

**Appel à candidatures (AAC) régional Nouvelle-Aquitaine 2019**

**TELEMEDECINE**

**« Développement d’une activité de téléconsultation et de téléexpertise**

**en EHPAD, en FAM et en MAS »**

Date limite de candidature : 15 juillet 2019

**ANNEXE n° 1**

**A. Candidature pour une demande d’extension d’un projet déjà accompagné dans le cadre de l’AAC Télémédecine en EHPAD 2018 ou dans le cadre des projets pilotes en MAS et FAM**

1. **Identité du porteur :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| COCHER LA CASE CORRESPONDANTE | DEP | NOM DE L’ETABLISSEMENT PORTEUR | Filières présentées lors de l’AAC 2018 ou du projet pilote MAS/FAM |
|  | 16 | **ADAPEI 16**  Indiquer l’établissement qui est désigné comme porteur du projet :  **Nom : …………………………………………………**  **N° FINESS : …………………………………………** | Dermatologie, diabète, anesthésie, psychiatrie |
|  | 16 | **EHPAD Maison des sources de Confolens** | Gériatrie, trouble psycho-comportementaux, soins palliatifs, douleur |
|  | 16 | **EHPAD Résidence MBV Clairbois** | Plaies et cicatrisation, gériatrie |
|  | 16 | **EHPAD Domaine de Barqueville** | Troubles du comportement, plaies et cicatrisation, diabétologie, néphrologie |
|  | 17 | **EHPAD Saint Honoré de Saint Martin** | Dermatologie, soins palliatifs, diabétologie, psychogériatrie |
|  | 17 | **EHPAD La Mirabelle** | Dermatologie, géronto-psychiatrie, endocrinologie |
|  | 19 | **EHPAD Le Chavanon, Merlines** | Diabétologie, dermatologie |
|  | 19 | **EHPAD Les près de Chignac, Pompadour** | Plaies et cicatrisation, gériatrie, cardiologie, hématologie |
|  | 23 | **APAJ23 FAM de Gentioux** | Médecine physique et réadaptation, psychiatrie, médecine générale |
|  | 23 | **EHPAD La Souterraine** | Diabétologie plaies, dermatologie, cardiologie, médecine générale |
|  | 23 | **EHPAD Sainte Feyre** | Diabétologie plaies, dermatologie, cardiologie, médecine générale |
|  | 24 | **EHPAD du Canton de Saint-Cyrpien** | Psychogériatrie, plaies et cicatrisation, cardiologie |
|  | 24 | **EHPAD du CH Jean Leclaire** | Plaies et cicatrisation, cardiologie, |
|  | 24 | **EHPAD de Mussidan** | Géronto-psychiatrie, dermatologie, cardiologie, gériatrie, |
|  | 24 | **EHPAD Beaufort Magne** | Dermatologie, plaies et cicatrisation, soins palliatifs |
|  | 33 | **GCS SM Rives de Garonne**  Indiquer l’établissement qui est désigné comme porteur du projet :  **Nom : …………………………………………………**  **N° FINESS : …………………………………………** | Psychiatrie, cardiologie, médecine physique et réadaptation |
|  | 33 | **EHPAD Villa de Valrose** | Syndrome psycho-comportementaux, dermatologie plaies et cicatrisation, cardiologie |
|  | 33 | **EHPAD CSMR de Podensac** | Gérontopsychiatrie, dermatologie, gérontologie |
|  | 33 | **EHPAD Fondation Larrieu** | Syndrome psycho-comportementaux, plaies et cicatrisation |
|  | 33 | **EHPAD Fondation Saint Léonard** | Gérontologie, décision éthique en fin de vie |
|  | 33 | **EHPAD Résidence Médicis** | Plaies et cicatrisation, psychiatrie |
|  | 33 | **EHPAD Mutualiste de Pessac** | Psychogériatrie, plaies et cicatrisation, escarre, dermatologie, réponse médicale |
|  | 40 | **EHPAD de Morcenx** | Dermatologie, gérontopsychiatrie |
|  | 40 | **EHPAD Gérard Minvielle** | Plaies et cicatrisation, psychogériatrie |
|  | 40 | **EHPAD du CH de Saint Sever** | Dermatologie, plaies et cicatrisation, gériatrie et psychogériatrire, cardiologie |
|  | 40 | **EHPAD des 5 Etangs** | Plaies et cicatrisation, gériatrie et psychogériatrie, dermatologie, endocrinologie, diabétologie, nutrition |
|  | 47 | **EHPAD Eulalie** | Plaies et cicatrisation, gérontopsychiatrie, gériatrie |
|  | 47 | **EHPAD Les Chênes Verts** | Plaies et cicatrisation, gérontopsychiatrie, gériatrie |
|  | 64 | **EHPAD Bon air** | Gérontopsychiatrie, psychogériatrie, trouble du comportement, plaies et cicatrisation, douleur et soins palliatifs, optimisation de la prescription médicamenteuse, cardiologie |
|  | 79 | **EHPAD résidence de la plaine de Thenezay** | Gériatrie, plaies et cicatrisation, soins non programmés |
|  | 79 | **EHPAD Les bleuets** | Gériatrie, plaies et cicatrisation, médecine générale non programmée |
|  | 79 | **EHPAD Le Cèdre Bleu** | Oncogériatrie, psychogériatrie |
|  | 86 | **EHPAD Sainte Elisabeth de la Puye** | Réponse médicale, plaies et cicatrisation, troubles du comportement, expertises médicales, géronto-psychiatrie |
|  | 86 | **EHPAD Marguerite Le Tillier** | Soins palliatifs, plaies, psychiatrie |
|  | 86 | **EHPAD L'Arc en ciel Neuville de Poitou** | Réponse médicale, plaies et cicatrisation, troubles du comportement, expertises médicales, géronto-psychiatrie |
|  | 87 | **EHPAD Résidence Jean Mahaut** | Gériatrie, pathologie respiratoire, cardiologie, dermatologie, psychogériatrie |
|  | 87 | **EHPAD de Chastaingt** | Gériatrie, pathologie respiratoire, cardiologie, dermatologie, psychogériatrie |

* Identification de la personne chargée du présent dossier :

Nom : Prénom :

Fonction :

Téléphone : Courriel :

1. **Etat de maturité du projet développé dans le cadre de l’AAC TLM en EHPAD 2018 ou des projets pilotes MAS/FAM :**

Pour que la demande d’extension soit éligible, il est nécessaire que le choix de la solution technique soit validé par l’équipe projet au moment du dépôt du dossier.

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de la / des solution(s) technique(s) choisie(s) |  |
| Date de la 1ère téléconsultation (si déjà réalisée) |  |

1. **Identification des EHPAD et /ou FAM et/ou MAS qui souhaitent être intégrés au projet :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Type de structure (EHPAD / FAM / MAS) | Nom de l’établissement | Nom du gestionnaire | Adresse | N°FINESS juridique | N° FINESS géographique |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre total de structures : | ……………. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom du coordonnateur du projet :** | | ……………………………………………………………………….. | |
| Date prévisionnelle de prise de fonction : | | ……………………………………………………………………….. | |
| Recrutement : | interne (profil de poste : ……………………………..……..) | | externe |

1. **Cartographie des EHPAD / FAM / MAS du projet**

Il est demandé au candidat de joindre une cartographie permettant la géolocalisation les établissements déjà déployés et les établissements souhaitant intégrer le projet :

1. **OPTIONNEL - Présentation des nouvelles filières de soins en téléconsultation / téléexpertise qui souhaitent être développées dans le cadre de l’extension du projet** *(hors odontologie car absence de tarification à ce jour par l’assurance maladie)***:**

*Pour l’ensemble des filières de soins présentées par le candidat, une lettre d’engagement de chaque médecin ou structures requis(es) pour l’activité de téléconsultation devra être jointe au dossier.*

**Filière n°1 :**

|  |
| --- |
| **Spécialité médicale concernée** :  Besoin actuel (nombre de résidents ayant un besoin de pris en charge) :  Description du parcours de soin actuel :        Description du parcours de soin avec l’usage de la téléconsultation et du lien avec le médecin traitant :          Type de données cliniques recueillies pour réaliser l’acte de téléconsultation :  …………………………………………….. modalité de recueil :  …………………………………………….. modalité de recueil :  …………………………………………….. modalité de recueil :  (ex : traitements en cours, modalité de recueil : dossier patient ; photo d’une plaie, modalité de recueil : appareil photo)  Accompagnement du patient : ……………………………………………………  Téléconsultation :  oui  non  Téléexpertise :  oui  non  **Expert(s) requis :**  Nom et prénom :   Exercice libéral  Exercice salarié : nom de la structure  Nom et prénom :   Exercice libéral  Exercice salarié : nom de la structure  Nom et prénom :   Exercice libéral  Exercice salarié : nom de la structure |

*(copier/coller pour ajouter filières de soins si souhaité)*

1. **Informations complémentaires éventuelles**

Je soussigné Mme/M. ………………………………………………….……., atteste déposer le présent dossier de candidature en accord avec les structures pour lesquels il est demandé une intégration au projet et en accord avec les professionnels de santé requis initialement et nouvellement impliqués dans le projet.

**SIGNATURE DE L’ETABLISSEMENT PORTEUR :**

****

**Appel à candidatures (AAC) régional Nouvelle-Aquitaine 2019**

**TELEMEDECINE**

**« Développement d’une activité de téléconsultation et de téléexpertise**

**en EHPAD, en FAM et en MAS »**

Date limite de candidature : 15 juillet 2019

**ANNEXE n° 2**

**B. Candidature pour un nouveau projet territorial de téléconsultation / téléexpertise**

1. **Présentation de l’établissement porteur du projet (EHPAD ou FAM ou MAS)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom | ………………………………………………… | | FINESS géographique | …………………………………………. |
|  | ………………………………………………… | | FINESS juridique | …………………………………………. |
| Adresse | ………………………………………………… | | CP | …………………………………………. |
|  | ………………………………………………… | | Commune | …………………………………………. |
| Courriel | ………………………………………………… | | Téléphone | ………………………………………….. |
| Nom du directeur | | ………………………………………………………………………………………………................ | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom du coordonnateur du projet :** | | ……………………………………………………………………….. | |
| Date prévisionnelle de prise de fonction : | | ……………………………………………………………………….. | |
| Recrutement : | interne (profil de poste : …………………………) | | externe |

1. **Présentation des autres structures impliquées dans le projet (hors porteur)**

*Pour être éligible, le projet doit regrouper entre 10 et 15 établissements de type EHPAD et/ou FAM et/ou MAS sur un même territoire (dans la limite départementale)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Type de structure (EHPAD / FAM / MAS) | Nom de l’établissement | Nom du gestionnaire | Adresse | N°FINESS juridique | N° FINESS géographique |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre total de structures : | ……………. |

1. **Cartographie des EHPAD / FAM / MAS du projet**

Il est demandé au candidat de joindre une cartographie permettant la géolocalisation les structures du projet :

1. **Description du projet médical :**

* **Existence d'un constat et des problématiques qui en découlent :**

* **Présentation des filières de soins développées en téléconsultation / téléexpertise (2 a minima** *hors odontologie car absence de tarification à ce jour par l’assurance maladie***) :**

*Pour l’ensemble des filières de soins présentées par le candidat, une lettre d’engagement de chaque médecin ou structures requis pour l’activité de télémédecine devra être jointe au dossier.*

**Filière n°1 :**

|  |
| --- |
| **Spécialité médicale concernée** :  Besoin actuel (nombre de résidents ayant un besoin de prise en charge) :  Description du parcours de soin actuel :        Description du parcours de soin avec l’usage de la téléconsultation et du lien avec le médecin traitant :          Type de données cliniques recueillies pour réaliser l’acte de téléconsultation :  …………………………………………….. modalité de recueil :  …………………………………………….. modalité de recueil :  …………………………………………….. modalité de recueil :  *(ex : traitements en cours, modalité de recueil : dossier patient ; photo d’une plaie, modalité de recueil : appareil photo)*  Accompagnement du patient : ……………………………………………………  Actes de téléconsultation :  oui  non  Actes de téléexpertise :  oui  non  **Expert(s) requis** :   * Nom et prénom :   Exercice libéral Exercice salarié : nom de la structure   * Nom et prénom :   Exercice libéral Exercice salarié : nom de la structure   * Nom et prénom :   Exercice libéral Exercice salarié : nom de la structure |

**Filière n°2 :**

|  |
| --- |
| **Spécialité médicale concernée** :  Besoin actuel (nombre de résidents ayant un besoin de prise en charge) :  Description du parcours de soin actuel :        Description du parcours de soin avec l’usage de la téléconsultation et du lien avec le médecin traitant :          Type de données cliniques recueillies pour réaliser l’acte de téléconsultation :  …………………………………………….. modalité de recueil :  …………………………………………….. modalité de recueil :  …………………………………………….. modalité de recueil :  *(ex : traitements en cours, modalité de recueil : dossier patient ; photo d’une plaie, modalité de recueil : appareil photo)*  Accompagnement du patient : ……………………………………………………  Actes de téléconsultation :  oui  non  Actes de téléexpertise :  oui  non  **Expert(s) requis** :   * Nom et prénom :   Exercice libéral Exercice salarié : nom de la structure   * Nom et prénom :   Exercice libéral Exercice salarié : nom de la structure   * Nom et prénom :   Exercice libéral Exercice salarié : nom de la structure |

*(copier/coller pour ajouter filières de soins si souhaité)*

1. **Informations complémentaires éventuelles**

Je soussigné Mme/M. ………………………………………………….……., atteste déposer le présent dossier de candidature en accord avec les structures pour lesquels il est demandé une intégration au projet et en accord avec les professionnels de santé requis impliqués dans le projet.

**SIGNATURE DE L’ETABLISSEMENT PORTEUR :**

**ANNEXE n° 3**

Zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins en référence à l’article L1434-4 du CSP

Cartographie :

<https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2018-08/Carte_Zonage_NA_MG_Arrete_06_2018.pdf>

Liste des communes :

<https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2018-08/Carte_Zonage_NA_MG_Arrete_06_2018.pdf>