#

# Dossier de candidature

# **AMI Expérimentation régionale Basée sur l’utilisation**

# **D’un Dispositif Médical Numérique (DMN)**

# **Un outil innovant basé sur l’Intelligence Artificielle-IA- pour le repérage et la prévention des fragilités chez les personnes âgées**

# **2024**

|  |
| --- |
| 1. **Nature et composition de la structure (ou des structures) rassemblant l’ensemble des professionnels engagés dans le projet**
 |
| 1. **En cas de structure juridique (forme juridique unique) du groupement identifié comme porteur du projet**
* Raison sociale :
* Statut juridique (société interprofessionnelle de soins ambulatoires, groupement de coopération sanitaire, association loi de 1901 ou autres) :
* Date de création :
* Adresse :
* Région :
1. **En cas de coopération avec d’autres professionnels, hors groupement, par voie de convention**
* Préciser pour chaque membre engagé par convention :

Membre 1 : * Raison sociale :
* Statut juridique (société interprofessionnelle de soins ambulatoires, groupement de coopération sanitaire, association loi de 1901 ou autres) :
* Date de création :
* Adresse :
* Région :

Membre 2 : * Raison sociale :
* Statut juridique (société interprofessionnelle de soins ambulatoires, groupement de coopération sanitaire, association loi de 1901 ou autres) :
* Date de création :
* Adresse :
* Région :

Membre 3 :…* **Préciser, parmi les membres mentionnés ci-dessus, le membre identifié dans la convention comme porteur du projet et celui bénéficiaire du versement des crédits pour la mise en œuvre de l’expérimentation**
 |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Composition du groupe expérimental**
 |
| **Structures ou professionnels membres du groupe expérientiel** | **Nom et fonction des principales personnes impliquées dans le projet au sein de chaque structure** |
| **Nom** | **Fonction** |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Préciser le nom des médecins traitants (s’engageant à transmettre leurs numéros professionnels pour la mise en œuvre de l’expérimentation)** | * **…**
* **…**
* **…**
* **…**
* **…**
 |
| 1. **Contact au titre du (des) porteur(s) du projet**
 |
| * Nom et Prénom :
* Profession :
* Numéro de téléphone :
* Adresse mail :
* Signature :
 |

|  |
| --- |
| 1. **Autres personne(s) désignée(s) comme interlocuteur**
 |
| * Nom et Prénom :
* Profession :
* Numéro de téléphone :
* Adresse mail :
* Nom et Prénom :
* Profession :
* Numéro de téléphone :
* Adresse mail :
 |

|  |
| --- |
| 1. **Description du groupement (historique, raison de sa constitution, points forts et points faibles identifiés, freins/leviers et points d’amélioration possibles)**
 |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Gouvernance envisagée pour permettre la mise en œuvre et le suivi du projet**
 |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Brève description de son territoire (contexte, principales problématiques)**
 |
|  |
| 1. **Projet d’organisation envisagée et description des fonctions supports existantes ou à créer dans le cadre de l’expérimentation (robustesse du dispositif de collection et gestion des alertes)**

*(Population ciblée : effectifs, âge moyen, GIR, handicap…, justification et écart par rapport à la pratique actuelle, acteurs et outils mobilisés, cohérence avec les dynamiques locales et les projets ou les expérimentations éventuellement en cours sur le territoire tels que e-parcours, DAC, CPTS…)* |
|  |
| 1. **Attentes envers le projet :**
* *Cohérence avec le Projet Régional de Santé BFC/Parcours Grand Âge,*
* *Cohérence avec le projet d’organisation envisagé justifiant le souhait de participer à la mise en œuvre de l’expérimentation,*
* *Articulation avec votre projet de santé/projet médical actuel/projet d’établissement) visant à améliorer le service rendu aux patients et permettant des gains d’efficience pour le système*
 |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Partenaires associés et interlocuteurs désignés**
 |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Listes des actions collectives répondant aux besoins de la population ciblée, visant à améliorer le service rendu aux patients et permettant des gains d’efficience pour le système** *(notamment, précisez les actions déjà mises en place et celles à venir et indiquez dans quelles thématiques elles s’inscrivent)*
 |
| **Thématiques** | **Action(s) déjà mise(s) en place** | **Action(s) envisagée(s)** |
| Accès aux soins |  |  |
| Coordination |  |  |
| Pertinence des prescriptions médicamenteuses |  |  |
| Prévention et promotion de la santé |  |  |
| Autres |  |  |

|  |
| --- |
| 1. **Description des fonctions supports mobilisables ou à mobiliser dans le cadre de l’expérimentation**
 |
| **Thématiques** | **Existantes** | **A développer ou à créer** |
| **Ressources humaines** *(coordonnateurs d’équipes au niveau de la patientèle ou du territoire, assistants médicaux, délégations de tâches et pratiques avancées, « case managers », gestionnaires de bases de données…)* |  |  |
| **Système d’information et outils de partage***(Services numériques facilitant le partage et l’échange d’information, outils et référentiels socles de la e-santé, outils nécessaires au pilotage et à la gestion du collectif de professionnels)* |  |  |

|  |
| --- |
| 1. **Commentaires libres**
 |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Budget**[[1]](#footnote-1) **du projet**
 |

Année 20…... ou exercice du ………. au ……….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CHARGES | Montant | PRODUITS | Montant |
| CHARGES DIRECTES | RESSOURCES DIRECTES |
| 60 - Achats | 0 | 70 – Vente de produits finis, de marchandises, prestations de services |  |
|  Achats matières et fournitures |  | 73 – Dotations et produits de tarification |  |
|  Autres fournitures |  | 74 – Subventions d’exploitation[[2]](#footnote-2) | 0 |
| 61 – Services extérieurs | 0 |  Etat : préciser le(s) ministère(s), directions ou services déconcentrés sollicités cf 1ére page |  |
|  Locations |  |  |  |
|  Entretien et réparation |  |  |  |
|  Assurance |  |  Conseil.s Régional(aux) |  |
|  Documentation |  |  |  |
| 62 – Autres services extérieurs | 0 |  Conseil.s Départemental(aux) |  |
|  Rémunérations intermédiaires et honoraires |  |  |  |
|  Publicité, publications |  |  - |  |
|  Déplacements, missions |  |  Communes, communautés de communes ou d’agglomérations : |  |
|  Services bancaires, autres |  |  |  |
| 63 – impôts et taxes | 0 |  |  |
|  Impôts et taxes sur rémunération |  |  |  |
|  Autres impôts et taxes |  |  Organismes sociaux (Caf, etc. Détailler)  |  |
| 64 – Charges de personnel | 0 |  Fonds européens (FSE, FEDER, etc) |  |
|  Rémunération des personnels |  |  L’agence de services et de paiement (emplois aidés) |  |
|  Charges sociales |  |  Autres établissements publics |  |
|  Autres charges de personnel |  |  Aides privées (fondation) |  |
| 65 – Autres charges de gestion courante |  | 75 – Autres produits de gestion courante | 0 |
|  |  |  756. Cotisations |  |
|  |  |  758 Dons manuels - Mécénat |  |
| 66 – Charges financières |  | 76 – Produits financiers |  |
| 67 – Charges exceptionnelles |  | 77 – Produits exceptionnels |  |
| 68 – Dotation aux amortissements, provisions et engagements à réaliser sur ressources affectées |  | 78 – Reprises sur amortissements et provisions |  |
| 69 – Impôts sur les bénéfices (IS) ; Participation des salariés |  | 79 – Transfert de charges |  |
|  CHARGES INDIRECTES REPARTIES AFFECTEES AU PROJET | RESSOURCES PROPRES AFFECTEES AU PROJET |
| Charges fixes de fonctionnement |  |  |  |
| Frais financiers |  |  |  |
| Autres |  |  |  |
| TOTAL DES CHARGES | 0 | TOTAL DES PRODUITS | 0 |
| Excédent prévisionnel (bénéfice) |  | Insuffisance prévisionnelle (déficit) |  |

1. Ne pas indiquer les centimes d’euros [↑](#footnote-ref-1)
2. L’attention du demandeur est appelée sur le fait que les indications sur les financements demandés auprès d’autres financeurs publics valent déclaration sur l’honneur et tiennent lieu de justificatifs. [↑](#footnote-ref-2)