O/N | O/N |  |  |

# ANALYSE DE RISQUE ET SWOT

*Description des risques identifiés (RH, financières, juridiques et techniques)*



# CALENDRIER PRÉVISIONNEL

*Renseigner les cas avec des croix*

Indiquer ici quelque est le couple mois/année de début de projet. Le mois est : , l’année est : 20 .

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Mois 1** | **Mois 2** | **Mois 2** | **Mois 3** | **Mois 4** | **Mois 5** | **Mois 6** | **Mois 7** | **Mois 8** | **Mois 9** | **Mois 10** |
| **PHASE 1** | | | | | | | | | | |  |
| libellé |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PHASE 2** | | | | | | | | | | |  |
| libellé |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PHASE 3** | | | | | | | | | | |  |
| libellé |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PHASE 4** | | | | | | | | | | |  |
| libellé |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Actions de préparation en cours :

*Liste des actions entreprises en préparation de l’expérimentation*

# ACTIVITES AUTORISEES QUI SERONT REALISEES PAR LE PERSONNEL IDE

*Nous vous remercions de bien vouloir vous assurer que les activités réalisées par le personnel IDE durant l’acte de télémédecine sont bien répertoriées dans la liste qui vous est communiquée dans le kit télémédecine.*

*Nota : plus d’informations dans les fiches pédagogiques de l’ASIP Santé fournies dans le kit Télémédecine*

*/ FIN DU DOCUMENT*