

**Direction de la Qualité de la Performance et de l’Innovation**

Avec la contribution :

* du Conseil Régional
* de la Préfecture de Région
* et de l’Assurance Maladie



Cahier des charges de l’Appel à Projet

**« Soutien au déploiement de nouvelles organisations de proximité visant à renforcer sur l’accès aux soins par la téléconsultation »**

*Soutien aux expérimentations*

*2024 – 2025*

**2024**

**Année**

## Table des matières

[Table des matières 2](#_Toc168685148)

[**I.** **contexte** 3](#_Toc168685149)

[De nouveaux défis pour le système de santé et une évolution de l’offre … 3](#_Toc168685150)

[La téléconsultation : un levier d’optimisation de notre système de santé 3](#_Toc168685151)

[L’absence de médecins requis généralistes ou spécialistes : principal frein au déploiement de la téléconsultation 3](#_Toc168685152)

[Un AAP pour impulser le développement d’organisations de proximité permettant de renforcer l’accès aux soins par la téléconsultation 4](#_Toc168685153)

[**II.** **Périmètre & Objectifs** 4](#_Toc168685154)

[**III.** **Conditions & critères d’éligibilité** 6](#_Toc168685155)

[Bénéficiaires de la subvention 6](#_Toc168685156)

[Cadrage général du projet 7](#_Toc168685157)

[Caractéristiques de l’organisation 7](#_Toc168685158)

[Eléments budgétaires 7](#_Toc168685159)

[Gouvernance et pilotage 7](#_Toc168685160)

[**IV.** **Modalités d’évaluation** 8](#_Toc168685161)

[**V.** **Modalités de financement et dépenses éligibles** 8](#_Toc168685162)

[Enveloppe régionale réservée à l’AAP 8](#_Toc168685163)

[Durée de financement 9](#_Toc168685164)

[Echéancier de versement 9](#_Toc168685165)

[Dépenses éligibles 9](#_Toc168685166)

[**VI.** **Calendrier de l’AAP** 10](#_Toc168685167)

[**VII.** **dossier de candidature** 10](#_Toc168685168)

[Contenu du dossier 10](#_Toc168685169)

[Modalités de dépôt 11](#_Toc168685170)

[Sélection des projets 11](#_Toc168685171)

[ANNEXE 1 – Boite à outils 12](#_Toc168685172)

[ANNEXE 2 – Catalogue éditeurs 2023, Pulsy 13](#_Toc168685173)

[ANNEXE 3 – Modèle de declaration d’absence de double financement 14](#_Toc168685174)

[ANNEXE 4 – Liste des sites requerants en télémédecine finances dans le cadre de la feuille de route #1 15](#_Toc168685175)

[ANNEXE 5 – Prerequis a respecter dans le cadre d’une Organisation coordonnée territoriale 16](#_Toc168685176)

[ANNEXE 6 – Grille de sélection des projets 17](#_Toc168685177)

# contexte

##

## De nouveaux défis pour le système de santé et une évolution de l’offre …

En 2023, 8% des assurés de la région Grand Est ayant consommé des soins ne disposaient pas de médecin traitant. La région présente, par ailleurs, de fortes disparités territoriales puisqu’entre la Haute Marne (11,8% sans MT) et le Bas-Rhin (7,7% sans MT), l’écart varie de plus de 4 points. Ce constat est largement corrélé à l’offre de soins du territoire. En effet, la Haute Marne présente la densité de médecins généralistes libéraux la plus faible de la région. Elle est inférieure de 2,2 points par rapport à la moyenne nationale fixée 8,3 médecins pour 10 000 habitants.

Par ailleurs, le vieillissement de la population et l’augmentation des pathologies chroniques font peser un pression supplémentaire sur la demande de soins. Une pathologie chronique nécessite en effet des contacts fréquents et réitérés avec le système de soins.

Ces phénomènes combinés induisent des effets non vertueux sur le système de santé et conduisent à :

* Un mésusage des services d’urgences ; faute de réponse médicale en ambulatoire, certains patients vont spontanément s’orienter vers les services d’urgences ;
* Un renoncement aux soins et de grands retards de prise en charge pouvant entraîner des conséquences néfastes sur l’état de santé des patients et notamment des plus fragiles.

## La téléconsultation : un levier d’optimisation de notre système de santé

Convaincus que la téléconsultation pouvait être l’une des solutions en région pour améliorer l’accès aux soins, l’Etat (Préfecture de Région et ARS), la Région Grand Est et l’Assurance Maladie ont arrêté, en avril 2021, un cadre inédit d’orientations et de ressources pour soutenir son développement au sein de la Feuille de Route Régionale de Télémédecine #1 (FDR TLM #1), dont la mise en œuvre opérationnelle a été confiée au GRADeS PULSY.

##

## L’absence de médecins requis[[1]](#footnote-1) généralistes ou spécialistes : principal frein au déploiement de la téléconsultation

Le bilan de la FDR TLM #1 au 31/12/2023 est riche d’enseignements. Ainsi, si les professionnels des territoires sont à l’initiative de nombreux projets notamment de téléconsultations assistées (c’est-à-dire qu’un professionnel de santé assiste le patient lors de la téléconsultation) et augmentées (avec l’appui d’objets connectés), ils se heurtent toutefois à plusieurs problématiques :

* L’absence de médecins requis disponibles sur leurs territoires pour assurer des téléconsultations (TLC) ;
* Une tendance des médecins à réserver la TLC à leur patientèle et à ne la pratiquer qu’en situation de crise comme alternative au présentiel, plutôt que comme une pratique intégrée (en Grand Est, une baisse de 43% du nombre de TLC réalisées par les médecins libéraux est à noter entre 2021 et 2023).

Documentés au sein de la FDR TLM #1, ces mêmes constats ont été posés :

* Lors des concertations territoriales du Conseil National de la Refondation (CNR) Santé ;
* Dans le cadre des travaux conduits notamment par l’un des territoires d’innovation en Grand Est : e-Meuse. En effet, e-Meuse Santé expérimente depuis plusieurs années le modèle de téléconsultations augmentées et assistées dans les départements de la Haute Marne, de la Meurthe et Moselle et de la Meuse. Préfiguratrices des organisations coordonnées de télémédecine, ces expérimentations ont été menées dans l’application de principes de proximité, d’accompagnement et de prise en charge des patients et dans la recherche de la meilleure association et participation des professionnels de santé et des acteurs de territoires impliqués dans les problématiques d’accès aux soins.

L’évaluation multidimensionnelle (santé, bien-être, dynamique territoriale et économique, efficience des soins, etc…) menée par l’Université de Lorraine a permis de confirmer l’intérêt de ce dispositif pour les patients et les professionnels de santé dans les territoires et a permis d’établir quatre recommandations incontournables pour développer ce modèle à plus grande échelle :

* Assurer une disponibilité médicale comme amorçage de la pratique de la télémédecine par les communautés médicales de proximité ;
* Convenir des périmètres du soin et de l’accès au soin pour fonder les légitimités à agir de chaque acteur.
* Partager des référentiels et des bonnes pratiques garantissant des ambitions et des niveaux de qualité communs.
* Porter des principes de gouvernance qui garantissent l'exercice plein et entier de l'autorité des acteurs sur leur contribution à un système cohérent et à des échelles territoriales adaptées à la meilleure gestion des usages et des services.

L’ensemble de ces éléments ont ainsi encouragé les commanditaires de la FDR TLM à mettre en place un cadre expérimental d’actions pour les années 2024-2026.

## Un AAP pour impulser le développement d’organisations de proximité permettant de renforcer l’accès aux soins par la téléconsultation

Co-élaboré par les partenaires de la FDR TLM #1 qui ont souhaité l’inscrire dans les orientations de la nouvelle feuille de route pour la période 2024-2026, cet AAP a pour objet de soutenir le développement de solutions organisationnelles territoriales permettant de **renforcer l’accès à des praticiens requis en médecine générale et en médecine de spécialité dans le Grand Est, au travers de téléconsultations.**

Mis en place par des médecins volontaires d’un territoire donné en Grand Est, il s’agit d’un dispositif qui organise et réalise des téléconsultations à destination des publics cibles et territoires prioritaires (définis au paragraphe II.1. et II.2) rencontrant des difficultés d’accès aux soins du fait de leur éloignement des offreurs de soins ou de l’indisponibilité de ces derniers, afin de répondre à leurs besoins en soins.

Ces organisations doivent permettre à ces patients :

* D’être pris en charge compte tenu de leurs besoins en soins ;
* D’accéder à un médecin par le biais de téléconsultations, en présence si besoin d’un tiers de confiance[[2]](#footnote-2) qui leur garantira des conditions optimales de consultation (qualité, sécurité, efficacité) ;
* Dans un second temps, et pour les situations de patients sans médecin traitant, d’en désigner un pour leur suivi au long cours et de réintégrer ainsi le cadre du [parcours de soins coordonné](https://www.ameli.fr/marne/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/medecin-traitant-parcours-soins-coordonnes).

Engagés dans l’approche « parcours de soins », les professionnels qui en sont membres établissent des relations privilégiées avec les médecins traitants des patients pris en charge lorsque ceux-ci en disposent.

# Périmètre & Objectifs

L’objectif général de cet AAP est de concourir à :

* Améliorer l’accès aux soins de premiers recours en médecine générale et en médecine de spécialité en permettant aux patients « cibles » des territoires identifiés comme étant prioritaires d’accéder à un médecin via une téléconsultation dans un délai compatible avec leur état de santé ;
* Apporter une réponse médicale aux sites requérants en téléconsultation identifiés dans le cadre de la Feuille de Route régionale de Télémédecine #1 (annexe 4) portée par la Préfecture de Région Grand Est, le Conseil Régional, l’Assurance Maladie et l’ARS Grand Est avec l’appui opérationnel du Grades PULSY.

Il participe également du développement des usages et de l’intégration de la télémédecine dans les pratiques médicales.

Il s’agit donc, par cet AAP, de soutenir le développement de modèles d’**organisations de proximité** proposant **une offre de téléconsultation** intégrée à l’offre de soins du territoire et au parcours de soins, et permettant d’accroitre l’accessibilité aux soins.

Ces organisations de proximité devront répondre aux critères cumulatifs suivants :

|  |  |
| --- | --- |
| **Badge 1 contour** | **S’adresser à, au moins, un des publics cible ci-dessous listés** |

* Les patients n’ayant pas de médecin traitant ou dont le médecin traitant n’est pas disponible dans un délai compatible avec l’état de santé du patient ;
* Les résidents en établissements pour personnes âgées dépendantes ou en établissements accueillant ou accompagnant des personnes handicapées, souvent éloignées de leur domicile initial et ne pouvant pas ou difficilement se déplacer en autonomie ;
* Les patients atteints de maladies chroniques.

|  |  |
| --- | --- |
| **Badge contour** | **Être implantées sur des territoires** **prioritaires du Grand Est** |

C’est-à-dire, en zones sous-denses (Zones d’Interventions Prioritaires ou Zones d’Actions Complémentaires[[3]](#footnote-3)), en zones rurales[[4]](#footnote-4) ou en zones identifiées QPV (quartier prioritaire de la politique de la ville[[5]](#footnote-5)).

|  |  |
| --- | --- |
| **Badge 3 contour** | **S’inscrire en conformité avec le cadre normatif applicable à la télémédecine** |

Le porteur devra en respecter les référentiels d’exigences en vigueur en matière d’interopérabilité, de sécurité, de traçabilité des actes facturés et d’éthique c’est-à-dire, a minima :

* Respect des dispositions du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD)
* Respect de la politique Générale de Sécurité des Systèmes d’Information de Santé (PGSSIS)
* Prise en compte des enjeux d’interopérabilité avec Mon Espace Santé et les services socles du Ségur Numérique

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Pour vous aider…** |
| **Les annexes 1 et 2 proposent un corpus de documents ressources, à savoir** :* La règlementation récente applicable aux activités de téléconsultation (annexe 1)
* Les recommandations issues du « do tank » E-Meuse réalisé dans le cadre de la Feuille de route de télémédecine Grand Est 2021-2023 (annexe 1)
* Livrables produits par d’autres régions (cf. « check-list » établi par l’ARS Bretagne pour vous guider dans les différentes étapes du montage de votre projet) (annexe 1)
* Un « catalogue éditeurs 2023 », réalisé par Pulsy, afin de vous guider dans le choix de votre solution de téléconsultation (annexe 2)
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Badge 4 contour** | **Répondre à un modèle organisationnel**  |

Parmi les suivants :

* **Modèle centralisé** : Le ou les médecins requis de l’organisation de proximité se rend(ent) dans un lieu physique dédié à la pratique de la télémédecine, disposant de tous les aménagements et équipements requis pour la bonne pratique de celle-ci. L’organisation de proximité mettra à disposition des médecins requis toute l’organisation et la logistique nécessaires à la planification, à la réalisation et au suivi de l’activité de télémédecine ;
* **Modèle déconcentré** : Le ou les médecins requis de l’organisation de proximité réalise(nt) l’activité de télémédecine depuis des tiers lieux (leur cabinet d’exercice médical par exemple) disposant de tous les aménagements et équipements requis pour la bonne pratique de celle-ci. L’organisation de proximité mettra à disposition des médecins requis toute l’organisation et la logistique nécessaires à la planification, à la réalisation et au suivi de l’activité de télémédecine ;
* **Modèle mixte** : Modèle d’organisation reposant sur les approches à la fois centralisées et déconcentrées.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Quel que soit le modèle choisi, les médecins requis devront avoir une activité médicale équilibrée entre consultations à distance et consultations en présentiel.**L’avenant n°9 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l’assurance maladie prévoit qu’un médecin soit limité à 20% de son volume d’activité globale conventionnée en distanciel (téléconsultations et téléexpertises cumulées) sur une année civile. **Il est toutefois possible de déroger à** **ce principe des 20% en formulant une demande soumise à l’autorisation de la Commission Paritaire Locale.** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Si l’organisation de proximité est une organisation coordonnée territoriale (OCT) au sens de la** [**règlementation en vigueur**](https://www.ameli.fr/marne/medecin/exercice-liberal/telemedecine/teleconsultation/organisations-coordonnees-territoriales), elle doit respecter les prérequis figurant en annexe 5. |

# Conditions & critères d’éligibilité

Les projets déposés dans le cadre de cet AAP devront respecter les critères et conditions d’éligibilité suivants :

## Bénéficiaires de la subvention

Le projet devra être porté par une ou plusieurs structure(s) opérant dans le Grand Est, parmi les suivantes :

* Associations (comme les CPTS par exemple) portant un projet de santé territorialisé ;
* Structures juridiques porteuses d’une Structure d’Exercice Collectif (Maison de Santé Pluriprofessionnelle ou centre de santé) ou d’un cabinet de groupe ;
* Établissements de santé et/ ou Établissements et services médico-sociaux ;
* Dispositifs d’appui à la coordination.

Dans le cas d’un portage du projet par plusieurs structures, l’une d’entre elle sera mandatée par les autres pour représenter le groupement auprès de l’ARS et recevoir la subvention pour le compte de celui-ci.

Les sociétés commerciales de téléconsultation sont exclues des bénéficiaires potentiels de la subvention.

## Cadrage général du projet

* Être cohérent avec le Projet Régional de Santé et proposer une offre de service au bénéfice des publics et des territoires prioritaires ;
* Etablir un projet territorial d’accès aux soins à l’échelle du bassin de vie sur lequel l’organisation interviendra, s’appuyant sur un diagnostic territorial des besoins de santé/problématiques qui justifient le projet ;
* Expliquer en quoi le recours à la télémédecine permet d’apporter une valeur ajoutée dans les prises en charge et les parcours.

## Caractéristiques de l’organisation

* Présenter le modèle organisationnel retenu (voir II.4) ;
* Proposer un logigramme décrivant le parcours patient et permettant d’expliciter l’intégration & l’articulation de l’organisation proposée avec l’offre graduée de soins du territoire ;
* Présenter les moyens et outils retenus pour assurer la planification et l’orchestration de l’activité de télémédecine : organisation de l’acte de télémédecine entre demandeurs et médecins requis, gestion de l’adéquation entre les besoins du demandeur et l’offre de services proposée par les médecins requis (spécialité, disponibilité...), recours à un téléassistant ;
* Garantir une offre de service :
* Permettant l’accès à des médecins requis **installés dans la région Grand Est** qui réalisent à distance l’examen clinique afin d’établir un diagnostic approfondi pour chacun des patients pris en charge ;
* Mobilisant, si besoin, des télé assistants en capacité de :
* Mettre en place les conditions nécessaires au bon déroulement de la TLC, adaptées aux spécificités des patients (explications du déroulement de TLC, installations…),
* Faire fonctionner les équipements de télétransmission pour réaliser un partage de données,
* Mettre en œuvre les actes/soins télé-prescrits par les médecins en fonction de leur décret de compétences,
* Organiser, coordonner et transmettre des données entre professionnels via MSSanté,
* Assurer l’entretien, la charge, et la désinfection des matériels selon les protocoles
* Organisant l’archivage des comptes rendus dans les dossiers des patients concernés, leur intégration dans les DMP et leur transmission obligatoirement aux médecins traitants des patients vus en TLC par Messagerie Sécurisé de Santé, voire à celui ayant prescrit l’acte de TLC.
* Pour les patients sans médecin traitant, permettant d’en désigner un pour leur suivi au long cours et de réintégrer ainsi le cadre du [parcours de soins coordonné](https://www.ameli.fr/marne/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/medecin-traitant-parcours-soins-coordonnes).

## Eléments budgétaires

Un état prévisionnel des recettes et des dépenses par poste est fourni, et précise la subvention demandée à l’ARS ainsi que les co-financements envisagés (le cas échéant).

|  |  |
| --- | --- |
|  | Dans le cas d’un co-financement, le porteur s’engage à se conformer au cadre des dépenses éligibles fixé par le financeur et/ou le cadre règlementaire s’il existe. |

## Gouvernance et pilotage

Les acteurs participant à la gouvernance et au pilotage du projet sont identifiés. En particulier :

* Un chef de projet (ou « pilote ») est identifié, avec du temps dédié à la gestion de projet
* Un référent soignant (médecin ou paramédical) est identifié pour promouvoir le projet auprès de ses pairs, et accompagner les réflexions sur l’organisation médicale / paramédicale
* Les principales étapes et activités nécessaires pour la mise en œuvre du dispositif sont décrites
* Les modalités de participation des professionnels impliqués
* Les modalités de participation d’usagers ou leurs représentants
* Une/des instance(s) de pilotage du projet sont prévue(s)
* Un planning prévisionnel est proposé (sur la durée de l’expérimentation)
* Des modalités de suivi régulier de l’avancement du projet sont prévues

# Modalités d’évaluation

Un suivi régulier de l’avancement des projets est attendu par l’ARS et ses partenaires notamment par la production :

* **D’un état trimestriel d’avancement du projet,** sur la base des indicateurs obligatoires cités ci-dessous et des indicateurs quantitatifs et qualitatifs proposés par le porteur au sein de son projet

Indicateurs **obligatoires** à fournir dans le cadre du suivi trimestriel de l’avancement du projet:

* Données d‘activité : Nombre de TLC réalisées / mois et cumulées à domicile versus un lieu de soins ;
* Profils patients : Nb de patients vus au total, Nb de patients vus pour lesquels un médecin traitant est déclaré, Nb de patients vus en ALD, Nb de patients vus par classe d’âge et sexe, Nb de patients vus résidant en EHPAD ou établissement accueillant des personnes en situation de handicap, Nb de patients sans MT réorientés vers un MT, Nb de patients vus avec MT indisponible dans un délai compatible avec leur état de santé, répartition des patients vus par spécialité ;
* Profils professionnels : Nb de professionnels de santé impliqués par catégorie ;
* Cartographie (ou équivalent) des lieux de domiciliation des patients.
* D’un **rapport d’activité à mi-parcours** permettant de présenter les données d’activité sur la première année d’expérimentation (sur la base des mêmes indicateurs que ceux servant de base à l’état trimestriel d’avancement du projet), une analyse à date des réussites/échecs et freins/leviers
* D’un rapport **final de capitalisation** au terme du projet, qui doit intégrer :
	+ Une description de l’organisation mise en place et de son fonctionnement ;
	+ Les bénéfices attendus pour les patients et pour les professionnels impliqués ;
	+ Une analyse des réussites/échecs, mais aussi freins/leviers ;
	+ Une méthode et des indicateurs (qui peuvent être quantitatifs et/ou qualitatifs) sont proposés pour mesurer :
		- l’effectivité de la mise en œuvre du dispositif (par exemple - activité, nombre de professionnels impliqués, nombre & caractéristiques des bénéficiaires…)
		- les modalités de conduite du projet (ce qui a bien fonctionné, les difficultés/obstacles, les éléments facilitants…)
		- la perception du dispositif par les patients (acceptabilité, satisfaction…)
		- les impacts du dispositif sur l’efficience et de qualité de prise en charge (par exemple - évolution des délais, transports évités, coûts évités, amélioration des soins, amélioration de la qualité de vie du patient, part des patients orientés vers une prise en charge en présentiel …)
		- les impacts du dispositif pour les professionnels impliqués (par exemple qualité de vie au travail, conditions de travail, évolution des pratiques et des compétences…)

Le porteur devra prévoir ces livrables dans le calendrier prévisionnel relatif à son projet. Ces documents seront à transmettre à l’adresse : ARS-GRANDEST-DQPI@ars.sante.fr

Des réunions de lancement, de suivi et de clôture du projet devront être organisées par le porteur.

# Modalités de financement et dépenses éligibles

## Enveloppe régionale réservée à l’AAP

L’ARS Grand Est a réservé une enveloppe de **750 000 €** au titre de cet AAP sur le Fonds d’Intervention Régional 2024.

Les projets retenus feront l’objet d’une aide financière sous forme de **subvention ponctuelle.** Le montant de la **subvention attribuée par projet ne pourra excéder 50 000 euros pour une année d’expérimentation** (ou 100 000 euros pour les deux années de l’expérimentation).

L’aide régionale ne peut être considérée comme acquise qu’à compter de la notification au bénéficiaire de la décision d’attribution prise par l’organe délibérant compétent. L’aide financière sera formalisée par voie de convention entre le bénéficiaire et l’ARS Grand Est pour une durée maximum correspondant à la durée du projet.

**< ! >** En complément, les porteurs de projet sont invités à se rapprocher des collectivités de leur secteur pour identifier d’éventuels co-financements.

## Durée de financement

La durée maximale de financement est de 24 mois. Les dates de démarrage et de fin du projet seront fixées au sein de la convention.

En cas de non-utilisation de tout ou partie de la subvention à la fin du projet, les montants seront à restituer par le porteur. En cas de non-acquisition du matériel et services financés, ou de non atteinte des objectifs notamment d’usage fixés dans les délais au sein du calendrier prévisionnel fourni par le porteur, un remboursement total ou partiel de la subvention pourra être demandé au porteur.

## Echéancier de versement

Les modalités de versement de la subvention seront fractionnées comme suit :

* 70 % à la signature de la convention de financement,
* 30% sur présentation du rapport intermédiaire d’activité réalisé sur la première année de l’expérimentation, permettant d’objectiver le besoin de financement du solde (voir IV. Modalités d’évaluation).

## Dépenses éligibles

La subvention versée par l’ARS permettra au porteur de couvrir tout ou partie du montant du financement demandé au sein du budget prévisionnel, en fonction du contenu du budget présenté par le candidat et du nombre de projets retenus.

Les dépenses éligibles à ce financement sont celles liées **au pilotage et à l’amorçage du projet, elles recouvrent ainsi** :

* Les coûts d’ingénierie et de pilotage du projet : prestataires extérieurs, temps de chef de projet et de mobilisation des membres de l’équipe projet pour cadrer, construire et mettre en place l’organisation ;
* Les coûts de formation ;
* Les coûts de communication ;
* Les dépenses d’investissement logiciel/matériel (acquisition ou location) nécessaires à la mise en œuvre du projet et non déjà prises en charge par le droit commun. L’abonnement à une solution logicielle peut être inclus pour 1 an au maximum.

|  |  |
| --- | --- |
| **Tête avec engrenages avec un remplissage uni** | **Les candidats souhaitant être accompagnés dans le montage, l’ingénierie et la mise en œuvre de leur projet peuvent être accompagnés par le prestataire de leur choix.****Ces dépenses seront à intégrer dans son budget prévisionnel par le porteur, et seront donc comprises dans le montant de la subvention ponctuelle qui sera attribuée au porteur.** |

**Ne sont pas éligibles à la subvention** **ARS** :

* Les actes de téléconsultation et/ou de téléconsultation assistée, dans la mesure où ils sont facturables à l’Assurance Maladie ou intégrés à une dotation globale ou à un séjour hospitalier,
* Tout complément des actes de téléconsultation et/ou de téléconsultation assistée, dans la mesure où ils sont facturables à l’Assurance Maladie ou intégrés à une dotation globale ou à un séjour hospitalier,
* Les dépenses d’investissement immobilier,
* Les dépenses de fonctionnement.

# Calendrier de l’AAP

Le calendrier de mise en œuvre est le suivant :

* **Publication de l’AAP** : le 10/06/2024
* **Webinaire de présentation de l’AAP** : le **20/06/2024 de 11h à 12h**, via le lien de connexion ci-dessous :

[**Rejoignez la réunion maintenant**](https://teams.microsoft.com/l/meetup-join/19%3Ameeting_ZWZkZDI1YTgtNjc0ZS00YzI2LWJmYWMtNWZmM2VmMDBmZTQy%40thread.v2/0?context=%7b%22Tid%22%3a%22035e5292-5a25-4509-bb08-a555f7d31a8b%22%2c%22Oid%22%3a%22f197e25f-a9c9-4016-959a-b912162cf90f%22%7d)

ID de réunion : 325 919 263 544

Code secret : tHrGPE

**Participer par téléphone**

+33 1 78 96 95 47,,755033993# France, Paris

[Trouver un numéro local](https://dialin.teams.microsoft.com/cece47aa-7e4c-4006-9dc1-583607faaf50?id=755033993)

ID de la conférence téléphonique : 755 033 993#

* **Réponse des candidats à l’AAP** : jusqu’au 10/10/2024
* **Instruction et sélection des projets** : jusqu’au 25/10/2024
* **Notification aux candidats retenus** : au plus tard, le 31/10/2024
* **Contractualisation** : jusqu’au 14 novembre 2024

Les projets devront être réalisés sur la période 2024-2025. Les candidats proposeront un calendrier de déploiement de leur projet tenant compte du planning présenté ci-dessus.

# dossier de candidature

## Contenu du dossier

Le dossier présentera –de façon étayée- l’ensemble des éléments énumérés au III. Conditions et critères d’éligibilité.

Mais aussi :

* La présentation du porteur de projet principal (raison sociale, FINESS juridique, SIRET, adresse, identité et fonction du représentant légal, téléphone, mail) et des autres structures porteuses si le projet est porté par un regroupement entre plusieurs structures
* Si le projet est porté par un regroupement entre plusieurs structures : mandat des structures porteuses au porteur principal du projet, qui représentera le groupement auprès de l’ARS et recevra la subvention pour le compte de celui-ci
* Les effectifs (médecins requis et effecteurs téléassistants) par type de qualification, numéro assurance maladie,
* La formation des personnels
* Les partenariats
* Les modalités de communication sur le dispositif auprès des partenaires
* Le ou les outil(s) envisagé(s) (logiciel de TLM…) et justification du choix (voir annexe 2 – Catalogue éditeurs 2023)
* Le calendrier de mise en œuvre du projet tenant compte du calendrier de l’AAP
* La déclaration d’absence de double financement (annexe 3)
* En plus de la liste des indicateurs fournie au IV., il est attendu du porteur qu’il soit force de proposition, au sein de son projet, concernant les critères et indicateurs qualitatifs et quantitatifs d’évaluation permettant de mesurer :
	+ l’effectivité de la mise en œuvre du dispositif (par exemple - activité, nombre de professionnels impliqués, nombre & caractéristiques des bénéficiaires…)
	+ les modalités de conduite du projet (ce qui a bien fonctionné, les difficultés/obstacles, les éléments facilitants…)
	+ la perception du dispositif par les patients (acceptabilité, satisfaction…)
	+ les impacts du dispositif sur l’efficience et de qualité de prise en charge (par exemple - évolution des délais, transports évités, coûts évités, amélioration des soins, amélioration de la qualité de vie du patient, part des patients orientés vers une prise en charge en présentiel …)
	+ les impacts du dispositif pour les professionnels impliqués (par exemple qualité de vie au travail, conditions de travail, évolution des pratiques et des compétences…)

Le porteur s’engagera sur des cibles relatives à ces indicateurs, qui permettront d’apprécier le succès du projet et ses résultats positifs sur les territoires et la population ciblés.

## Modalités de dépôt

Les candidats intéressés sont invités à déposer leur dossier de candidature à l’adresse suivante : sur Démarches simplifiées, en suivant le lien : <https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/soutien-au-deploiement-de-nouvelles-organisations->

Les candidats recevront en retour un accusé de réception.

Toutes communications ou questions autour de cet appel à projets se fera via la boîte mail : ARS-GRANDEST-DQPI@ars.sante.fr

## Sélection des projets

L’instruction ne pourra débuter que si le dossier de candidature est réputé complet.

La sélection des projets s’effectuera sur la base de la grille de sélection figurant en annexe 6.

Un comité de sélection composé de représentants de l’ARS Grand Est, du Conseil Régional, de la préfecture de région et de l’Assurance Maladie et du GIP Pulsy (GRADeS Grand Est) sera constitué et pourra, s’il l’estime nécessaire, procéder à l’audition des candidats.

La conformité du projet aux critères d’éligibilité n’entraîne pas l’attribution automatique de l’aide sollicitée. En effet, l’ARS conserve un pouvoir d’appréciation fondé notamment sur le degré d’adéquation du projet présenté avec ses axes politiques, la disponibilité des crédits, le niveau de consommation de l’enveloppe budgétaire ou encore l’intérêt régional du projet.

Lors de l’analyse des projets, une attention particulière sera également portée :

* A l’existence de partenariats et de co-financements pour le projet (pouvant venir par exemple des Conseils Départementaux, des collectivités locales qui peuvent contribuer à l’accès aux soins via le financement de dispositifs de télémédecine, le prêt de locaux permettant son exercice ou la mise à disposition de personnel non soignant…) ;
* A la concertation avec les écosystèmes de santé locaux des territoires ciblé par le projet, mais également avec les partenaires tels que les collectivités locales (communes, communautés de communes, départements…).

|  |  |
| --- | --- |
|  | Dans le cas d’un co-financement, le porteur s’engage à se conformer au cadre des dépenses éligibles fixé par le financeur et/ou le cadre règlementaire s’il existe. |

# ANNEXE 1 – Boite à outils

* **Référentiels nationaux et cadres législatif et règlementaire régissant la télémédecine**
* [*Téléconsultation et téléexpertise : guide de bonnes pratiques*](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2971632/fr/teleconsultation-et-teleexpertise-guide-de-bonnes-pratiques#toc_1_1), Haute Autorité de Santé - Juin 2019
* [*Référentiel fonctionnel*](https://esante.gouv.fr/actualites/publication-du-referentiel-fonctionnel-de-telesante) *des logiciels de télésanté*, Agence du Numérique en Santé - Juillet 2021
* [*Lieux et conditions d'environnement pour la réalisation d'une téléconsultation ou d'un télésoin*](file:///C%3A%5CUsers%5Cclemence.barloy%5CAppData%5CLocal%5CMicrosoft%5CWindows%5CINetCache%5CContent.Outlook%5CL4C9NZ1X%5CLieux%20et%20conditions%20d%27environnement%20pour%20la%20r%C3%A9alisation%20d%27une%20t%C3%A9l%C3%A9consultation%20ou%20d%27un%20t%C3%A9l%C3%A9soin%20%E2%80%93%20Recommandations)*,* Haute Autorité de Santé - Février 2024
* **Cadre conventionnel de la téléconsultation (facturation des actes et charte de bonnes pratiques)**
	+ *[Télémédecine | ameli.fr | Médecin](https://www.ameli.fr/marne/medecin/exercice-liberal/telemedecine/teleconsultation)*
* **Outils régionaux pour la mise en place d’un projet de télémédecine**
	+ [*« CHECK-LIST » POUR UN PROJET DE TELESANTE INTEGRE AU TERRITOIRE ET AU PARCOURS DE SOINS*](https://www.bretagne.ars.sante.fr/media/117736/download?inline) (p. 34 à 40) issue de l’Appel à projets « Nouvelles Organisations de Télésanté », ARS Bretagne – 2023
	+ [*Préconisations et mesures pour la réplicabilité du déploiement territorial de la télémédecine*](https://www.hospitalia.fr/attachment/2544568/), e-Meuse santé, Décembre 2023

# ANNEXE 2 – Catalogue éditeurs 2023, Pulsy

Consultable sur la page relative à l’AAP, sur le site de l’ARS Grand Est, rubrique Aller plus loin/Documents à télécharger.

# ANNEXE 3 – Modèle de declaration d’absence de double financement

Je soussigné(e),

Déclare sur l’honneur :

* M’engager, à l’occasion de ma demande de subvention, à vérifier que l’ensemble des dépenses qu’elle couvrira n’ont pas déjà été financées par d’autres fonds que le Fonds d’Intervention Régional de l’ARS Grand Est ;
* M’engager, dans le cas contraire, à signaler être placé dans une situation de double financement, dès la transmission de mon plan de financement, ou par tout autre moyen à ma disposition ;
* M’engager en cas de non-respect de ces engagements, à restituer à l’Agence Régionale de Santé les fonds indument perçus.

 Fait à

 Le

# ANNEXE 4 – Liste des sites requerants en télémédecine finances dans le cadre de la feuille de route #1

Consultable sur la page relative à l’AAP, sur le site de l’ARS Grand Est, rubrique Aller plus loin/Documents à télécharger.

# ANNEXE 5 – Prerequis a respecter dans le cadre d’une Organisation coordonnée territoriale

Concernant les formes d’exercice proposant naturellement une réponse coordonnée aux besoins de soins des patients d’un territoire rencontrant des difficultés d’accès aux soins, il s’agit de formes d’exercice coordonné mises en place sur un territoire donné, ayant défini un projet de santé et s’appuyant sur des professionnels de santé installés sur ledit territoire :

* communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS),
* maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP),
* centres de santé (CDS),
* équipes de soins primaires (ESP),
* équipes de soins spécialisés (ESS).

Toutefois, les CPTS, MSP, CDS, ESP et ESS, doivent recueillir l’avis consultatif des instances paritaires conventionnelles locales médecins. L’avis complémentaire de la commission paritaire régionale des centres de santé, à défaut départementale, est également requis dans le cas où l’organisation est constituée sous la forme d’un centre de santé.

Les autres formes d’organisations coordonnées territoriales doivent nécessairement faire l’objet d’une validation par les instances paritaires conventionnelles afin de vérifier qu’elles répondent bien aux objectifs conventionnels.

La compétence de l’instance paritaire médecin est fonction de la taille du territoire que recouvre l’organisation territoriale :

* la commission paritaire locale (CPL), si son champ d’intervention est départemental,
* la commission paritaire régionale (CPR), si son champ d’intervention est limitrophe à plusieurs départements.

# ANNEXE 6 – Grille de sélection des projets

|  |  |
| --- | --- |
| **CRITERES DE RECEVABILITE DU PROJET** | *Projet porté par une ou plusieurs structures parmi celles listées au III. du cahier des charges, hors société commerciale de TLC* |
| *Si coportage, présence d'un mandat des coporteurs au porteur principal* |
| *L'organisation de proximité est implantée en Grand Est (=les médecins sont installés en Grand Est)* |
| *L'organisation intervient sur des territoires prioritaires tels que définis au II.2.*  |
| *L'organisation répond à un modèle organisationnel parmi ceux proposés au II.4.* |
| *L'organisation s'adresse à un ou plusieurs publics cibles listés au II.1.* |
| *Le projet s'inscrit en conformité avec le cadre normatif applicable à la TLM (annexe 1)* |
| *L'offre mobilise au besoin des téléassistants* |
| *Déclaration d'absence de double financement fournie (annexe 3)* |
| **AVIS ELIGIBILITE/RECEVABILITE** |
| **CRITERES DEPRIORISATION DU PROJET** | **Présentation du porteur et de l'organisation** | *Complétude de l'ensemble des informations administratives listées au VII.* | **3** |
| *Présentation des effectifs par qualification, numéro AM, formation* | **3** |
| **Cadrage projet** | *Cohérence avec le PRS* | **3** |
| *Présence d'un projet territorial d'accès aux soins adossé à un diagnostic des besoins/problématiques identifiés sur le territoire* | **4** |
| *Présentation des partenariats* | **5** |
| *Concertation avec l'écosystème de santé du territoire* | **5** |
| *Démontrer que le recours à la TLM=valeur ajoutée à la PEC patients et parcours* | **2** |
| **Caractéristiques organisation** | *Description de l'articulation entre cette organisation et l'offre de soins graduée en place, sous forme de logigramme* | **4** |
| *Présentation moyens et outils pour planifier et organiser l'activité* | **3** |
| *Présentation du logiciel de TLM choisi et justification du choix* | **3** |
| *Description du parcours patient sous forme de logigramme, depuis la prise de rdv jusqu'à l'archivage du compte rendu au sein du DMP, en passant par le recours à un téléassistant au besoin* | **4** |
| *Actions mises en place à destination des patients sans MT, permettant de réintégrer le parcours de soins coordonné* | **4** |
| **Eléments budgétaires** | *Présence d'un état prévisionnel des recettes (subvention ARS et éventuels cofinancements) et des dépenses par poste, à l'équilibre* | **4** |
| **Gouvernance et pilotage** | *Chef de projet et référent soignant identifiés* | **3** |
| *Modalités de participation des professionnels impliqués* | **2** |
| *Modalités de participation des usagers ou représentants* | **2** |
| *Calendrier des principales étapes de mise en œuvre du projet jusqu'à la fin de l'expérimentation* | **3** |
| *Comitologie claire permettant le pilotage et le suivi de l'avancement du projet* | **3** |
| *Présentation du plan de communication (s'adressant notamment aux sites financés dans le cadre de la FDR implantés sur le territoire cible et listés en annexe 4)* | **2** |
| **Modalités d'évaluation** | *Présence d'indicateurs permettant de mesurer l'effectivité de la mise en œuvre du projet + cibles* | **2** |
| *Présence d'indicateurs permettant d'apprécier les modalités de conduite du projet + cibles*  | **2** |
| *Présence d'indicateurs permettant la perception du dispositif par les patients + cibles*  | **2** |
| *Présence d'indicateurs permettant d'apprécier les impacts du dispositif sur l'efficience et la qualité de la prise en charge + cibles* | **2** |
| **NOTE PRIORISATION /70** |



1. i.e. Médecin effecteur téléconsultant. [↑](#footnote-ref-1)
2. Professionnel de santé pour lequel l’acte d’assistance à la téléconsultation est valorisé par l’assurance maladie (infirmier, pharmacien…) [↑](#footnote-ref-2)
3. Ce zonage est accessible sous : [REZONE - Médecins (ameli.fr)](https://rezonemed.ameli.fr/), en choisissant la région Grand Est [↑](#footnote-ref-3)
4. Ce zonage est accessible sous : <https://www.insee.fr/fr/information/6439600> [↑](#footnote-ref-4)
5. Ce zonage est accessible sous : <https://sig.ville.gouv.fr/>, en renseignant votre territoire [↑](#footnote-ref-5)