

Démarche : Appel à projets Accès aux soins via une solution de télésanté pour des publics et des territoires prioritaires

Organisme : Direction de l'Innovation, de la Recherche et de la Transformation numérique

Identité du demandeur

Email

Etablissement
SIRET

Dénomination

Forme juridique

Formulaire

Vous êtes porteur d'un projet favorisant l'accès aux soins via une solution de télésanté pour des publics et des territoires prioritaires ?

Consultez les modalités de candidature de l'appel à projets.

Cet Appel à Projets vise à soutenir des projets favorisant l'accès aux soins en zones sous-denses par l'utilisation de solutions de télésanté au sein d'une organisation de santé et répondant aux orientations stratégiques régionales de l'ARS IDF.

Titre du projet

Renseigner le titre de votre projet

Présentation générale du projet

Description de la structure porteuse du projet associant :

Une ou plusieurs structure(s) francilienne(s) appartenant aux secteurs suivants :

- Établissements de santé ;
- Établissements médico-sociaux ;
- Structures juridiques porteuses d'une Structure d'Exercice Collectif (Maison de Santé Pluri-professionnel ou centre de santé) ou d'un cabinet de groupe ;
- Associations (comme les CPTS par exemple) portant un projet de santé territorialisé ;
- DAC (dispositifs d'appui à la coordination)

Identification de la structure porteuse du projet

Structure porteuse du projet

Renseigner le nom de la structure porteuse du projet

Adresse de la structure porteuse du projet

Renseigner l'adresse de la structure porteuse du projet

Communes de la structure porteuse du projet

N° FINESS juridique

Type de structure

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Établissement de santé
- ☐ Établissement ou service médico-social
- ☐ Centre de santé
- ☐ Maison de santé pluri-professionnelle

Secteur d'activité de la structure

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Ambulatoire (ville)
- ☐ Hospitalier
- ☐ Médico-social

Nom du représentant légal de la structure

Renseigner le nom et le prénom du représentant légal de la structure

Adresse électronique du représentant légal de la structure

Identification du responsable du projet

Renseigner le nom et le prénom du responsable du projet

Adresse électronique du responsable du projet

Ensemble des adresses électroniques à contacter pour toute correspondance sur ce projet

Merci de renseigner toutes les adresses électroniques à contacter en les séparant par des ;

Résumé du projet

Appel à projets Accès aux soins via une solution de télésanté pour des publics et des territoires p

Présentation succincte du projet (4 lignes maximum)

Justification de la plus-value apportée du projet en matière d'accès aux soins

Population cible concernée par le projet

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

- ☐ Personnes Agées (PA)
- ☐ Personnes en situation de Handicap (PH)
- ☐ Personnes atteintes de maladies chroniques
- ☐ Population en zones sous dense
- ☐ Détenus
- ☐ Personnes sans médecin traitant
- ☐ Tout venant

Nombre d'usagers cibles concernés par le projet

Type d'actes de télésanté concernés par le projet

Quels sont les actes de la télésanté concernés ?

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

- ☐ Téléconsultation
- ☐ Téléconsultation assistée
- ☐ Téléexpertise
- ☐ Télésoin

Discipline(s) médicale(s) ou paramédicale(s) concernée(s)

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

- ☐ Anatomie et cytologie pathologiques
- ☐ Anesthésie-réanimation
- ☐ Biologie médicale (médecin)
- ☐ Cardiologie et maladies vasculaires
- ☐ Chirurgie générale
- ☐ Chirurgie infantile
- ☐ Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
- ☐ Chirurgie orale

Appel à projets Accès aux soins via une solution de télésanté pour des publics et des territoires p

- ☐ Chirurgie orthopédique et traumatologie
- ☐ Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
- ☐ Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- ☐ Chirurgie urologique
- ☐ Chirurgie vasculaire
- ☐ Chirurgie viscérale et digestive
- ☐ Dermatologie et vénéréologie
- ☐ Endocrinologie et métabolisme
- ☐ Gastro-entérologie et hépatologie
- ☐ Génétique médicale
- ☐ Gériatrie
- ☐ Gynécologie médicale
- ☐ Gynécologie obstétrique
- ☐ Hématologie
- ☐ Médecine du travail
- ☐ Médecine générale
- ☐ Médecine interne
- ☐ Médecine nucléaire
- ☐ Médecine physique et de réadaptation
- ☐ Néphrologie
- ☐ Neurochirurgie
- ☐ Neurologie
- ☐ Odontologie
- ☐ Oncologie
- ☐ Ophtalmologie
- ☐ ORL et chirurgie cervico-faciale
- ☐ Orthopédie dento-faciale
- ☐ Pédiatrie
- ☐ Pneumologie
- ☐ Psychiatrie
- ☐ Radiodiagnostic et imagerie médicale
- ☐ Réanimation médicale
- ☐ Rhumatologie
- ☐

Appel à projets Accès aux soins via une solution de télésanté pour des publics et des territoires p

- ☐ Santé publique et médecine sociale
- ☐ Appareillage facial : épithésiste
- ☐ Appareillage facial : oculariste
- ☐ Appareillage orthopédique : orthopédistes-orthésiste
- ☐ Appareillage orthopédique : orthoprothésiste
- ☐ Appareillage orthopédique : podo-orthésiste
- ☐ Audioprothésie
- ☐ Diététique
- ☐ Ergothérapie
- ☐ Kinésithérapie
- ☐ Manipulation en électroradiologie
- ☐ Optique-lunetterie
- ☐ Orthophonie
- ☐ Orthoptie
- ☐ Pédicurie-podologie
- ☐ Pharmacie
- ☐ Psychomotricité

Zone(s) concernée(s) par le projet

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

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

Zone géographique ou territoire de réalisation de l'action

Préciser le champ d'application territorial (commune, canton, département, bassin de population...)

zones sous-denses (Zones d'Interventions Prioritaires « ZIP + »/ « ZIP ») et dans les quartier prioritaires de la politique de la ville (QPV)

Appel à projets Accès aux soins via une solution de télésanté pour des publics et des territoires p

L'utilisation d'objets connectés est-elle prévue ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Solution numérique choisie ou envisagée

Renseigner le nom du fournisseur de solution

Solution numérique déjà en place dans la structure

Montant de l'aide sollicité

Indiquer le montant sollicité auprès de l'ARS Ile-de-France

Montant global du projet

Indiquer le montant global du projet présenté

Dossier de candidature

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Cahier des charges AAP

Document définissant le cadre de l'AAP

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Dossier de candidature

Les candidats intéressés sont invités à compléter le dossier dédié et à le déposer, dûment signé ci-dessous.

Si vous rencontrez des problèmes, merci de nous adresser vos questions par courrier électronique sur la messagerie dédiée : ars-idf-telesante@ars.sante.fr

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Annexe financière

Veuillez télécharger, remplir et joindre le modèle suivant.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Exemple de convention interprofessionnelle

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Pièce jointe complémentaire

Pièces complémentaires