



EHPAD de  
Bozel



## MisMi - Modèle intégré de santé pour une montagne inclusive

Programme Interreg V-A France-Italie ALCOTRA

Objectif Spécifique 4.1

« Favoriser le développement de services socio-sanitaires afin de lutter contre le dépeuplement des territoires ruraux et de montagne »



Projet simple

Description Technique Détaillée (DTD)



## *Index*

<i>Partenaires du projet</i> .....	<b>3</b>
<i>L'origine du projet, le contexte et l'importance de la coopération transfrontalière</i> .....	<b>7</b>
<i>Les objectifs et les résultats attendus</i> .....	<b>10</b>
<i>Autres sujets impliqués</i> .....	<b>10</b>
<b>WP1 - GOUVERNANCE ET GESTION ADMINISTRATIVE</b> .....	<b>11</b>
<i>Activité 1.1 Gouvernance transfrontalière</i> .....	11
<i>Activité 1.2 Gestion financière</i> .....	13
<i>Activité 1.3 Evaluation d'impact</i> .....	13
<b>WP2 - COMMUNICATION</b> .....	<b>16</b>
<i>Activité 2.1 Communication du projet et participation des collectivités</i> .....	16
<i>Activité 2.2 Diffusion et exploitation des résultats du projet</i> .....	18
<b>WP3 - SERVICES DE PROXIMITÉ : RESEAUX SOCIAUX ET SANITAIRES</b> .....	<b>19</b>
<i>Activité 3.1 Ateliers transfrontaliers de formation</i> .....	19
<i>Activité 3.2 Services de proximité sociaux</i> .....	21
<i>Activité 3.3 Services de proximité sanitaires</i> .....	23
<b>WP4 – SERVICES DE PROXIMITÉ : TECHNOLOGIES INNOVANTES</b> .....	<b>26</b>
<i>Activité 4.1 Définition des activités transfrontalières, exigences, processus et conception</i> .....	26
<i>Activité 4.2 Téléconsultation</i> .....	27
<i>Activité 4.3 Télémonitoring</i> .....	29
<i>Activité 4.4 Téléphysiothérapie</i> .....	30
<i>Les rôles des partenaires</i> .....	<b>34</b>
<i>Calendrier du projet</i> .....	<b>35</b>
<i>Liste détaillée des coûts</i> .....	<b>36</b>

## Partenaires du projet



L'Agence Unité Sanitaire Locale de la Vallée d'Aoste est une entreprise publique qui fournit des services sanitaires, douée de la personnalité juridique publique et d'autonomie d'entreprise. Elle est la seule Unité Sanitaire Locale de la Région Autonome Vallée d'Aoste et, afin de poursuivre le but institutionnel d'offrir des services sanitaires et de poursuivre le bien-être de la population, elle se confronte à des besoins de santé qui dépendent d'un contexte complexe et particulier. Elle a la tâche d'assurer des niveaux d'assistances adéquates et uniformes à environ 128.000 personnes dont 27% vivent dans le chef-lieu et la partie restante dans 74 communes réparties sur un territoire totalement montagneux. La localisation géographique, à la frontière avec la France et la Suisse, et le statut de la Région Autonome sont deux autres traits de l'histoire et de l'identité du contexte de référence.

L'Agence gère trois hôpitaux et quatre districts, avec un effectif de plus de 2200 personnes, opérant à:

- la satisfaction des besoins des usagers, grâce à des processus de programmation, fourniture des services et des prestations de production propre ou achetées auprès de tiers publics ou privés dans le respect de la liberté de choix du citoyen ;
- la garantie de pertinence, qualité, efficacité, efficience et économie des services et des performances fournies, en lien avec les critères d'évaluation des technologies, y compris à travers le développement de son propre patrimoine de compétences professionnelles et de l'activité de reconversion professionnelle ;
- la recherche de l'équilibre économique global de l'Agence, sans compromettre le niveau de qualité et de quantité des services fournis ;
- la promotion, la conception de projet et la mise en œuvre de programmes de formation, dans le domaine sanitaire et social.

La participation de l'Agence à des projets de coopération internationale, soutenue par la récente mise en place du Bureau innovation et recherche, faisant partie de la Direction Stratégique, est un instrument pour la réalisation de la mission de l'entreprise.

Les services expérimentés avec les projets Medmont, Résamont, Résamont2 et e-RES@mont, présentés au premier avis général Alcotra, en Septembre 2015, et avec Partout- Santé ont été valorisés et intégrés dans la réalité de l'entreprise, garantissant la durabilité, mais avec des variations différentes. Toutefois, on doit souligner particulièrement les perspectives de développement de ces méthodes innovantes, partiellement explorées dans ce projet et qui impliquent un modèle d'« Unité Sanitaire virtuelle » où on peut intégrer des méthodes de prestation de soins sanitaires traditionnels avec des technologies de pointe, en gardant les personnes et la communauté au centre du système.

([www.ausl.vda.it](http://www.ausl.vda.it))



Le **Piano di Zona** de la Vallée d'Aoste est un outil stratégique de planification et de programmation des politiques sociales attendu par la loi n° 328/2000 «Loi - cadre pour la réalisation d'un système intégré d'interventions et de services sociaux». Les 74 mairies de la Vallée d'Aoste, les 8 unités des Communes Valdôtaines, la Fédération des coopératives Valdôtaines, la Coordination solidarité de la Vallée d'Aoste, l'Agence Unité Sanitaire Locale de la Vallée d'Aoste et la Région Autonome de la Vallée d'Aoste ont adhéré au document législatif (« Accordo di Programma ») relatif à la réalisation du Piano di Zona en Vallée d'Aoste. Le chef de file du Piano di Zona est la mairie de la ville d'Aoste. Le territoire régional a été divisé en cinq sous-zones territoriales.

Afin de mener à bien les activités prévues au sein du Piano di Zona, depuis le mois d'Octobre 2012 ont été ouverts sur le territoire régional huit guichets sociaux. Ils sont situés dans les sièges des Unités des Communes (à l'exception de celle de Walser Alta Valle del Lys) et dans la ville d'Aoste. Le service de Guichet Social exerce les fonctions suivantes :

- porte d'accès pour les informations et les services sociaux et de santé sociale

- promotion des réseaux territoriaux
- observatoire des dynamiques territoriales

Le Service entend répondre principalement à la nécessité de rationaliser l'utilisation des services existants, sans créer de nouveaux services. Le Guichet Social active un système capable de servir plus de personnes, selon leurs besoins spécifiques : avant tout les citoyens, mais aussi les opérateurs des services publics et privés, les administrateurs des autorités locales, les partenaires locaux impliqués dans du volontariat et de la coopération, etc ... Une attention particulière est également accordée aux situations d'urgence sociale qui sont prises en charge sur la base de flux prédéfinis.

En commençant par les évaluations positives concernant l'activité du service de guichet social et considérant la réduction des ressources publiques et l'émergence de nouveaux besoins et problèmes sociaux (demandeurs d'asile, une nouvelle pauvreté ...), il est essentiel de développer des activités de promotion des réseaux pour renforcer la subsidiarité et créer des communautés accueillantes et solidaires. À cette fin, il est nécessaire de restructurer le modèle d'organisation en l'articulant de manière plus étroite avec la population en introduisant dans le service de guichet social une figure sociale qui facilitera le contact avec les institutions publiques et privées et stimulera des réponses alternatives pour prévenir les difficultés et renforcer la cohésion et l'inclusion sociale.



L'Institut Supérieur des technologies de l'information et de la communication (ISMB) Mario Boella est un centre de recherche appliquée et de l'innovation axée sur les technologies de la communication (TIC) et de l'information. L'Institut a été fondé en 2000 par le Groupe de San Paolo et Ecole Polytechnique de Turin. Il emploie environ 150 chercheurs travaillant en collaboration avec l'entreprise, le monde universitaire et l'administration publique. L'Institut fonctionne sur le modèle de gestion des connaissances qui accepte les lignes directrices évolutives de la recherche européenne, en intervenant dans la création de l'innovation et à la suite également de la phase de mise en œuvre et de l'évolution ultérieure.

L'ISMB est organisé en domaines de recherche : des infrastructures informatiques basées sur le cloud computing et la simulation électromagnétique (Advanced Computing & électromagnétisme), des télécommunications optiques et optoélectroniques (optique photonique appliquée), l'utilisation des TIC en faveur du développement durable (développement de l'innovation), les applications pour les appareils mobiles et gestion des données (Mobile Solutions), les systèmes sans fil pour la fourniture de nouveaux services sur le canal mobile (Multi-Layer Solutions sans fil), les technologies et les applications de navigation par satellite (Navigation Technologies), des capteurs et des systèmes permettant l'«Internet of Things» (internet des objets).

En 2011, l'Institut a élargi son champ d'application à l'innovation des processus, avec une attention particulière aux questions de l'agenda européen pour promouvoir l'excellence technologique et les résultats obtenus par les domaines de recherche dans les programmes stratégiques (Smart Energy, Smart City Intelligent pour la Santé) qui exigent des compétences techniques. L'Institut est engagé dans des partenariats industriels avec des entreprises, grandes et petites et dans des initiatives internationales d'éducation moyenne et supérieure avec la coopération de l'académie.

Dans le domaine H2020, l'ISMB participe au projet «my-AHA (PHC21-2015)», Mon Vieillissement Actif et Sain, qui vise à prévenir le déclin physique et cognitif lié au vieillissement, grâce à la détection précoce des symptômes et permet la proposition de mesures et de soutien fondés sur les TIC.

En ce qui concerne le programme européen FP7, le projet KSERA (TIC-07.01.2009) « Knowledgeable Service Robots for Aging », a introduit «a Social Assistive Robot» pour la fourniture de services d'assistance à la personne atteinte de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), pour la gestion de la thérapie et pour l'encourager à effectuer de la physiothérapie respiratoire.

Au niveau régional, les derniers projets d'ISMB dans le domaine de la télémédecine et des systèmes de santé personnalisés sont le PMOSP et PPSAFA. Le PMOSP a introduit un système de soins de santé personnalisé dans le service fourni par le COES Santé-Ville pour le suivi des patients sous chimiothérapie par voie orale. Le PPSAFA a proposé de mettre en œuvre un véritable paysage

d'innovation sociale et socio-sanitaire, avec de nouveaux modèles de prestation de services et de nouveaux outils de soutien, d'organisation et les TIC.

L'intention de l'ISMB, au sein de ce projet, consiste à expérimenter de nouvelles technologies pratiques et des modèles de services dans le secteur de la santé électronique. En outre, l'ISMB entend vérifier sur le terrain les solutions fondées sur des prévisions dynamiques pour améliorer l'efficacité des services d'e-santé et en particulier pour les services de télé-réhabilitation.

À la fin du projet, les applications développées et le matériel acheté et intégré seront mis gratuitement à la disposition des acteurs régionaux afin de poursuivre les expérimentations et la livraison des nouveaux services développés.

([www.ismb.it/](http://www.ismb.it/))



**L'Assemblée du Pays Tarentaise Vanoise (APT)** est une structure de développement territorial (un syndicat mixte) qui regroupe les cinq communautés de communes de la Tarentaise ainsi que le Conseil Départemental de la Savoie. Il s'agit d'un territoire alpin de 53 500 habitants permanents, situé à l'Est de la région Auvergne-Rhône-Alpes et de la Savoie, limitrophe de l'Italie, et organisé autour d'une vallée principale (bassin de l'Isère).

Le rôle de l'APT consiste en l'animation du projet de territoire, à travers sa charte de développement. Dans ce cadre, elle assure l'élaboration d'études, mène des actions de communication, porte des programmes de financement (Contrat Développement Durable Rhône Alpes, Contrat Territoire Savoie, LEADER, ...) et accompagne la mise en œuvre d'actions à l'échelle du territoire.

Pour 2014-2020, le programme d'actions du territoire repose sur cinq axes, dont celui de développer l'attractivité résidentielle de la vallée, l'offre de santé et de services de proximité.

L'APT anime aujourd'hui une politique «santé-services à la population» globale, démarche intégrée à la construction d'un Contrat Local de Santé, avec pour objectifs :

- L'amélioration de l'offre de soins de premier recours en favorisant les conditions d'exercice et l'installation de nouveaux professionnels de santé en Tarentaise : accompagnement de projets de regroupements de professionnels (maisons de santé pluri professionnelles, réseaux de santé, ...), développement de la télémédecine, campagne de communication, ...
- Prise en compte de la santé de manière globale dans une optique préventive et de promotion de la santé ;
- Développement de projets liés à la jeunesse, à la saisonnalité, à la famille, à la cohésion sociale.

L'échelle de la Tarentaise permet de faciliter le décloisonnement des démarches, la mise en relation entre les acteurs et de favoriser l'implantation de projets innovants concertés.

([www.tarentaise-vanoise.fr/](http://www.tarentaise-vanoise.fr/))



**L'IFREMMONT** est une association de loi 1901 qui depuis la création de l'Institut, a participé à six programmes de recherche transfrontaliers et un programme ANR (Agence Nationale de la Recherche), qui lui ont permis d'asseoir son expertise en matière de télésanté pour les zones de montagnes, les zones enclavées. L'ensemble de ces travaux lui a valu d'être labellisé par la région Rhône-Alpes, « Montagne 2040 ». A ce jour, l'Institut a mis en place une

architecture de téléconsultation opérationnelle et validée par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes dans le cadre de la téléconsultation de médecine de montagne, du sport en montagne. L'IFREMMONT apporte ici son savoir-faire, son expertise et ses développements opérationnels ou expérimentaux tels que le projet 3Ecare de «cloud monitoring».

L'Institut assure également d'autres missions :

- Formation avec plusieurs modules opérationnels qui sont tous labellisés par l'UNITAR :
  - Formation grand public, été, hiver destinés aux voyageurs
  - Formations professionnelles à destinations des métiers de la montagne

- Formations universitaires avec l'encadrement de Diplômes Universitaires, de Master Européens de Médecine de Montagne, des modules complémentaires DCEM.
- La recherche avec la création d'un laboratoire naturel de haute altitude au sommet de l'aiguille du midi, la réalisation de plusieurs études et notamment un leadership international en matière de gelures, l'étude des phénomènes vasculaires et micro vasculaires en hypoxie, au froid, en altitude.
- Une activité médicale au travers de sa filière Altidoc qui assure une consultation physique, une téléconsultation, une veille médicale 24/24H 7/7J à destination des voyageurs en altitude, des patients présentant des gelures. Altidoc met également à disposition des organisateurs d'évènements outdoor son expertise et ses équipes.
- Un service de documentation en ligne.

([www.ifremmont.com](http://www.ifremmont.com))



Le **Centre Hospitalier d'Albertville-Moûtiers (CHAM)** est un Etablissement Public regroupant 2 sites hospitaliers et 2 EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes). Avec près de 800 professionnels, dont 80 médecins, le CHAM est à la fois un établissement de proximité et de référence. L'un de ses sites

hospitaliers, celui de Moûtiers, est d'ailleurs situé au cœur de la Tarentaise permettant d'apporter une réponse aux besoins de la population.

Face à l'évolution de la médecine, et au besoin croissant de spécialités médicales, l'ARS a engagé la réorganisation du système de santé du territoire de la Tarentaise et de l'Arlyère. Dans ce cadre, le Centre Hospitalier d'Albertville-Moûtiers a lancé un projet de modernisation de son offre de soins et offre actuellement 283 lits et places (EHPAD Les Cordeliers : 80 lits ; EHPAD Maison de Santé Claude Léger : 90 lits).

Depuis fin 2015, l'ouverture d'un nouveau bâtiment sur le site hospitalier d'Albertville, renforce son activité de Médecine, Chirurgie, Obstétrique avec un service d'urgences repensé permettant de prendre en charge plus de 30 000 passages par an, avec un nouveau bloc opératoire.

Il fait ainsi bénéficier à la population d'un établissement d'un haut niveau de qualité et de sécurité dans sa pratique médicale, en phase avec les besoins d'aujourd'hui.

Dans cette nouvelle organisation du système de santé du territoire de la Tarentaise et de l'Arlyère, le site de Moûtiers a pour vocation de répondre aux besoins de proximité en matière de médecine générale, de soins de premier recours et des recours médicaux spécialisés de la population résidente et saisonnière.

Chaînon indispensable de l'offre de soins sur le territoire Tarentaise Arlyère, le site de Moûtiers se positionne ainsi, comme un centre de soins de proximité, destiné à tous et permettant à la population du bassin de bénéficier :

- d'un centre d'accueil médical de premier recours, avec un SMUR routier renforcé,
- d'un service de médecine polyvalente et de court séjour gériatrique,
- d'un service de soins de suite et réadaptation,
- d'une unité de soins de longue durée,
- d'un service d'hospitalisation à domicile,
- d'un service d'imagerie (radiologie et scanner),
- d'un service de consultations externes,
- d'un EHPAD.

([www.cham-savoie.fr/](http://www.cham-savoie.fr/))



### **Le CIAS EHPAD « La Maison du Soleil » (EHPAD d'Aime)**

L'EHPAD, Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes, La Maison du Soleil est une structure intercommunale, portée par le Centre Intercommunal d'Action Sociale (CIAS), qui a ouvert ses portes en juillet 2007 à Aime, à 15 km de Moûtiers.

L'établissement se situe à proximité immédiate du centre d'Aime et de la nouvelle maison de santé.

La Maison du Soleil propose 41 places dont :

- 12 places en unité de soins spécifique Alzheimer
- 1 place en hébergement temporaire (située au sein de l'unité ouverte, l'accueil temporaire ne peut recevoir des personnes présentant des troubles cognitifs importants)
- 1 place en accueil de jour.

L'EHPAD d'Aime a participé au programme Alcotra Pro-Age sur les Versants d'Aime de 2011 à 2014, permettant de développer des activités de bien-être, de prévention santé ou encore de musicothérapie au sein de l'établissement. Des activités qui se sont ensuite pérennisées via la Fondation de France.

([www.versantsdaim.fr/](http://www.versantsdaim.fr/))

**L'EHPAD La Centaurée (EHPAD de Bozel)** est un établissement public, géré par un conseil d'administration dont le Maire de Bozel est le président de droit, composé de représentants de divers organismes associés à la marche de la maison : Commune, Département, Sécurité Sociale, corps médical, résidents et représentants des familles.

La structure se situe à 40 km d'Albertville et à 13 km de Moûtiers, au centre d'un bourg de 2 000 habitants.

L'EHPAD possède 54 lits répartis en 30 lits d'EHPAD (dont une chambre temporaire) et 24 lits de psychogériatrie. L'établissement a été construit en 1988, et a récemment bénéficié de travaux de modernisation.

### ***L'origine du projet, le contexte et l'importance de la coopération transfrontalière***



Le projet concerne les territoires de la Tarentaise et de la région du Val d'Aoste, qui ont beaucoup de similitudes, avec la présence de zones de haute et moyenne montagne (identifiées comme «districts» 1 et 2 dans la Vallée d'Aoste).

### **Vallée d'Aoste**

Superficie: 3.263 km<sup>2</sup>

74 communes, 8 communautés de montagne

128.298 habitants au 1er janvier 2015

Environ 60% des communes ont moins de 1000 habitants

Point le plus bas: 340 m (Pont Saint Martin)

Altitude maximale: 4810 m (Monte Bianco)

Altitude moyenne: 2100 m environ

«Districts» 1 et 2 : plus de 88.000 habitants.

16000 habitants de plus de 65 ans, dont 2/3

avec au moins une maladie chronique qui provoque environ 3.400 hospitalisations par an;

Indice de vieillissement: 117,8 dans le district 1 et 152,8 dans le district 2

### **Tarentaise**

Superficie: 1.705 km<sup>2</sup>

36 communes, 5 communautés de communes, 2 cantons

53 500 habitants en 2013 (dernier recensement)

Environ 56% des communes ont moins de 1000 habitants. 4 habitants sur 10 résident dans une commune isolée.

Altitude minimale: 400 m à Feissons sur Isère

Altitude maximale: 3.852 m à la Grande Casse

7.400 habitants de plus de 65 ans

Le vieillissement devrait représenter 50% des causes de l'augmentation des ménages en 2040

Les territoires français et italiens doivent faire face au dépeuplement (les résidents dans les communes de montagne sont passés de 15% à 12% de 1951 à 2011) et en particulier au vieillissement progressif de la population des municipalités de haute montagne (de 2003 à 2015, le nombre d'habitants de plus de 65 ans dans la Vallée d'Aoste est passé d'environ 23 300 unités à 28 838 individus, dont près de 4300 âgés plus de 85 ans), associé à l'absence de réseaux familiaux de soutien, à l'isolement et aux conditions socio-économique défavorisées. Ces situations nécessitent une démarche transfrontalière et l'essai de modèles innovants de services de proximité qui apportent de réelles améliorations dans la protection sociale et sanitaire mise en place par l'USL Vallée d'Aoste et par le Département de Santé et politiques sociales et, en Tarentaise, de la part de l'APTIV et concrètement par les autres partenaires français du MisMi.

La présence sur le territoire d'hommes et de femmes soutenus et rassurés grâce à une gestion proactive et rapide de l'apparition des complications de maladies chroniques, ainsi que la gestion optimale des troubles aigus, contribuent à contrer le dépeuplement du territoire de montagne, qualifié par la présence massive des personnes âgées, avec des maladies chroniques et des habitats géographiquement dispersés.

D'un point de vue opérationnel, cela détermine la mise en œuvre d'un modèle de prise en charge de la chronicité avec une surveillance proactive et continue de l'état de santé, la création d'un système de santé sociale accessible et proche de la personne malade même dans les zones les plus isolées, en limitant, lorsque cela est possible, les transferts pour atteindre les structures de santé. Ce modèle peut donc aider à assurer la même qualité et facilité d'accès aux services observés dans les zones urbaines, en vue de la réduction des inégalités de santé, l'un des objectifs MisMi.

Le projet est inclusif, il donne de la continuité et renforce un processus d'innovation et d'amélioration des services sociaux et sanitaires déjà en cours dans les deux territoires transfrontaliers.

Pour la **Vallée d'Aoste**, comme déjà réaffirmé dans le Plan régional pour la santé et le bien-être, 2011/2013, la stratégie prévoit parmi les différentes mesures:

- La reconnaissance du rôle de la prévention et, en particulier, la promotion de modes de vie sains et la gestion rationnelle des situations de risque pour la santé sociale,
- L'essai, à l'aide des nouvelles technologies, de simplification de l'accès aux services sanitaires. Plus précisément, il s'agira de tester de nouvelles voies pour l'accès aux services de prévention, de la communauté et de l'hôpital, avec une attention particulière pour les patients atteints de maladies chroniques qui nécessitent une surveillance et un contrôle fréquent, et cela à travers l'utilisation de nouvelles technologies qui permettent et facilitent les contrôles de santé à



distance, en se concentrant sur les résidents dans les municipalités décentralisées en moyenne et haute montagne. Dans ce domaine se placent les projets « Partout » et plus spécifiquement dans le domaine de la médecine de montagne, les projets de coopération territoriale Medmont, Resamont et e-Res@mont que l'USL Vallée d'Aoste a également préparé avec l'IFREMMONT. MisMi construit et représente l'évolution de ces expériences, en conformité avec les directives nationales pour la télémédecine à travers un partenariat avec l'Institut Supérieur Mario Boella grâce aux compétences spécifiques et le fort accent sur l'innovation qui le caractérise.

- La mise en œuvre de projets axés sur les services locaux, comme « Proage » réalisé par la Communauté de Montagne Grand Paradis et par la Communauté de Communes des Versants d'Aime entre septembre 2011 et octobre 2014 (voir Synergie III Description du projet 3.3 Capitalisation), ou le service régional expérimental appelé « Assistant de hameau », réalisé entre 2010 et 2012, afin de fournir aux personnes non autonomes et leurs familles, qui vivent dans des lieux isolés, des réponses à leurs besoins quotidiens, à travers des gens compétents dans les soins à domicile et dans les relations d'aide.

En ce qui concerne la **Tarentaise**, les axes stratégiques pour le développement durable du territoire incluent :

- L'utilisation de nouvelles technologies dans le domaine sanitaire, en parallèle avec les dispositions de la loi "Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST)" du 21 juillet 2009 et le décret correspondant du 19 octobre 2010. Depuis 2011, l'état affine sa stratégie et définit cinq chantiers prioritaires « pour le déploiement de la télémédecine (HAS, 2011) » :
  - La permanence des soins ou en imagerie médicale
  - La prise en charge des accidents vasculaires cérébraux
  - Les soins en milieu carcéral
  - La prise en charge des maladies chroniques (diabète, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale)
  - La prise en charge au domicile (hospitalisation à domicile) et à l'intérieur des structures médicosociales.

Le développement de la télémédecine est également un axe du programme régional de la télémédecine ARS Rhône-Alpes de 2012-2017.

L'arrivée d'un nouveau capteur biomédical permet d'envisager l'utilisation de la télésurveillance médicale à grande échelle avec de nouvelles possibilités telles que le maintien à domicile des personnes âgées. Il s'agit d'un nouveau concept du pôle «e-mountain» de l'Ifremmont dénommé «3E Care IT» dont la signification est «Télémédecine Everywhere for Every People by Everybody».

- L'activation sociale du territoire. La Tarentaise a placé la vitalité sociale comme une priorité de son territoire, elle est au centre du projet de l'APTV et de sa candidature au programme européen Leader. Une offre de services accessibles à tous est considérée comme un socle essentiel sur lequel s'appuient la qualité de vie des habitants, mais aussi l'attractivité économique et résidentielle du territoire. Il s'agit alors de pouvoir prendre en compte les tendances sociétales telles que l'allongement de la durée de vie et l'isolement des personnes âgées.

MisMi, en particulier, soutient la stratégie du dialogue entre tous les acteurs des territoires italiens et français pour obtenir une réponse systémique aux besoins sociaux et sanitaires.

Pour le Val d'Aoste, la référence est le **Plan de Zone** (partenaire lui-même de MisMi), un instrument de programmation des politiques sociales au niveau local (qui comprend également le Ministère Régional de la Santé et des Politiques Sociales et l'USL Vallée d'Aoste), qui vise à faciliter la réorganisation, la modernisation et la mise en réseau des interventions et des services prévus par la loi 328/2000 « loi-cadre pour la réalisation d'un système intégré d'interventions et services sociaux ».

Pour la Tarentaise, la référence est le **Contrat Local de Santé (CLS)** initié en 2013, demandé par le Comité Syndical de l'APTV et résultat d'une co-construction et signature avec l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône Alpes ainsi que d'autres partenaires dans la région (Conseil Départemental, CAF, Education Nationale, ...) afin de mettre en évidence les priorités sanitaires, les actions possibles pour promouvoir la construction de passerelles entre le domaine sanitaire, médico-social et social et pour consolider le partenariat local et réduire les inégalités sociales et géographiques.

### *Les objectifs et les résultats attendus*

Le projet répond à l'objectif 4.1 "Favoriser le développement des services sociaux et sanitaires pour la lutte contre le dépeuplement des zones rurales et de montagne" du programme ALCOTRA

#### **OBJECTIF GÉNÉRAL**

Développer des services sociaux et de santé intégrés de proximité qui répondent aux besoins spécifiques de la population de montagne

#### **RÉSULTATS**

1. La réduction des inégalités sociales et sanitaires des habitants en zone de montagne
2. L'amélioration de la qualité de vie et de santé des cibles identifiées
3. Le développement d'un nouveau modèle d'organisation d'assistance à l'intérieur du territoire et la définition de parcours de soins et de traitement, intégrés et transversaux aux différents acteurs impliqués

#### **OBJECTIFS**

1. Créer et mettre en œuvre des services locaux en direction des communautés, grâce à des professionnels, des soignants, des réseaux informels de solidarité et de nouvelles technologies (consultation à distance / surveillance à distance / téléphysiothérapie)
2. Permettre aux communautés d'accroître l'«empowerment» et le lien social dans les territoires afin de poursuivre une idée de « bien-être»,
3. Favoriser l'intégration entre l'hôpital, le territoire et la médecine intégrative.

### *Autres sujets impliqués*

- Département de la Savoie
- Département de la Haute-Savoie (statut d'observateur)
- Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes
- Région Auvergne-Rhône-Alpes
- Assessorat de la santé, du bien-être et des politiques sociales
- CPEL – Consiglio Permanente degli Enti Locali – Valle d'Aosta
- Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) de Haute Tarentaise (statut d'observateur)
- Association M'Atome de la maison de santé d'Aime (statut d'observateur)
- Mutualité Sociale Agricole Alpes du Nord
- CSV Onlus Valle d'Aosta
- Federazione Regionale delle Organizzazioni di Volontariato del Soccorso della Valle d'Aosta
- Association CARD (confédération des associations régionales du district) de la Vallée d'Aoste

## WP1 - GOUVERNANCE ET GESTION ADMINISTRATIVE

<b>Description</b>	Unifier, intégrer toutes les actions de coordination, de gestion du projet au niveau transfrontalier dans ses diverses formes (opérationnelle, technique, administrative et financière) pour assurer la mise en œuvre des activités dans certains délais, conformément au budget et selon les objectifs fixés.	
<b>Coordinateur WP</b>	AUSL VdA	
<b>Activités du WP</b>	Activité 1.1	Gouvernance transfrontalière
	Activité 1.2	Gestion budgétaire
	Activité 1.3	Evaluation d'impact

### Activité 1.1 Gouvernance transfrontalière

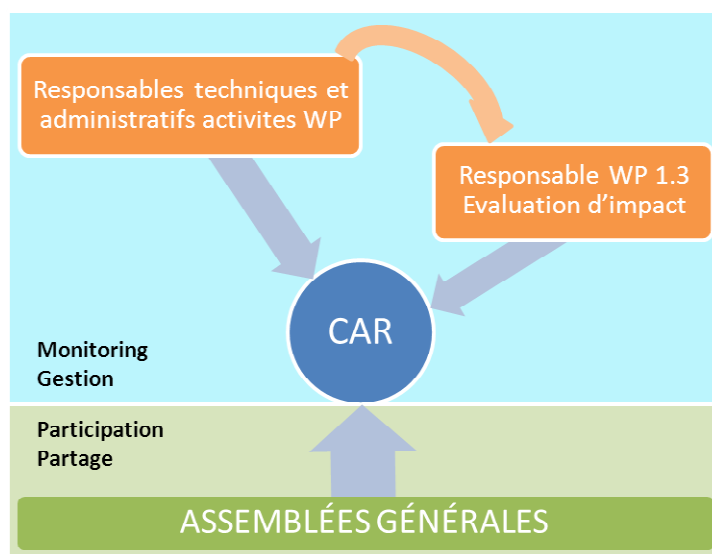
#### *Objectif de l'activité*

Fonder une organisation efficace pour gérer le projet, avec une attention spéciale aux aspects de coordination, financiers, logistiques, de renseignement et de conformité aux procédures du programme Interreg V-À Italie-France ALCOTRA.

On constituera une CHAMBRE DE CONTROLE TRANSFRONTALIERE (CAR) pour assurer au partenariat une structure de gouvernance commune, stable et multidisciplinaire. Pour le bon résultat du projet et, surtout, pour appuyer les bases de sa durabilité et modélisation, il sera, en outre, indispensable de prévoir des moments d'implication de tous les acteurs qui, directement ou indirectement, sont concernés par la réalisation des objectifs du projet. On peut le synthétiser dans la volonté de mettre en action des opérations afin de favoriser le développement de services sanitaires et sociaux conformes aux exigences de la population transfrontalière.

Nous avons ainsi prévu la convocation d'une ASSEMBLEE GÉNÉRALE du projet, coordonnée par le CAR et ouverte aux sujets du territoire impliqués, à différents titres, dans les actions du projet : administrateurs locaux, volontaires, médecins généralistes, opérateurs socio-sanitaires professionnels.

#### *Le détail du contenu*



## **CHAMBRE DE CONTROLE (CAR)**

La chambre de contrôle transfrontalière (CAR) se compose des représentants de l'AUSL VdA, de l'APTV, l'Ifremmont, PdZ et d'un représentant pour les trois partenaires territoriaux que ce sont l'EHPAD d'Aime, l'EHPAD de Bozel et le CHAM.

Les autres sujets impliqués pourront être invités aux réunions du CAR.

Les responsables techniques et administratifs des différentes activités devront faire un rapport à leur représentant dans la CAR sur le déroulement des actions prévues dans le WP.

Pour approuver le projet, on organisera une première réunion de la CAR kick-off meeting. La réunion décidera du démarrage effectif du projet afin de :

- Confirmer les points de contact pour les questions administratives et techniques des WP 2/3/4;
- Définir le calendrier des réunions de CAR;
- Définir les règles relatives à la convocation des réunions et la gestion de la communication interne dans le partenariat;
- Etablir des procédures pour assurer la coordination et le suivi de l'avancement du plan opérationnel et financier;
- Définir la fréquence et la typologie des documents sur l'avancement des activités prévues dans le WP par les représentants respectifs des questions techniques.

Pendant les **36 mois** du projet, la CAR devra:

- Organiser le démarrage coordonné des activités ;
- Valider le programme de travail des différentes activités qui composent le projet;
- S'occuper du bon déroulement du projet et de sa mise en œuvre, assurant, avant tout, le partage des décisions pour une gestion efficace des activités transfrontalières;
- Assurer l'intégration interne et externe, le respect des programmes et des échéanciers de travail, l'optimisation des ressources humaines et financières accordées au projet;
- Assurer le contrôle technique, économique et administratif du projet;
- Coordonner l'échange d'informations entre les partenaires, en utilisant la plateforme prévue dans le WP2.1 ;
- Coordonner toutes les initiatives d'information, la sensibilisation, la communication relative au projet avec le responsable du WP 2;
- Rassembler, grâce à l'assistance technique du chef de file et en collaboration avec les structures de chaque partenaire, les informations nécessaires pour présenter des rapports d'étape du projet;
- Formuler toute proposition visant à améliorer la planification et l'organisation de la coopération transfrontalière.

Nous avons prévu **huit** réunions du CAR : une au début, une tous les six mois, une finale ; d'une demi-journée chacune. 4 réunions seront organisées par le chef de file, 4 par l'APTV.

L'opération, l'animation et le secrétariat de l'instance de contrôle seront effectués par le chef de file (convocation des réunions, les ordres du jour, les procès-verbaux et les conclusions ; la préparation des réunions et des documents de travail ; la préparation de la synthèse et des rapports d'activité ; la gestion des relations entre les partenaires du projet et avec les institutions impliquées dans sa mise en œuvre ; notifications au programme de gestion Alcotra de l'Autorité; etc.).

## **ASSEMBLÉES GÉNÉRALES**

La prévision de l'Assemblée générale a été déterminée par la nécessité de renforcer le partage avec les communautés impliquées dans la réalisation de MisMi, afin de construire un modèle d'intervention le plus cohérent possible par rapport aux exigences locales.

L'Assemblée se réunira trois fois au cours du projet : au début, au milieu et à la fin des trois ans. Chaque territoire définit les procédures pour la convocation de l'Assemblée et les participants. Les conclusions et les suggestions apparues dans les différentes assemblées territoriales seront discutées à l'intérieur du CAR et intégrées dans le contenu du projet.

### **Indicateurs**

<b>Indicateurs</b>	<b>Cible</b>
Réunions de la CAR	8 (4 en Italie et 4 en France)
Définition d'outils utilisés par les partenaires et nécessaires à la gestion opérationnelle du projet et le suivi des progrès économiques globaux	
Rapports annuels des progrès des activités (PAR.11.7 DOMO) (En février 1 année suivant l'année de référence)	4
Réunions des assemblées générales pour chaque territoire	Au moins 3
Rapport final d'exécution	1

## **Activité 1.2 Gestion financière**

### **Objectif de l'activité**

Assurer un contrôle efficace de toutes les ressources disponibles pour le projet pour la mise en œuvre des activités en conformité avec le plan et les spécifications de la documentation du projet de travail ; préparer des rapports sur les progrès financiers ; transmettre l'état des dépenses pour les services de contrôle ; exiger le paiement de frais et toutes les modifications aux dépenses du FEDER.

### **Le détail du contenu**

Tous les partenaires doivent maintenir une comptabilité séparée pour le projet et doivent constamment la mettre à jour ; ils réalisent des dépenses pour la mise en œuvre du projet selon le programme prévu et produisent des états semestriels de dépenses et les transmettent aux services de contrôle via Synergie.

En outre, ils transmettent au chef de file les informations nécessaires à la préparation de la carte des progrès de travail et donnent communication de tout changement dans le budget.

Le chef de file développe et utilise un système de surveillance budgétaire afin de mieux vérifier l'avancement des dépenses.

### **Indicateurs**

<b>Indicateurs</b>	<b>Cible</b>
Déclarations de dépenses	6 (1 tous les 6 mois)

## **Activité 1.3 Evaluation d'impact**

### **Objectif de l'activité**

L'activité vise à mettre en œuvre un processus d'évaluation de l'ensemble du projet en examinant en détail l'analyse coûts / avantages et l'évaluation de l'impact net du projet.

### **Le détail du contenu**

Le processus d'évaluation prend la forme d'un examen approfondi du projet et va envisager des effets encore plus positifs, par exemple, des données utiles pour améliorer la conception du système et du service, la mise en œuvre, l'allocation des ressources. Au cours du projet, on considèrera des moyens alternatifs pour la prestation de services de téléconsultation, de télémédecine et de téléphysiothérapie, avec une comparaison avec les meilleures pratiques et procédures dans l'état actuel de la technique.

Plus précisément, les activités comprendront:

- **Évaluation du processus.** On évalue le projet en termes de conformité au projet, comme prévu par les bénéficiaires, établi par les normes et les procédures opérationnelles. Cette activité se traduit ainsi:
  - Description détaillée de la mise en œuvre du projet
  - Comparaison des méthodes pour la mise en œuvre prévue vs réalisée
  - L'analyse des causes de désalignement
- **L'analyse coût / bénéfice.** L'analyse coût / efficacité vise à déterminer les coûts engendrés pour atteindre chaque objectif du projet considéré. En particulier, les résultats sont rapportés comme:
  - Définition de tous les coûts associés au projet
  - Valeur estimée du projet
  - Comparaison "value for money"
- **Analyse d'impact.** Elle vise à vérifier l'impact net du projet en comparant les effets générés par le projet et ce qui se passerait en l'absence du projet sur la base de facteurs / variables extérieures. Particulièrement :
  - Comparaison entre les effets attendus et les conséquences (négatives) non fournies
  - Estimation de l'effet net du projet
  - Définition des relations de causalité entre les effets observés et les interventions.

En plus, on définit « qu'est-ce qu'on évalue » dans le cadre du projet et « comment » procéder à l'évaluation. Dans la vaste littérature théorique et opérationnelle, il est d'usage de distinguer les méthodes quantitatives et les méthodes qualitatives.

- Les méthodes quantitatives sont basées sur l'utilisation d'une approche déductive hypothétique par laquelle nous construisons les hypothèses d'interprétation et nous évaluons dans quelle mesure l'observation directe « confirme » ces hypothèses. Pour le projet, y compris les méthodes quantitatives, il est pris en compte une « évaluation quasi-expérimentale ». L'évaluation découle de l'examen et de la comparaison d'un ensemble de variables avant et après l'administration du projet. Cette méthode est réalisée dans la construction et l'analyse des valeurs de séries chronologiques Z1, Z2, Z3, ..., ZN assumées par la variable "z" sur laquelle il est prévu que le projet exerce son « influence » [Nasi, Volterrani "L'évaluation des impacts sociaux des projets d'associations volontaires. Proposition pour un modèle "].
- Les méthodes qualitatives, telles que, par exemple, les études de cas, nécessitent une forte implication dans la collecte des données et informations pertinentes à la description et l'interprétation du projet et de ses effets.

### Indicateurs

Les indicateurs d'impact de 1.3 sont les principaux résultats obtenus dans les différentes étapes de l'évaluation mentionnée ci-dessus.

Indicateurs
Description détaillée de la modalité de mise en œuvre du projet
Comparaison des méthodes de mise en œuvre prévues vs réalisées et l'analyse des causes de désalignement
Définition de tous les coûts associés au projet et estimation de la valeur des effets du projet, avec une comparaison "value for money"
Comparaison entre les effets attendus et les conséquences (négatives) non fournies
Estimation de l'effet net du projet
Définition des relations de causalité entre les effets observés et les interventions réalisées

### Budget WP 1

Partenaires	2016	2017	2018	2019	Total
AUSL	€ 6.784	€ 10.303	€ 10.542	€ 8.129	€ 35.758
PDZ	€ 10.126	€ 20.102	€ 20.102	€ 10.126	€ 60.456
ISMB	€ 9.837	€ 16.320	€ 17.040	€ 11.219	€ 54.416
APTV	€ 750	€ 19.194	€ 19.194	€ 12.372	€ 51.510
IFREMMONT	€ 2.993	€ 9.286	€ 9.286	€ 6.293	€ 27.858
CHAM	€ 2.274	€ 5.548	€ 5.548	€ 3.274	€ 16.644
EHPAD LA MAISON DU SOLEIL (D'AIME)	€ 2.274	€ 5.548	€ 5.548	€ 3.274	€ 16.644
EHPAD LA CENTAUREE (BOZEL)	€ 2.274	€ 5.548	€ 5.548	€ 3.274	€ 16.644
<i>Total</i>	€ 35.038	€ 86.301	€ 87.260	€ 54.687	€ 263.286

## WP2 - COMMUNICATION

<b>Description</b>	Contribuer à la réalisation du projet à travers la communication des objectifs généraux, l'incitation des bénéficiaires à participer aux actions et la diffusion et exploitation des résultats	
<b>Coordinateur WP</b>	AUSL VdA	
<b>Activité du WP</b>	Activité 2.1	Communication du projet et participation de la communauté
	Activité 2.2	Diffusion et exploitation des résultats du projet

### Activité 2.1 Communication du projet et participation des collectivités

#### *Objectif de l'activité*

La stratégie de communication prévoit de transmettre un «cadre» de référence du projet qui valorise les actions individuelles qui la composent. Une fois connu et partagé sur le but de contribuer à la lutte contre le dépeuplement dans les zones de montagne, les opérateurs et les bénéficiaires pourront jouer un rôle actif dans la mise en œuvre des services locaux sur le territoire.

Aujourd'hui, d'une part, la technologie de l'information et des télécommunications permet de nouvelles formes de participation et d'action collective pour les citoyens intéressés à contribuer au bien-être de leurs communautés, d'autre part, les administrations sont appelées à identifier de nouvelles approches et de nouvelles économies dans la gestion des projets de services publics d'intérêt collectif.

Le rôle donné à la communication est de favoriser un climat de confiance mutuel à l'intérieur des communautés et avec les opérateurs des services sanitaires et sociaux. La communication prévue ne vise pas seulement à promouvoir un service, mais à activer des processus internes aux communautés de la région de référence à travers le partage des connaissances, l'évaluation des besoins réels et la création de liens entre les gens. Il est à espérer, de cette manière, la «start-up» de bonnes pratiques durables, reproductibles et réalisables, même après la période de financement du projet.

La communication sera donc: coordonnée, basée principalement sur les réseaux sociaux et l'échange entre pairs et l'optimisation des outils de communication déjà utilisés par les partenaires.

En conséquence, les orientations stratégiques sont les suivantes : une communication coordonnée et contextualisée ; une communication « below-the-line» basée sur les réseaux sociaux et l'échange entre pairs ; l'optimisation des outils de communication déjà utilisés par les partenaires.

#### *Le détail du contenu*

Les actions et les outils de communication sont choisis en fonction du développement de la zone de montagne isolée ou périphérique, des gens et des communautés. Plus précisément, on prévoit:

##### *Conception de l'identité et du matériel de communication*

- L'identité ou marque coordonnée (présentations, badges ou pins pour les opérateurs, les adhésifs, shopper) qui développent le concept du projet.
- Site Web contenant la description du projet, les objectifs, les progrès, les statistiques anonymes par rapport aux résultats obtenus, les liens vers les pages sur les réseaux sociaux mises en œuvre par les groupes communautaires impliqués, un extrait du contenu sur les réseaux sociaux.

##### *Les sites de communication*

- Réels – à travers la distribution de messages personnalisés et imprimés selon les différents besoins des communautés à partir de formats graphiques communs (affiches, cartes postales,



signets) pour soutenir les gens qui habitent le territoire à partager les messages de communication qui valorisent l'environnement comme cadre de santé.

- Virtuels - par l'intermédiaire du site web, les médias locaux et les plateformes en ligne, réseaux sociaux et de partage de vidéos.

#### Personnes

- Création de groupes sur les principaux réseaux sociaux correspondant aux communautés physiques impliquées dans le projet. Les réseaux numériques stimulent les réseaux physiques de relations et d'organisation, car ils permettent un échange rapide des connaissances et le partage de l'information, la diffusion et l'utilisation des services grâce à des applications spécifiques ou App (par exemple, mur, calendrier partagé, banque de temps, rendez-vous sanitaires, recettes, groupes d'achat, valorisation des produits km0, « social eating »).
- Les bénéficiaires des interventions sont les protagonistes de la communication, par exemple, avec des interviews pour des éditoriaux dans les journaux locaux, des vidéos auto-réalisées, la modération et l'animation par des «peer» de pages sur les réseaux sociaux. La fidélité de ceux qui sont impliqués est basée sur des évaluations périodiques à travers les « social network » et à travers la distribution de gadgets en ligne avec les questions traitées (par exemple podomètres ou bracelets électroniques qui surveillent la distance, le rythme cardiaque, heures de sommeil, etc ...).
- Pour les opérateurs de tous les partenaires, on réalisera une plate-forme pour le partage des documents et, plus généralement, des ressources à travers une zone réservée du site.
- Pour être reconnus, les opérateurs sur le territoire porteront un badge ou une broche qui les distingueront.

Les outils de communication des partenaires, qui devront être réalisés, en lien avec la stratégie et déjà enracinés dans le territoire et connus par les bénéficiaires du projet sont les suivants:

- 1 spot transmis périodiquement dans les bureaux de l'USL Vallée d' Aoste
- 1 chronique régulière dans le bulletin du document distribué par l'USL Vallée d' Aoste
- 4 éditoriaux sur les journaux locaux dans le Val d'Aoste
- Rapport sur 6 sites institutionnels (administration régionale, Commune d'Aoste, unités des communes concernées)
- Alertes sur les 8 tableaux d'affichages à l'intérieur des huit bureaux régionaux des guichets sociaux
- Alertes sur les 2 tableaux d'affichages à l'intérieur des bureaux des bibliothèques municipales d'Aoste
- 1 rubrique à l'intérieur du bulletin de l'APTV et de la Communauté des Communes des Versants d'Aime
- 1 section des sites Internet de l'APTV et de la Communauté de Communes des Versants d'Aime dédiée au projet Alcotra
- Articles dans la presse locale de la Tarentaise

#### Indicateurs

Indicateur	Cible
Disponibilité du site Internet	24h sur 24, 7 jours sur 7
Nombre d'accès au site Internet	Au moins 1500
Nombre de réseaux sociaux employés	Au moins 2
Nombre de post/pages sur le site Internet	Au moins 25
Nombre de post des opérateurs sur les réseaux sociaux	Au moins 50
Nombre de contacts avec les utilisateurs	Au moins 100
Nombre de «peer» actifs dans la modération et dans la mise à jour des post	Au moins 4
Nombre d'articles de presse (y compris ceux en ligne)	Au moins 10

## Activité 2.2 Diffusion et exploitation des résultats du projet

Le site du projet, les pages des réseaux sociaux et les outils déjà utilisés par les partenaires dans la mise en œuvre du projet seront employés pour diffuser les résultats obtenus.

Il y aura une réunion pour le rendement et le rapport à la fin du projet (un événement avec la participation de ceux qui sont impliqués à la fois dans les territoires italiens et français) qui fournira des indications relatives aux activités réalisées (services de proximité sociaux et sanitaires et technologies innovantes).

Selon les résultats obtenus par le projet, des conférences et/ou des revues scientifiques pertinentes seront individualisées afin de publier la méthodologie des projets et les résultats obtenus.

### *Indicateurs*

<b>Indicateurs</b>	<b>Cible</b>
Nombre d'articles de presse ( y compris ceux en ligne)	Au moins 5
Nombre d'articles scientifiques publiés dans les conférences ou sur les magazines spécialisés	Au moins 2
Nombre de participants à la conférence	Au moins 100

### *Autres sujets impliqués dans WP*

Les médias locaux

### *Budget WP 2*

<b>Partenaire</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>Total</b>
AUSL	€ 10.366	€ 15.360	€ 14.317	€ 19.669	€ 59.712
PDZ	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0
ISMB	€ 11.800	€ 5.370	€ 10.230	€ 11.090	€ 38.490
APTV	€ 0	€ 2.000	€ 3.000	€ 23.000	€ 28.000
IFREMMONT	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0
CHAM	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0
EHPAD LA MAISON DU SOLEIL (D'AIME)	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0
EHPAD LA CENTAUREE (BOZEL)	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0
<i>Total</i>	<i>€ 22.166</i>	<i>€ 22.730</i>	<i>€ 27.547</i>	<i>€ 53.759</i>	<i>€ 126.202</i>

## WP3 - SERVICES DE PROXIMITÉ: RESEAUX SOCIAUX ET SANITAIRES

<b>Description</b>	Adopter et développer des méthodes de travail proactives de proximité afin d'empêcher le dépeuplement des zones de moyenne et haute montagne et en particulier de la population à risque de fragilité sanitaire et sociale. Expérimenter une approche transfrontalière qui valorise le potentiel et les particularités des contextes.	
<b>Coordinateur WP</b>	PdZ	
<b>Activités du WP</b>	Activité 3.1	Ateliers transfrontaliers de formation
	Activité 3.2	Services de proximité sociaux
	Activité 3.3	Services de proximité sanitaires

### Activité 3.1 Ateliers transfrontaliers de formation

#### *Objectifs de l'activité*

1. Partager des objectifs transversaux en ce qui concerne la cartographie des territoires avec des perspectives complémentaires
2. Identifier les destinataires communs sur lesquels on peut intervenir avec différentes stratégies
3. Développer et / ou améliorer les compétences professionnelles et les compétences sociales pour surmonter la spécialisation des rôles et des connaissances
4. Diffuser les connaissances techniques spécialisées communes
5. Sensibiliser à l'éducation sanitaire (health literacy)

#### *Le détail du contenu*

Cette action a été développée pour toute la durée du projet. Sa création est liée au développement des actions 3.2 et 3.3 et des actions prévues dans le WP4, non seulement parce que la participation des professionnels est essentielle (ils concrétiseront les modèles et les méthodologies opérationnelles, proactives et innovantes de proximité sur lesquelles se base le projet Mismi), mais aussi le renforcement de la dimension transfrontalière en vue d'une comparaison par des pairs, essentielle pour jeter les bases de la durabilité du modèle.

Il est important de noter que la formation prévue concerne un groupe italien / français composé d'environ 10 personnes directement impliquées dans les activités du projet (par exemple, les opérateurs sanitaires / sociaux) qui devront assister à l'ensemble des sept séances de formation prévues.

Ce groupe de professionnels formés devra partager la formation reçue afin d'atteindre tous les destinataires prévus (voir les indicateurs). Il est trop complexe, logistiquement et économiquement, de faire participer un grand nombre de professionnels au sein de la formation transfrontalière. C'est pourquoi, la formation sera destinée à une partie active des professionnels et opérateurs, des «facilitateurs». Les "facilitateurs" devront partager avec des collègues la formation qu'ils ont reçue, en utilisant les mêmes outils de communication fournis par MisMi.

On prévoit la présence d'un tuteur qui accompagnera les étudiants pour la durée du cours. Le tuteur, avec ses fonctions spécifiques, pourra assurer une vision d'ensemble du processus, encourager l'interaction entre les étudiants et les enseignants, en favorisant aussi l'émergence, la systématisation des connaissances et les compétences développées pendant tout le parcours. Ces acquis pourront ensuite être partagés avec les collègues qui ne sont pas directement impliqués dans la formation.

La première phase de l'action, prodromique à toutes les mesures prévue dans le WP 3 et 4 couvrira l'analyse comparative des données recueillies dans les territoires, en utilisant des méthodes adaptées aux spécificités des différents contextes et communautés.

Grâce aux données révélées dans la première phase, il sera possible d'identifier, dans les différents territoires, une cible de bénéficiaires ayant des caractéristiques communes sur lesquelles intervenir avec des stratégies de "prises en charge" différentes, y compris les formes de télémédecine comme dans le WP4.

Les activités d'évaluation rigoureuses prévues dans WP1 permettront de mesurer les résultats et les impacts des différentes stratégies mises en œuvre dans leurs domaines de compétence en termes d'efficacité, d'efficience, et de durabilité. Elles indiqueront les outils nécessaires pour construire de bonnes pratiques transférables à d'autres contextes de montagne sur le territoire européen.

Les ateliers de formation serviront à favoriser le développement et le renforcement, dans une perspective transfrontalière, des compétences et des connaissances nécessaires pour la mise en œuvre du modèle proposé, avec des interventions sur la dimension organisationnelle à la fois macro et micro (performance organisationnelle / performance individuelle).

La définition du plan de formation découle de l'analyse préliminaire des besoins actuels et futurs de développement professionnel des opérateurs sociaux, sanitaires et de proximité impliqués.

La mise à disposition d'un document relatif à l'éducation sanitaire est importante et adaptée aux objectifs du projet. Les données de la littérature et les premières expériences menées sur le terrain montrent qu'il est crucial et important de prêter une plus grande attention à la communication afin d'avoir des citoyens informés, et plus sensibilisés à l'adoption de modes de vie sains. A partir de cet aspect, non seulement ceux qui sont directement concernés tirent avantage de cela, c'est à dire les patients et leurs familles, mais aussi l'équipe d'opérateurs sanitaires qui seront en mesure d'être compris et auront un moindre risque de malentendu, avec un investissement plus efficace en termes de temps et de ressources.

Nous prévoyons d'organiser sept séances de formation avec le contenu suivant :

- Analyse des besoins des collectivités locales et du réseau communautaire présent (formels et informels)
- Identification des destinataires cibles sur lesquels intervenir avec différentes stratégies
- Le travail de la communauté : la promotion des réseaux du territoire et des stratégies d'animation sociale
- La conception des interventions et des services locaux avec les réseaux du territoire
- L'intégration sociale et sanitaire dans les interventions de la communauté et de la médecine d'initiative
- Les nouvelles technologies de la télémédecine pour l'innovation du territoire
- L'éducation sanitaire (health literacy)

### **Cibles**

Les bénéficiaires de la formation sont les opérateurs employés dans le système / service intégré de proximité et les opérateurs du territoire qui travaillent localement et spécifiquement:

- Le service social (travailleurs et bureau du service social)
- Les services sociaux du territoire
- Infirmières de famille
- Les dirigeants des communautés
- Les représentants des réseaux locaux
- Les représentants de la communauté de la télémédecine et de l'hôpital
- Professionnels de santé des maisons / pôles de santé
- Les services de soins à domicile
- L'association Les Petits Frères des Pauvres des Versants d'Aime

- Les associations locales d'animation
- Le Conseil Local de Développement, Assemblée de Citoyens en Tarentaise

### *Indicateurs*

Indicateurs	Cible
Carte des besoins sociaux et sanitaires intégrés des territoires et l'identification des destinataires cibles communs	
Sessions de formation pour les opérateurs des services cibles de l'initiative (3 en 2016, 2 en 2017 et 2 en 2018. 4 formations en France (2 Bourg St Maurice - 2 Chamonix) et 3 formations en Italie (2 La Thuile et 1 Aoste)	7
Suivi des cours pour le 80% de destinataires de la formation	Au moins 70%
Opérateurs italiens mobilisés	50
Opérateurs français mobilisés	20
Brochure bilingue publiée sur le site Web qui illustre le modèle d'intégration des services sociaux et sanitaires et le processus qui a conduit à la réalisation du projet	1

## Activité 3.2 Services de proximité sociaux

### *Préambule*

Le développement des actions mises en œuvre conjointement en Tarentaise et dans la Vallée d'Aoste se complètent mutuellement et favorisent la réalisation du modèle intégré fourni par Mismi. Les impacts des mesures prises dans les domaines ciblés feront émerger quelles sont les meilleures pratiques du modèle testé, exportables à d'autres territoires confrontés aux mêmes problématiques. Pour la réussite du projet, il est donc important de mettre en évidence la complémentarité et la synergie entre les différentes activités et leurs sources de financement, qui contribuent aux stratégies de développement du territoire et de l'objectif global.

### *Objectifs de l'activité*

- Cartographie des besoins sociaux
- Prise en charge effective de ces besoins
- Un répertoire actualisé des ressources et des réseaux déjà présents sur le territoire
- L'autonomisation des communautés
- L'intégration sociale et sanitaire et la modularité des réponses

### *Le détail du contenu*

#### **En Tarentaise**

L'APTIV pour la mise en œuvre de mesures de proximité sur son territoire utilise des fonds en vertu d'un contrat avec le Département de la Savoie (CTS) et le programme LEADER. En outre, pour développer un projet de santé territorial (diagnostic territorial de santé et plan d'actions) et pour assurer le développement des services qui répondent aux besoins prioritaires des bénéficiaires, l'APTIV élabore depuis 2013 un Contrat Local de Santé (CLS) (voir le paragraphe sur l'origine du projet, le contexte et l'importance de la coopération transfrontalière). Ces deux instruments contribuent à la mise en réseau des professionnels sociaux et de santé.

Pour la construction du modèle intégré, les activités menées en Tarentaise sont :

- Étudier la faisabilité du développement des systèmes de « veille sociale » dans les 4 autres « Communautés de Communes » ;
- Faciliter l'émergence d'initiatives pour les liens sociaux dans le territoire, en particulier dans les zones les plus isolées ;

- Insérer dans le Contrat Local de Santé des projets de promotion de la santé, télé-surveillance et de soutien au personnel soignant qui peuvent contribuer au soutien à domicile des personnes vulnérables.

Les cibles identifiées et les sujets impliqués en Tarentaise rendent la comparaison avec les actions mises en œuvre en Vallée d'Aoste fonctionnelle et constructive dans la construction du Modèle Intégré de la Santé pour une Montagne Inclusive :

- Personnes isolées ou à risque d'isolement ;
- Les administrateurs et les professionnels dans le domaine social et de santé des communautés locales : municipalités et "communautés de communes" ;
- Les associations locales ;
- Les services de soins à domicile ;
- L'Association les Petits Frères des Pauvres ;
- Le Conseil Local de Développement.

### ***En Vallée d'Aoste***

En tant qu'instrument de programmation des politiques sociales de la Vallée d'Aoste, le Plan de Zone a pour but ultime de rendre les territoires plus sensibles aux besoins et aux demandes de ses habitants, d'éviter l'inconfort, de renforcer la cohésion et l'inclusion sociale (avec une attention particulière aux groupes vulnérables et isolés) et les réseaux de solidarité. Par rapport à la présente organisation, MisMi expérimente la figure opérative spécifique d'animateur de la communauté et le développement d'équipes territoriales multi-professionnelles de base (agent de « front line » et service social professionnel du guichet social et du territoire, animateur de la communauté, un infirmier de famille) et /ou spécialistes.

Les objectifs de l'animateur de la communauté sont:

- Améliorer la connaissance des besoins et des ressources du territoire ;
- Faciliter l'accès à l'information sur les services de la santé et sociaux, l'assistance sociale et l'accès à ces services ;
- Activer les interventions de prise en charge des situations urgentes en satisfaisant les besoins fondamentaux et quotidiens ;
- Renforcer et stimuler le réseau des relations, à la fois formel et informel dans la région de l'interaction avec le réseau des services institutionnels ;
- S'intégrer avec le service de guichet social, avec le service social local et l'infirmier de famille.

Il est prévu d'employer trois animateurs de communauté et d'assurer la coordination des activités des animateurs à l'aide du service de guichet social.

Les animateurs de la communauté poursuivront les activités suivantes :

- Mappage des domiciles des familles visant à renforcer la fonction d'observatoire portée par le guichet social et élargir la connaissance de la région et l'activité de détection des besoins ;
- Diffusion d'informations utiles en matière de santé et de services sociaux dans la région et modalités pour y accéder visant à renforcer la fonction de l'accès aux informations et aux services sociaux et de santé et des services d'assistance régionale en s'appuyant sur le service de guichet social ;
- Accès direct à la prise en charge par l'assistant social de guichet pour les citoyens fragiles et dans des conditions difficiles. Activation des interventions de prise en charge des situations d'urgence en satisfaisant les besoins fondamentaux et quotidiens, supports à l'action de gestion des urgences sociales en s'appuyant sur le service de guichet social ;
- Organisation et participation aux rencontres des ressources locales pour la valorisation du réseau de relations, à la fois formelles et informelles, et la promotion de la coopération entre les services

institutionnels et les ressources informelles présentes au niveau local visant à renforcer les fonctions de soin des communautés de citoyens;

- Participation aux équipes multi-professionnelles organisées avec tous les membres du réseau et diversifiées selon les activités qui doivent être poursuivies, visant à la mise en place de pratiques communes et de débats sur les dynamiques territoriales détectées.

### *Indicateurs*

<b>Indicateurs</b>	<b>Cible</b>
Augmentation des données d'accès annuel au service de guichet social renforcé grâce à l'intégration et la coopération avec l'animateur de la communauté, par rapport aux trois années précédant le début du projet	Au moins 5%
Augmentation de nouvelles situations obtenues par les animateurs de communauté pas encore prises en charge par les services sociaux et de santé, par rapport aux trois années précédant le début du projet	Au moins 5%
Réunions par an pour chaque équipe multi-professionnelle locale	Au moins 3

## **Activité 3.3 Services de proximité sanitaires**

### *Préambule*

Le point de départ commun, pour cette action, est la preuve majeure de l'efficacité des interventions qui ont lieu dans les "lieux de vie" par rapport à ceux qui se limitent à des "lieux de maladie".

Selon le modèle Mismi, les professionnels de la santé jouent un rôle proactif pour intercepter les besoins de santé et s'accordent sur une stratégie d'intervention qui tient compte à la fois de la spécificité de l'objet (modes de vie, pathologies) pris en charge et du contexte dans lequel la personne vit (isolement géographique, personnel soignant, famille, réseaux de soutien) afin de faciliter l'activation des ressources individuelles nécessaires pour la guérison et/ou le maintien du bien-être.

Mismi amplifie les activités menées en Tarentaise, offrant la possibilité de les intégrer à l'essai d'un processus de prise en charge structurée, fondée sur les principes de la médecine d'initiative.

### *Objectifs de l'activité*

- Promouvoir la médecine d'initiative
- Améliorer la prise en charge des malades chroniques
- Faire de la promotion en matière de santé
- Promouvoir l'intégration entre l'hôpital et le territoire
- Renforcer les ressources déjà présentes sur le territoire

### *Le détail du contenu*

#### **En Tarentaise**

Les services de proximité sanitaires qui se développent dans les territoires français dérivent d'une grande expérience et d'un fort soutien législatif. Le projet de loi de santé publique d'octobre 2014 fournit une vue plus large de la santé qui intègre la prévention et la promotion de la santé avec une approche qui implique activement les citoyens-utilisateurs.

En France, en particulier, le système de proximité est caractérisé par des professionnels de santé qui se regroupent de plus en plus souvent pour exercer leur activité dans des pôles de santé, des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), ou des centres de santé. Ces regroupements sont des points d'appui intéressants pour une démarche de participation, car :

- ils sont accessibles et ouverts à tous ;
- leurs missions relèvent d'une approche globale de la santé qui inclut, outre le soin, la prévention et la prise en compte des déterminants de santé (conditions de vie, etc.) ;

- le projet de santé qu'ils établissent les amène à réfléchir à une approche collective de la santé, au-delà de la seule relation individuelle de soin ;
- ils sont naturellement en lien avec les autres acteurs de santé du territoire, les décideurs locaux (municipalités) et les instances politiques de santé au niveau local (ARS...).

Les maisons de santé, qui sont directement impliquées dans le projet, peuvent être un lieu d'accroche propice à l'expérimentation d'une infirmière de santé publique dédiée au territoire.

Par conséquent, leur participation à Mismi est particulièrement stratégique et les différentes opportunités de discussion (WP1.1 et WP3.1) représentent un utile échange "en cours" des bonnes pratiques réciproques.

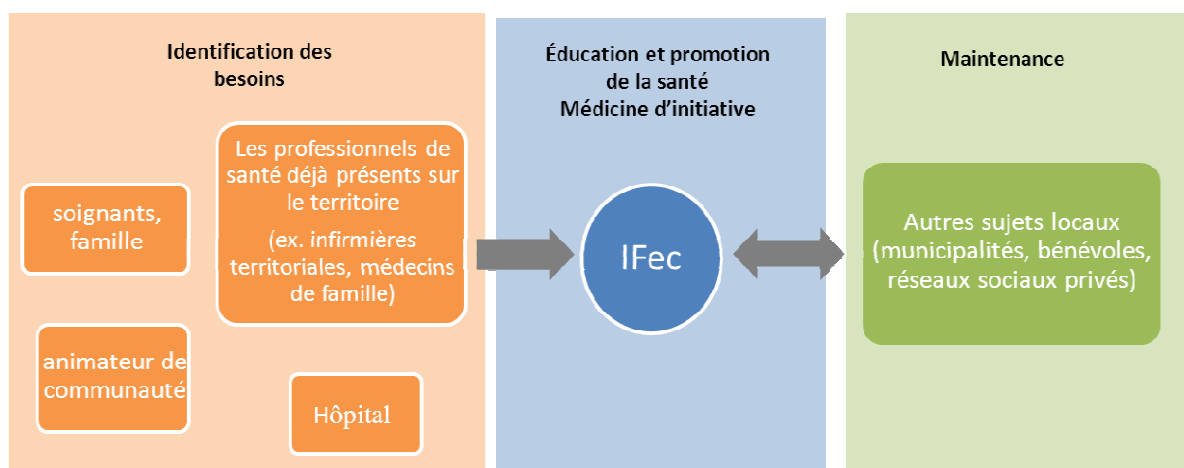
### **En Vallée d'Aoste**

L'IFeC est la figure sanitaire avec une formation spécifique qui intervient chez les patients et leurs familles pour faire face à la maladie, le handicap chronique et tout ce qui concerne la santé, en particulier avec des informations sur les facteurs de risque liés au mode de vie et aux comportements et la détection précoce des problèmes de santé. Elle connaît le fonctionnement des services sociaux, facilite les sorties précoces des hôpitaux et agit comme agent de liaison entre la famille et le médecin de soins primaires et d'autres professionnels de la santé.

Avec l'inclusion de la figure de l'Infirmière de la Famille et de la Communauté (IFeC) le modèle d'organisation des soins devient de réactif à proactif, suivant les principes de la médecine d'initiative. L'IFeC intervient chaque fois qu'est intercepté et signalé un besoin de santé correspondant à leurs compétences par :

- tous les professionnels de santé déjà en place (par ex. infirmières du territoire, les médecins de soins primaires, les opérateurs présents dans les cabinets de consultation), l'hôpital ;
- par la même IFeC au moment où elle se rend chez le patient et note que, par exemple, même les membres de la famille doivent être suivis par l'animateur de la communauté.

La prise en charge dure pendant la période nécessaire à l'autonomisation du patient notamment dans la gestion des maladies et l'adoption de modes de vie sains.



Ce modèle d'organisation a été partiellement testé sur 500 utilisateurs pour un traitement anticoagulant oral (OAT) avec des résultats positifs en termes de réduction des complications, d'hospitalisations et de nombre de tests de diagnostic. Avec Mismi, on entend :

- renforcer encore plus le rôle de l'éducation et de la promotion de la santé, ainsi que de la prévention accomplie par l'IFeC
- étendre la zone d'intervention
- prolonger les cas de patients intéressés à ces indications :



- **diabète** (estimés à environ 3.600 personnes dans la région en question)
- **hypertension** (estimés à environ 4.500 personnes dans la région en question)
- **maladies du cœur et de la circulation pulmonaire** (estimé à environ 1.800 à 2.000 personnes vivant sur le territoire, en raison d'environ 700 admissions hospitalières/an)
- **traitement anticoagulant oral** (estimé à environ 1.550 personnes dans la région en question)
- remplir les papiers administratifs (**SVAMA**) - pour la partie des soins infirmiers, aux côtés des volets sociaux et médicaux - pour l'insertion permanente ou temporaire d'utilisateurs dans les établissements résidentiels pour l'allocation de subventions ou l'insertion en ADI.

Avec la collaboration du Plan de Zone et le directeur de l'arrondissement, nous prévoyons l'organisation de moments périodiques de confrontation avec les autorités locales, les réseaux de solidarité privés et sociaux pour améliorer et donner continuité et cohérence à l'intervention de l'IFeC sur le territoire. Les Assemblées Générales prévues dans le WP1.1 représentent d'autres possibilités de discussion et d'intégration entre la figure de l'IFeC et les ressources territoriales.

### Indicateurs

Indicateurs	Cible
Baisse des hospitalisations et des hospitalisations après la sortie, à la fin des 3 ans du projet pour les maladies prises en charge	5%
Augmentation dans l'observance du traitement pour les patients pris en charge par l'IFeC par rapport à ceux avec la même maladie non prise en charge	Au moins 30%

### Budget WP 3

Partenaires	2016	2017	2018	2019	Total
AUSL	€ 16.322	€ 197.960	€ 192.615	€ 100.931	€ 507.828
PDZ	€ 19.988	€ 159.976	€ 159.976	€ 79.988	€ 419.928
ISMB	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0
APTV	€ 681	€ 2.362	€ 2.362	€ 1.000	€ 6.405
IFREMMONT	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0
CHAM	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0
EHPAD LA MAISON DU SOLEIL (D'AIME)	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0
EHPAD LA CENTAUREE (BOZEL)	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0
<i>Total</i>	€ 36.991	€ 360.298	€ 354.953	€ 181.919	€ 934.161

## WP4 – SERVICES DE PROXIMITÉ: TECHNOLOGIES INNOVANTES

<b>Description</b>	<p>Mise en œuvre d'un ensemble de services innovants pour servir les citoyens de la région de frontière en utilisant les technologies ICT comme support à la réalisation des activités de téléconsultation, de télésurveillance et de télé physiothérapie.</p> <p>Mettre la technologie au service des citoyens à travers la création d'applications qui soient inclusives à l'égard de la communauté et des institutions. En même temps, elles doivent améliorer la qualité des services sanitaires fournis d'une manière économiquement durable.</p>	
<b>Coordinateur WP</b>	Ifremmont	
<b>Activités du WP</b>	Activité 4.1	Définition des activités transfrontalières, des exigences, des processus et conception
	Activité 4.2	Téléconsultation
	Activité 4.3	Télémonitoring
	Activité 4.4	Téléphysiothérapie

### **Activité 4.1 Définition des activités transfrontalières, exigences, processus et conception**

#### **Objectif des activités**

Cette activité vise à assurer l'applicabilité des solutions technologiques proposées dans le WP4 sur tout le territoire de la région transfrontalière ALCOTRA.

#### **Le détail du contenu**

La pertinence des solutions technologiques proposées sera assurée par le partage des exigences de l'utilisateur au niveau transfrontalier et en faisant participer dans le processus de définition les opérateurs sanitaires compétents. Les solutions proposées seront conçues pour être compatibles avec les procédures des établissements sanitaires des partenaires impliqués. En conséquence, les protocoles de communication et les formats de données traitées seront sélectionnés selon le facteur commun des directives et des lignes directrices adoptées par tous les établissements sanitaires concernés.

De cette façon, la formation des opérateurs sera le résultat de la participation régulière à toutes les étapes du processus. Par la suite, les opérateurs formeront les patients et les soignants sur l'utilisation des appareils.

En outre, l'analyse technique sera aussi l'objet d'une «peer review» croisée afin de valider la méthode et le contenu au niveau technique. L'analyse technique des systèmes développés par les partenaires français sera ensuite validée par les partenaires italiens, et vice versa.

**ISMB:** responsable des activités et de la validation de l'analyse technique des solutions proposées par les partenaires français.

**AUSL VdA:** responsable des exigences fonctionnelles et du processus afin de garantir l'adoption des solutions proposées au niveau italien.

**APTIV:** responsable des exigences fonctionnelles et du processus afin d'assurer l'adoption des solutions proposées au niveau français.

**IREMMONT:** responsable de la validation de l'analyse technique des solutions proposées par les partenaires italiens.

## Indicateurs

Indicateurs	Cible
Les partenaires impliqués dans la définition des exigences fonctionnelles et du processus	Tous
Réunion pour la définition des besoins au niveau transfrontalier	Au moins 2
Peer-review techniques	2 (1 pour le côté français et 1 pour le côté italien)

## Activité 4.2 Téléconsultation

### Objectif des activités

Si l'accès à la médecine de famille en zone de montagne semble contrôlable par la mise en place de nouvelles organisations telles que les maisons pluridisciplinaires de santé, le problème de la sécurité sanitaire notamment en matière d'urgences médicales en nuit profonde (au-delà des heures d'ouverture de la maison médicale) n'est clairement pas résolu. De même, l'accès à l'expertise médicale est rendu quasi impossible, pour les résidents des EHPAD comme pour les habitants de Tarentaise, du fait de l'éloignement géographique et d'un tissu sanitaire insuffisant.

Il s'agira ainsi d'évaluer l'apport de la télémédecine en tant que facteur de maintien de l'égalité d'accès aux soins pour les populations âgées, ainsi que pour la population permanente.

Plus précisément, le projet visera à :

- Faciliter, développer et rendre plus efficient l'accès aux spécialistes tout en replaçant la personne âgée dépendante (PAD) au centre d'une prise en charge /parcours patient adaptés,
- Réduire les déplacements souvent source d'angoisse voire de désorientation pour la PAD,
- Favoriser la concertation entre l'équipe médicale-soignante de l'EHPAD et le spécialiste,
- Faciliter les organisations (meilleure planification des consultations EHPAD/Centre hospitalier),
- Faciliter l'accès à des avis spécialisés dans un cadre programmé comme non programmé pour les habitants de Tarentaise.

### Le détail du contenu

Les 6 premiers mois du projet permettront de préciser les organisations grâce à une large concertation territoriale (structures hospitalières locales, professionnels de santé libéraux...). Il s'agira d'identifier les besoins prioritaires et non satisfaits actuellement, pour lesquels la téléconsultation est la meilleure option pour la qualité de soins, le confort du patient, et l'apport d'une expertise spécialisée.

Les téléconsultations en EHPAD seront mises en œuvre selon les 2 cas d'usages suivants :

- L'accès à l'avis de médecins spécialisés (praticiens libéraux ou hospitaliers pour la gériatrie, la dermatologie, l'ORL, la cardiologie, l'ophtalmologie, voire la pneumologie...)
- La sécurisation de l'EHPAD en nuit profonde et les week-ends, par le médecin référent, par le médecin régulateur du centre 15.

Le déploiement de solutions de téléconsultations au sein des EHPAD, sera appréhendé dans une logique d'ouverture, en associant largement les acteurs locaux. Les médecins généralistes intégrés au projet pourront, au sein des EHPAD volontaires, avoir également accès à la station de téléconsultations pour améliorer la prise en charge de leurs patients qui nécessiteraient un avis spécialisé.

Le site de Moûtiers du CHAM a récemment été réorganisé, avec la fermeture des urgences, et la création d'un Centre d'Accueil Médical pour les soins non programmés. Le centre hospitalier propose également un certain nombre de vacations de spécialistes en consultations externes. A terme, une organisation type «maison de santé» ou encore «centre de santé» regroupant une équipe pluri professionnelle va se développer sur place. Ainsi, il apparaît pertinent de pouvoir tester la plus-value

du positionnement du site de Moûtiers autour d'un centre de téléconsultations, qui permettrait de répondre aux besoins non satisfaits de médecine spécialisée par manque de spécialistes locaux, ou encore d'apporter une réponse à des besoins non programmés grâce à un réseau formalisé avec les urgences ou le C15.

L'architecture technique reposera sur deux sous-ensembles :

1. la plateforme de téléconsultation issue du programme Interreg franco-suisse « SOSMAM » et validée par l'ARS Rhône-Alpes assurera la gestion de la prise de rendez-vous, la gestion du dossier médical (interfaçage à définir) et la rédaction d'un compte rendu de télé consultation.
2. Une station de téléconsultation, pivot central du projet, permettra au praticien distant d'examiner le patient et de faire réaliser certains examens complémentaires. Cette plateforme de téléconsultations pourra être équipée de certains outils d'examens cliniques comme le dermoscope, l'otoscope, une caméra main, un stéthoscope, un ECG ou un échographe, elle est le cœur de l'expérimentation. Elle s'appuiera sur des solutions déjà commercialisées.

Comme il s'agit de la mise en place de nouveaux moyens de consultation, un CPP (Comité de Protection des Personnes) sera sollicité par l'IFREMMONT pour valider le projet. La formation des professionnels sera pilotée par l'IFREMMONT, afin de faciliter la bonne appropriation des techniques déployées pour les téléconsultations.

#### *Partenaires impliqués et rôle*

**IFREMMONT** : coordinateur du WP4, responsable du 4.1, apport de l'expertise scientifique et technique du projet, animation de groupes de travail thématiques, formation, rédaction des process et supports techniques

**APT** : coordination locale des acteurs, participation à la gouvernance

**CHAM**: expérimentation de téléconsultations à partir du site de Moûtiers, mobilisation des médecins spécialistes en interne, et du réseau d'autres hôpitaux, porteurs de prestations d'opérateurs locaux, participation à la gouvernance

**EHPAD Aime et EHPAD Bozel** : structures d'expérimentations pour les téléconsultations, participation à la gouvernance du projet

**AUSL**: analyse et comparaison avec des expériences réalisées et «peer review» (voir WP 4.1)

**ISMB**: analyse et comparaison avec des expériences réalisées et «peer review» (voir WP 4.1)

#### *Autres sujets impliqués*

**Association M'Atome**: participation à la gouvernance du WP4 sur le module de téléconsultations, relais médical de l'IFREMMONT sur le terrain, suivi des démarches, suivi des résidents de l'EHPAD concernés par des téléconsultations, réalisation de téléconsultations pour les patients de la maison de santé d'Aime, mobilisation des partenaires locaux et du réseau de médecins spécialistes

#### *Indicateurs*

Indicateurs	Cible
Nombre de téléconsultations réalisées à partir des structures participantes	Au moins 100
Type de spécialités concernées par les téléconsultations	Au moins 4
Nombre de spécialistes adhérents au réseau	Environ 15
Nombre de déplacements de résidents évités grâce aux téléconsultations	Au moins 30
Formation de professionnels de santé à l'utilisation des techniques de télémédecine	Environ 50
Création d'un manuel d'utilisation comprenant une description, un annuaire complet du dispositif et les détails de la plateforme et de la station de téléconsultation	1
Rapports	2
Publications scientifiques	2
Thèse de doctorat de médecine	1

## Activité 4.3 Télémontoring

### *Objectif de l'activité*

La miniaturisation des capteurs embarqués, l'amélioration du maillage numérique des territoires, permet à présent d'envisager des solutions de surveillance pour les patients fragiles directement à leur domicile. Les derniers travaux de l'IFREMMONT ont clairement démontré l'intérêt du monitoring de santé et notamment en matière de risque prédictif.

Il s'agira d'évaluer cette méthodologie en termes de spécificité, de sensibilité et d'économie de santé pour les patients à leur domicile. Sera testée l'efficacité du télé monitoring, tant sur le plan de la détection des anomalies que la mise en évidence de profils prédictifs de la survenue de certaines pathologies. Ces profils seront issus de l'étude fréquentielle des différents paramètres issus du monitoring.

### *Le détail du contenu*

Le télé monitoring repose sur l'équipement du patient à son domicile, d'un dispositif de télésurveillance permettant de collecter un ensemble de paramètres de santé qui peuvent être : la température corporelle, la fréquence cardiaque, une dérivation de l'électrocardiogramme, la fréquence respiratoire, l'intervalle R-R (stress mécanique et physiologique), la vitesse de déplacement grâce à des accéléromètres, les chutes, les impacts...

Les données collectées par l'appareil et transmises via le protocole Bluetooth à une box internet chez le patient, sont transmises à l'IFREMMONT pour tester des modèles mathématiques afin de définir des alertes lors de l'identification de certaines variations de paramètres (comme un trouble du rythme répété selon une certaine fréquence...). Ces alertes seront alors relayées aux opérateurs de terrain que sont les médecins traitants et le SSIAD de Haute Tarentaise.

Il s'agira ici de valider les capteurs, les indicateurs biomédicaux qui seront gérés par le système, d'en définir les alertes et la typologie. Ce choix s'appuiera sur une revue de la littérature et une validation scientifique par les partenaires de l'IFREMMONT. Cette étude sera validée par un CPP.

Il s'agira de valider les patients proposés par les partenaires (médecins, SSIAD) tant sur le plan des pathologies que sur l'accessibilité au numérique et de leur volonté à participer au projet. Une dizaine de patients seront inclus dans la démarche, sur le territoire des Versants d'Aime. Il sera ensuite organisé la réception des alertes et les protocoles de réponse et les modalités de pose/retrait/changement des dispositifs. Les patients et les familles seront informés du caractère expérimental mais sans perte de chance avec un recours toujours disponible au C15.

### *Partenaires impliqués et rôle*

**IFREMMONT:** coordinateur du WP4, dont le WP 4.3, expertise scientifique et technique sur le télémontoring, réalisation des sélections des patients, validation des organisations, publications scientifiques

**APTV:** coordination avec les acteurs de terrain, participation à la gouvernance

**CHAM:** appui de terrain à la mise en place du dispositif, participation à la gouvernance

**AUSL:** analyse et comparaison avec des expériences réalisées et "peer review" (voir WP 4.1)

**ISMB:** analyse et comparaison avec des expériences réalisées et "peer review" (voir WP 4.1)

### *Autres sujets impliqués*

**Association M'Atome:** relais médical en Tarentaise, suivi des patients intégrés au dispositif de télémontoring, participation à la gouvernance

**SSIAD Haute Tarentaise :** relais en Tarentaise pour la sélection des patients, le suivi des alertes, le lien avec les familles des patients, la pose/changement/retrait des équipements, interventions au domicile selon les besoins, participation à la gouvernance

## Les indicateurs

Indicateurs	Cible
Nombre de patients intégrés au dispositif de télémonitoring	De 5 à 10
Publication scientifiques	De 1 à 3
Publication d'une thèse de doctorat de médecine	1

## Activité 4.4 Téléphysiothérapie

### Objectif des activités

La télé-rééducation sera implémentée et testée dans deux scénarios, qui ont été sélectionnés pour leur impact sur la région et par conséquent sur les structures sanitaires pertinentes. Le premier concerne la fracture du bassin ou de l'extrémité proximale du fémur, tandis que le second a trait à la physiothérapie respiratoire qui précède l'opération. Les cas de fracture du fémur ou de l'extrémité proximale du fémur sont responsables de plus de 20% des hospitalisations et de 30% des jours d'hospitalisation en orthopédie, tandis que la physiothérapie qui précède la chirurgie concerne plus de 80 cas par an, avec une tendance à une forte croissance.

Dans le premier scénario, après l'hospitalisation et la rééducation en clinique, les patients sont pris en charge par le territoire afin d'effectuer au moins un cycle de physiothérapie, qui, en plus d'être coûteux, peut durer longtemps et nécessiter des activités de réadaptation à domicile. Dans le second scénario, la thérapie de physiothérapie qui précède la chirurgie se révèle très efficace pour réduire l'apparition de complications du système respiratoire, en particulier en cancérologie, ce qui réduit en conséquence les coûts totaux des actions des opérateurs.

Le but de cette activité est de créer un système d'information de télé physiothérapie pour soutenir les processus médicaux existants à travers l'utilisation d'appareils mobiles (smartphones et tablettes) et les plates-formes de jeux. Le système sera conçu pour être durable, évolutif et intégré avec les processus des structures sanitaires et avec les besoins du territoire, dans le but ultime d'améliorer les services de santé et de proximité fournis aux citoyens des zones de montagne et transfrontalières.

### Le détail du contenu

On accordera une attention particulière au cours des phases de collecte aux exigences et aux cas d'utilisation afin d'assurer la réalisation d'un système efficace et applicable à grande échelle. En effet, les processus seront définis à partir des besoins réels du personnel médical et faisant aussi participer des personnes qui dans leur passé ont effectué des traitements de physiothérapie menés dans des scénarios prévus. Les exigences fonctionnelles et du processus ainsi recueillies seront analysées et élaborées en exigences techniques, afin de prendre en compte les contraintes technologiques, de temps et de coûts.

La télé physiothérapie sera conduite, conformément aux lignes directrices nationales sur la télémédecine, à travers:

- Une application de télé physiothérapie qui permettra d'améliorer la performance des exercices prescrits par un physiothérapeute et acheminée directement à l'adresse en utilisant des technologies déjà existantes. L'application sera capable de guider le patient dans le cadre d'exercices de physiothérapie à travers un avatar virtuel et de suivre l'exécution correcte de chaque exercice en donnant des conseils en temps réel pour corriger les mauvais mouvements. L'avatar sera modélisé en utilisant les moteurs 3D modernes et il sera animé pour être réaliste et en même temps amusant. L'application pourra également mémoriser toutes les actions menées pour permettre la création de

rapports détaillés, contenant des statistiques relatives aux exercices en liaison avec les indicateurs de réussite fixés par le personnel médical;

- Une application pour les appareils mobiles (smartphones et tablettes) qui permet au personnel médical de définir, pour chaque patient, le plan de réhabilitation à effectuer à la maison, et de voir de manière directe et intuitive toutes les statistiques des résultats, au niveau individuel et d'ensemble. L'application mobile (App) sera développée en utilisant la technologie multiplateforme, qui permettra son installation sur tous les appareils mobiles compatibles avec les systèmes d'exploitation populaires (Android, iOS, Windows Phone), maximisant ainsi la diffusion et l'adoption à grande échelle. Le personnel médical sera alors en mesure d'interagir avec le système dans tous les lieux et pourra changer le plan de traitement en fonction des résultats obtenus;
- Un dispositif de détection de la fréquence cardiaque et de saturation, qui sera couplé à l'application mobile afin de fournir une rétroaction sur l'efficacité des exercices de respiration en regardant les niveaux précités à des moments différents, à savoir avant et après les exercices de physiothérapie, et pendant la durée des cycles. Cette télécommande complète les activités menées dans le cadre de 4.1 et sera développée de manière à être facilement séparée de la télé-physiothérapie pour permettre sa réutilisation dans d'autres situations différentes à celles prévues par le projet;
- Une application back-end, qui permettra de centraliser dans une seule base de données toutes les informations générées à la fois par la télé physiothérapie que par l'App mobile, fournissant ainsi un point d'accès et un service unique, fiable et toujours disponible. Le back-end sera disponible via une plate-forme de cloud computing. Cette approche réduit les coûts opérationnels de back-end. En fait, à travers le paradigme de Platform as a Service (PaaS) et la fonctionnalité à échelle automatique, cette plate-forme est en mesure d'allouer les ressources de calcul et de mémoire de manière optimale à l'égard de l'utilisation réelle du système, et, en outre, d'assurer une grande fiabilité et des back-up automatiques.

L'application comprendra un graphique 3D attrayant et une animation avec divers avatars, qui seront utilisés pour montrer aux patients les exercices à effectuer afin de rendre attractif et faciliter le déroulement des exercices de physiothérapie. Il sera possible de sélectionner l'avatar de sorte qu'il corresponde plus à la réalité des patients et qu'il permette aux patients de choisir des graphiques pour rendre l'expérience personnalisable.

Dans l'élaboration de l'application de télé physiothérapie, on développera des concepts de « gamification », une pratique qui atteint un grand succès dans de nombreux domaines (Deterding, Dixon, Khaled & Nacke, 2011; Hamari Koivisto & Sarsa, 2014). Cela, à partir de l'examen du "pouvoir des jeux" qui engage et encourage en termes d'intensité et de durabilité les personnes (Bouca 2012), en appliquant des éléments mécaniques et ludiques à l'intérieur de contextes différents afin de modéliser le comportement et la motivation (Mekler, Brühlmann, Opwis, & Tuch, 2013). On étudiera, ensuite, pendant la phase de conception les solutions et les instruments les plus appropriés afin d'engager et de motiver plus de patients à faire les exercices, en tenant compte des aspects culturels et du contexte. Ces outils pourront inclure des classements, des états à atteindre, ou même le développement d'un vrai jeu avec des niveaux, qui fournisse la correcte exécution des mouvements.

Le processus de développement sera géré à travers des méthodologies «agiles», qui fournissent de multiples cycles de courte durée (3-4 semaines), dont chacun comprend une étape de définition, de mise en œuvre et de test. Cette méthodologie permet de mettre en œuvre les fonctionnalités exigées de manière progressive, permettant d'identifier et de résoudre les problèmes le plus rapidement et de la manière la plus efficace possible.

Même les essais sur le terrain seront exécutés d'une manière progressive, en commençant à partir d'un petit échantillon jusqu'à arriver à un nombre maximal de patients en parallèle, fixé à 30. La sélection des patients sera aussi réalisée de manière à répondre aux difficultés croissantes pendant

la phase de l'expérimentation, à partir des patients qui ont une meilleure condition en entrée ou de sortie des structures sanitaires jusqu'à arriver à ceux qui sont définis comme "fragiles" et avec un pronostic plus critique. A chaque cycle de l'expérimentation, les résultats médicaux seront analysés, ainsi que les commentaires recueillis directement par tous les sujets impliqués afin d'apporter des changements d'amélioration en ce qui concerne les contraintes de temps et de coûts imposés par le projet.

### *Partenaires impliqués et rôle*

**ISMB:** préside les phases de la collecte des besoins, s'occupe de la préparation de la faisabilité technique et du système de télé physiothérapie, la mise en œuvre des dispositifs sur le marché de masse, sur lesquels des tests fonctionnels et des essais sur le terrain seront exécutés. L'ISMB fournira un appui à l'analyse des résultats découlant de l'essai afin de planifier les développements futurs et la création d'un recueil utile pour la formation des personnes impliquées.

**AUSL VdA:** accompagné par l'ISMB, fournira les exigences du système de télé-réadaptation en conformité avec le processus de prise en charge et de gestion des cas d'intérêt, avec les besoins des personnes touchées, de la communauté et de l'ensemble du territoire, faisant une synthèse qui comprenne les exigences applicables au niveau transfrontalier.

**Ifremmont:** validera la faisabilité technique et l'analyse fonctionnelle réalisée par l'ISMB.

**APTIV :** validera les exigences proposées par VDA, en fournissant le soutien nécessaire pour qu'ils soient compatibles avec les processus de gestion française afin de garantir l'applicabilité du système de télé-réadaptation dans l'ensemble du territoire transfrontalier.

### *Autres participants*

Les personnes souffrant des maladies prises en considération ainsi que leurs aidants et les physiothérapeutes seront impliqués dans le projet. On effectuera une expérimentation réelle directement aux domiciles des personnes impliquées afin de valider les bénéfices du système.

### *Indicateurs*

<b>Indicateurs</b>	<b>Cible</b>
Personnes impliquées dans l'expérimentation	Au moins 50
Systèmes supportés par l'App mobile (smartphone/tablette)	Au moins 2
Nombre d'exercices de physiothérapie supportés	Au moins 3
Taux de satisfaction du système de télé rééducation des personnes impliquées comme patients dans l'expérimentation	Au moins 3 sur une échelle de 1 à 5
Taux de satisfaction du système de télé rééducation du personnel médical et des soignants	Au moins 3 sur une échelle de 1 à 5



### Budget WP4

Partenaires	2016	2017	2018	2019	Total
AUSL	€ 6.927	€ 5.568	€ 5.329	€ 5.568	€ 23.392
PDZ	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0
ISMB	€ 75.340	€ 85.250	€ 80.510	€ 16.610	€ 257.710
APTV	€ 0	€ 250	€ 250	€ 250	€ 750
IFREMMONT	€ 5.487	€ 4.334	€ 4.334	€ 1.997	€ 16.152
CHAM	€ 21.930	€ 30.540	€ 28.686	€ 200	€ 81.356
EHPAD LA MAISON DU SOLEIL (D'AIME)	€ 22.031	€ 15.004	€ 13.151	€ 6.500	€ 56.686
EHPAD LA CENTAUREE (BOZEL)	€ 22.031	€ 15.004	€ 13.151	€ 6.500	€ 56.686
<i>Total</i>	€ 153.746	€ 155.950	€ 145.411	€ 37.625	€ 492.732

## Les rôles des partenaires

<b>C</b>	Coordinateur
<b>R</b>	Responsable
<b>A</b>	Actif

		AUSL	PdZ	ISMB	APTV	Ifremmont	EHPAD D'Aime	EHPAD de Bozel	CHAM
WP1	GOUVERNANCE ET GESTION ADMINISTRATIVE	C							
A1.1	Gouvernance transfrontalière	R	A	A	A	A	A	A	A
A1.2	Gestion financière	R	A	A	A	A	A	A	A
A1.3	Evaluation d'impact	A	A	R	A	A	A	A	A
WP2	COMMUNICATION	C							
A2.1	Communication du projet et participation des collectivités	R	A	A	A	A	A	A	A
A2.2	Diffusion et exploitation des résultats du projet	A	A	R	A	A	A	A	A
WP3	SERVICES DE PROXIMITÉ: RESEAUX SOCIAUX ET SANITAIRES		C						
A3.1	Ateliers transfrontaliers de formation	R	A		A	A	A	A	A
A3.2	Services de proximité sociaux	A	R		A				
A3.3	Services de proximité sanitaires	R	A		A				
WP4	SERVICES DE PROXIMITÉ: TECHNOLOGIES INNOVANTES					C			
A4.1	Définition activités transfrontalières, exigences, processus et conception	A		R	A	A	A	A	A
A4.2	Téléconsultation			A	A	R	A	A	A
A4.3	Télémonitoring			A	A	R	A	A	A
A4.4	Téléphysiothérapie	A		R		A			

## Calendrier du projet

	Mese	Anno 1												Anno 2												Anno 3											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36
<b>WP1 GOUVERNANCE ET GESTION ADMINISTRATIVE</b>		[Active]																																			
A1.1 Gouvernance transfrontalière		[Active]																																			
A1.2 Gestion financière		[Active]																																			
A1.3 Evaluation d'impact		[Active]																																			
<b>WP2 COMMUNICATION</b>		[Active]																																			
A2.1 Communication du projet et participation des collectivités		[Active]																																			
A2.2 Diffusion et exploitation des résultats du projet		[Active]												[Active]																							
<b>WP3 SERVICES DE PROXIMITÉ: RESEAUX SOCIAUX ET SANITAIRES</b>		[Active]																																			
A3.1 Ateliers transfrontaliers de formation		[Active]																																			
A3.2 Services de proximité sociaux		[Active]																																			
A3.3 Services de proximité sanitaires		[Active]																																			
<b>WP4 SERVICES DE PROXIMITÉ: TECHNOLOGIES INNOVANTES</b>		[Active]																																			
A4.1 Définition activités transfrontalières, exigences, processus et conception		[Active]												[Active]																							
A4.2 Téléconsultation		[Active]																																			
A4.3 Télémonitoring		[Active]																																			
A4.4 Téléphysiothérapie		[Active]																																			

## Liste détaillée des coûts

AUSL VdA							
Dépense Spesa	Catégorie de dépense Categorìa di spesa	WP	Année Anno	Coût unitaire Costo unitario	Unité de mesure	Quantité Quantità	€
spese di viaggio e pasti - 1 riunione cabina di regia FRANCIA	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	1.01	2016	€ 142,40	unité/unità	1	€ 142
spese di viaggio e pasti - 1 riunione cabina di regia FRANCIA	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	1.01	2017	€ 142,40	unité/unità	1	€ 142
spese di viaggio e pasti - 1 riunione cabina di regia FRANCIA	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	1.01	2018	€ 142,40	unité/unità	1	€ 142
spese di viaggio e pasti - 1 riunione cabina di regia FRANCIA	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	1.01	2019	€ 142,40	unité/unità	1	€ 142
costo sala per assemblea generale	Services externes/Servizi esterni	1.01	2017	€ 500,00	unité/unità	1	€ 500
costo sala per assemblea generale	Services externes/Servizi esterni	1.01	2018	€ 500,00	unité/unità	1	€ 500
costo sala per assemblea generale	Services externes/Servizi esterni	1.01	2019	€ 500,00	unité/unità	1	€ 500
1 amministrativo per convocazioni, relazioni	Services externes/Servizi esterni	1.01	2016	€ 18,06	heure/ora	10	€ 181
1 amministrativo per convocazioni, relazioni	Services externes/Servizi esterni	1.01	2017	€ 18,06	heure/ora	10	€ 181
1 amministrativo per convocazioni, relazioni	Services externes/Servizi esterni	1.01	2018	€ 18,06	heure/ora	10	€ 181
1 amministrativo per convocazioni, relazioni	Services externes/Servizi esterni	1.01	2019	€ 18,06	heure/ora	10	€ 181
1 amministrativo per rendicontazione finanziaria	Services externes/Servizi esterni	1.02	2016	€ 18,06	heure/ora	120	€ 2.167
1 amministrativo per rendicontazione finanziaria	Services externes/Servizi esterni	1.02	2017	€ 18,06	heure/ora	150	€ 2.709
1 amministrativo per rendicontazione finanziaria	Services externes/Servizi esterni	1.02	2018	€ 18,06	heure/ora	150	€ 2.709
1 amministrativo per rendicontazione finanziaria	Services externes/Servizi esterni	1.02	2019	€ 18,06	heure/ora	180	€ 3.251
spese di viaggio e pasti - 1 riunione TORINO	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	1.03	2016	€ 79,50	unité/unità	3	€ 239
spese di viaggio e pasti - 1 riunione TORINO	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	1.03	2018	€ 79,50	unité/unità	3	€ 239
Aosta- Torino	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	2.01	2016	€ 79,50	unité/unità	1	€ 80
Progettazione grafica marchio, identità coordinata e altri strumenti di comunicazione	Services externes/Servizi esterni	2.01	2016	€ 5.000,00	unité/unità	1	€ 5.000
Aosta- Torino	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	2.01	2017	€ 79,50	unité/unità	1	€ 80
Videocamera	Equipement/Spese per attrezzature	2.01	2017	€ 200,00	unité/unità	3	€ 600
Materiale di comunicazione (spille adesivi, shopper etc)	Services externes/Servizi esterni	2.01	2017	€ 1,50	unité/unità	2000	€ 3.000
Gadget (+ mirati per salute-contapassi)	Services externes/Servizi esterni	2.01	2017	€ 3,00	unité/unità	500	€ 1.500
webmarketing	Services externes/Servizi esterni	2.01	2017	€ 500,00	unité/unità	5	€ 2.500
stampa strumenti di comunicazione personalizzati	Services externes/Servizi esterni	2.01	2017	€ 0,50	unité/unità	2500	€ 1.250
webmarketing	Services externes/Servizi esterni	2.01	2018	€ 500,00	unité/unità	4	€ 2.000
stampa strumenti di comunicazione personalizzati	Services externes/Servizi esterni	2.01	2018	€ 0,50	unité/unità	2500	€ 1.250
webmarketing	Services externes/Servizi esterni	2.01	2019	€ 500,00	unité/unità	3	€ 1.500
stampa strumenti di comunicazione personalizzati	Services externes/Servizi esterni	2.01	2019	€ 0,50	unité/unità	1000	€ 500
traduzione materiale comunicazione	Services externes/Servizi esterni	2.02	2017	€ 22,88	unité/unità	50	€ 1.144
traduzione materiale comunicazione	Services externes/Servizi esterni	2.02	2018	€ 22,88	unité/unità	30	€ 686
traduzione materiale comunicazione	Services externes/Servizi esterni	2.02	2019	€ 22,88	unité/unità	100	€ 2.288
Convegno	Services externes/Servizi esterni	2.02	2019	€ 5.000,00	unité/unità	1	€ 5.000

AUSL VdA							
Dépense Spesa	Catégorie de dépense Categorìa di spesa	WP	Année Anno	Coût unitaire Costo unitario	Unité de mesure	Quantité Quantità	€
costo docenti per 7 sessioni formative	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	3.01	2016	€ 700,00	unité/unità	1	€ 700
costo docenti per 7 sessioni formative	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	3.01	2016	€ 154,52	unité/unità	1	€ 155
costo docenti per 7 sessioni formative	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	3.01	2017	€ 350,00	unité/unità	1	€ 350
costo docenti per 7 sessioni formative	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	3.01	2017	€ 76,52	unité/unità	1	€ 77
costo tutor	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	3.01	2018	€ 500,00	unité/unità	1	€ 500
costo tutor	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	3.01	2018	€ 145,52	unité/unità	1	€ 146
costo tutor	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	3.01	2019	€ 200,00	unité/unità	1	€ 200
costo tutor	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	3.01	2019	€ 44,26	unité/unità	1	€ 44
costo progettazione costo consulente/giornata	Services externes/Servizi esterni	3.01	2016	€ 100,00	heure/ora	28	€ 2.800
spese viaggio/ alloggio docenti - forfettario	Services externes/Servizi esterni	3.01	2016	€ 30,00	heure/ora	14	€ 420
spese viaggio/ alloggio docenti - forfettario	Services externes/Servizi esterni	3.01	2016	€ 500,00	jour/giorno	2	€ 1.000
spese viaggio/ alloggio docenti - forfettario	Services externes/Servizi esterni	3.01	2017	€ 100,00	heure/ora	14	€ 1.400
spese viaggio/ alloggio docenti - forfettario	Services externes/Servizi esterni	3.01	2017	€ 30,00	heure/ora	14	€ 420
spese viaggio/vitto tutor	Services externes/Servizi esterni	3.01	2018	€ 100,00	heure/ora	21	€ 2.100
spese viaggio /vitto tutor	Services externes/Servizi esterni	3.01	2018	€ 30,00	heure/ora	14	€ 420
spese viaggio /vitto tutor	Services externes/Servizi esterni	3.01	2019	€ 100,00	heure/ora	7	€ 700
spese viaggio /vitto tutor	Services externes/Servizi esterni	3.01	2019	€ 30,00	heure/ora	7	€ 210
Infermiera di Famiglia e di Comunità	Equipement/Spese per attrezzature	3.03	2017	€ 600,00	unité/unità	4	€ 2.400
Infermiera di Famiglia e di Comunità	Equipement/Spese per attrezzature	3.03	2017	€ 200,00	unité/unità	3	€ 600
Infermiera di Famiglia e di Comunità	Equipement/Spese per attrezzature	3.03	2017	€ 650,00	unité/unità	5	€ 3.250
netbook - 3 x IFC + 1 backup	Equipement/Spese per attrezzature	3.03	2017	€ 4,33	unité/unità	12600	€ 54.571
cellulare per IFC	Equipement/Spese per attrezzature	3.03	2018	€ 4,33	unité/unità	12600	€ 54.558
coagulometri	Equipement/Spese per attrezzature	3.03	2019	€ 4,33	unité/unità	6300	€ 27.285
strisce reattive	Services externes/Servizi esterni	3.03	2017	€ 41.600,00	unité/unità	3	€ 124.800
strisce reattive	Services externes/Servizi esterni	3.03	2018	€ 41.600,00	unité/unità	3	€ 124.800
strisce reattive	Services externes/Servizi esterni	3.03	2019	€ 41.600,00	unité/unità	1,5	€ 62.400
spese di viaggio e pasti - 1 riunione Torino	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	4.01	2016	€ 79,50	unité/unità	3	€ 239
spese di viaggio e pasti - 1 riunione TORINO	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	4.01	2017	€ 79,50	unité/unità	3	€ 239
spese di viaggio e pasti - 1 riunione TORINO	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	4.01	2019	€ 79,88	unité/unità	3	€ 240
<b>Totale parziale</b>							€ 467.021
Personale (tasso forfettario 20% costi diretti)							€ 93.404
Spese amministrative (tasso forfettario 15% spese personale)							€ 14.011
<b>Totale</b>							<b>€ 574.436</b>

PdZ							
Dépense Spesa	Catégorie de dépense Categoria di spesa	WP	Année Anno	Coût unitaire	Unité de mesure	Quantité Quantità	€
spese di viaggio e pasti - 1 riunione cabina di regia	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	1.1	2016	150	unité/unità	1	150
spese di viaggio e pasti - 1 riunione cabina di regia	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	1.1	2017	150	unité/unità	1	150
spese di viaggio e pasti - 1 riunione cabina di regia	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	1.1	2018	150	unité/unità	1	150
spese di viaggio e pasti - 1 riunione cabina di regia	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	1.1	2019	150	unité/unità	1	150
gestione amministrativa, monitoraggio, rendicontazione progettuale	Services externes/Servizi esterni	3.2	2016	15000	unité/unità	1	15000
animatore di comunità/animateur de communauté	Services externes/Servizi esterni	3.2	2017	120000	an/anno	1	120000
gestione amministrativa, monitoraggio, rendicontazione progettuale	Services externes/Servizi esterni	3.2	2017	30000	an/anno	1	30000
animatore di comunità/animateur de communauté	Services externes/Servizi esterni	3.2	2018	120000	an/anno	1	120000
gestione amministrativa, monitoraggio, rendicontazione progettuale	Services externes/Servizi esterni	3.2	2018	30000	an/anno	1	30000
animatore di comunità/animateur de communauté	Services externes/Servizi esterni	3.2	2019	60000	an/anno	1	60000
gestione amministrativa, monitoraggio, rendicontazione progettuale	Services externes/Servizi esterni	3.2	2019	15000	an/anno	1	15000
Totale parziale							390600
Personale (tasso forfettario 20% costi diretti)							78120
Spese amministrative (tasso forfettario 15% spese personale)							11718
<b>Totale</b>							<b>480438</b>



APTV							
Dépense Spesa	Catégorie de dépense Categoria di spesa	WP	Année Anno	Coût unitaire Costo unitario	Unité de mesure	Quantité Quantità	€
Poste chargée mission santé	Personnel/Personale	1.1	2017	3520	mois/mese	3	10560
Poste chargée mission santé	Personnel/Personale	1.1	2018	3520	mois/mese	3	10560
Poste chargée mission santé	Personnel/Personale	1.1	2019	3520	mois/mese	1,5	5280
Frais administratifs	Bureau et frais administratifs/Spese d'ufficio e amministrative	1.1	2017	26400	unité/unità	0,06	1584
Frais administratifs	Bureau et frais administratifs/Spese d'ufficio e amministrative	1.1	2018	26400	unité/unità	0,06	1584
Frais administratifs	Bureau et frais administratifs/Spese d'ufficio e amministrative	1.1	2019	26400	unité/unità	0,03	792
Réunions de suivi	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	1.1	2016	250	km	1	250
Réunions de suivi	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	1.1	2017	250	km	2	500
Réunions de suivi	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	1.1	2018	250	km	2	500
Réunions de suivi	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	1.1	2019	250	km	1	250
Réunions techniques	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	1.1	2016	250	km	2	500
Réunions techniques	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	1.1	2017	250	km	3	750
Réunions techniques	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	1.1	2018	250	km	3	750
Réunions techniques	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	1.1	2019	250	km	1	250
Déplacements formation	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	3.1	2016	350	km	1	350
Déplacements formation	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	3.1	2017	350	km	3	1050
Déplacements formation	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	3.1	2018	350	km	3	1050
Contrôle premier niveau	Services externes/Servizi esterni	1.2	2017	1000	jour/giorno	1	1000
Contrôle premier niveau	Services externes/Servizi esterni	1.2	2018	1000	jour/giorno	1	1000
Contrôle premier niveau	Services externes/Servizi esterni	1.2	2019	1000	jour/giorno	1	1000
Aide au montage et suivi du projet	Services externes/Servizi esterni	1.2	2017	600	jour/giorno	8	4800
Aide au montage et suivi du projet	Services externes/Servizi esterni	1.2	2018	600	jour/giorno	8	4800
Aide au montage et suivi du projet	Services externes/Servizi esterni	1.2	2019	600	jour/giorno	8	4800
Actualisation site internet	Services externes/Servizi esterni	2.1	2017	1000	jour/giorno	1	1000
Actualisation site internet	Services externes/Servizi esterni	2.1	2018	1000	jour/giorno	1	1000
Supports de communication	Services externes/Servizi esterni	2.1	2017	1000	unité/unità	1	1000
Supports de communication	Services externes/Servizi esterni	2.1	2018	1000	unité/unità	2	2000
Supports de communication	Services externes/Servizi esterni	2.1	2019	1000	unité/unità	3	3000
Réunions techniques	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	4.2	2017	250	km	1	250
Réunions techniques	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	4.2	2018	250	km	1	250
Réunions techniques	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	4.2	2019	250	km	1	250
Organisation séminaire télé-médecine	Services externes/Servizi esterni	4.2	2019	10.000	unité/unità	1	10000
Traduction séminaire télé-médecine	Services externes/Servizi esterni	4.2	2019	5.000	unité/unità	1	5000
Intervenants séminaire télé-médecine	Services externes/Servizi esterni	4.2	2019	1000	unité/unità	5	5000
Frais de formation	Services externes/Servizi esterni	3.1	2017	1000	unité/unità	1	1000
Frais de formation	Services externes/Servizi esterni	3.1	2018	1000	unité/unità	1	1000
Frais de formation	Services externes/Servizi esterni	3.1	2019	1000	unité/unità	1	1000
Consommables pour formations	Equipement/Spese per attrezzature	3.1	2016	955	unité/unità	0,372	355,26
Consommables pour formations	Equipement/Spese per attrezzature	3.1	2017	955	unité/unità	0,314	299,87
Consommables pour formations	Equipement/Spese per attrezzature	3.1	2018	955	unité/unità	0,314	299,87
<b>Total</b>							<b>86665</b>

Pour les frais de bureau et frais administratifs, le calcul des dépenses est effectué au moyen d'un taux forfaitaire de 15% des coûts directs de personnel.



Ifremmont							
Dépense Spesa	Catégorie de dépense Categoria di spesa	WP	Année Anno	Coût unitaire Costo unitario	Unité de mesure	Quantité Quantità	€
Temps travail Pascal Zellner	Personnel/Personale	1.1	2016	1093	mois/mese	0,599	655
Temps travail Pascal Zellner	Personnel/Personale	1.1	2017	1093	mois/mese	1,2	1312
Temps travail Pascal Zellner	Personnel/Personale	1.1	2018	1093	mois/mese	1,2	1312
Temps travail Pascal Zellner	Personnel/Personale	1.1	2019	1093	mois/mese	0,6	656
Temps travail Christine Duperrex	Personnel/Personale	1.1	2016	36	heure/ora	42	1512
Temps travail Christine Duperrex	Personnel/Personale	1.1	2017	36	heure/ora	84	3024
Temps travail Christine Duperrex	Personnel/Personale	1.1	2018	36	heure/ora	84	3024
Temps travail Christine Duperrex	Personnel/Personale	1.1	2019	36	heure/ora	42	1512
Temps travail Pascal Zellner	Personnel/Personale	4.2	2016	1093	mois/mese	0,6	656
Temps travail Pascal Zellner	Personnel/Personale	4.2	2017	1093	mois/mese	1,2	1312
Temps travail Pascal Zellner	Personnel/Personale	4.2	2018	1093	mois/mese	1,2	1312
Temps travail Pascal Zellner	Personnel/Personale	4.2	2019	1093	mois/mese	0,6	656
Temps travail Pascal Zellner	Personnel/Personale	4.3	2016	1093	mois/mese	0,599	655
Temps travail Pascal Zellner	Personnel/Personale	4.3	2017	1093	mois/mese	1,2	1312
Temps travail Pascal Zellner	Personnel/Personale	4.3	2018	1093	mois/mese	1,2	1312
Temps travail Pascal Zellner	Personnel/Personale	4.3	2019	1093	mois/mese	0,6	656
Frais administratifs	Bureau et frais administratifs/Spese d'ufficio e amministrative	1.1	2016	13007	unité/unità	0,025	325
Frais administratifs	Bureau et frais administratifs/Spese d'ufficio e amministrative	1.1	2017	13007	unité/unità	0,05	650
Frais administratifs	Bureau et frais administratifs/Spese d'ufficio e amministrative	1.1	2018	13007	unité/unità	0,05	650
Frais administratifs	Bureau et frais administratifs/Spese d'ufficio e amministrative	1.1	2019	13007	unité/unità	0,025	325
Réunions de suivi du projet	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	1.1	2016	250	km	1	250
Réunions de suivi du projet	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	1.1	2017	250	km	2	500
Réunions de suivi du projet	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	1.1	2018	250	km	2	500
Réunions de suivi du projet	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	1.1	2019	250	km	1	250
Réunions téléconsultations	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	4.2	2016	250	km	1,2	300
Réunions téléconsultations	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	4.2	2017	250	km	2,4	600
Réunions téléconsultations	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	4.2	2018	250	km	2,4	600
Réunions téléconsultations	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	4.2	2019	250	km	1,2	300
Réunions télémonitoring	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	4.3	2016	250	km	2	500
Réunions télémonitoring	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	4.3	2017	250	km	3	750
Réunions télémonitoring	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	4.3	2018	250	km	3	750
Réunions télémonitoring	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	4.3	2019	250	km	1	250
Aide montage et suivi du projet	Services externes/Servizi esterni	1.2	2017	600	jour/giorno	3,834	2300
Aide montage et suivi du projet	Services externes/Servizi esterni	1.2	2018	600	jour/giorno	3,834	2300
Aide montage et suivi du projet	Services externes/Servizi esterni	1.2	2019	600	jour/giorno	3,834	2300
Contrôle premier niveau	Services externes/Servizi esterni	1.2	2017	1000	jour/giorno	1	1000
Contrôle premier niveau	Services externes/Servizi esterni	1.2	2018	1000	jour/giorno	1	1000
Contrôle premier niveau	Services externes/Servizi esterni	1.2	2019	1000	jour/giorno	1	1000
Prestation comptable	Services externes/Servizi esterni	1.2	2016	500	jour/giorno	0,5	250
Prestation comptable	Services externes/Servizi esterni	1.2	2017	500	jour/giorno	1	500
Prestation comptable	Services externes/Servizi esterni	1.2	2018	500	jour/giorno	1	500
Prestation comptable	Services externes/Servizi esterni	1.2	2019	500	jour/giorno	0,5	250
Consommables	Equipement/Spese per attrezzature	4.3	2017	1170	unité/unità	0,308	360
Consommables	Equipement/Spese per attrezzature	4.3	2018	1170	unité/unità	0,308	360
Capteurs biomédicaux	Equipement/Spese per attrezzature	4.3	2016	400	unité/unità	5	2000
Box internet	Equipement/Spese per attrezzature	4.3	2016	1500	unité/unità	1	1500
<b>Total</b>							<b>43997</b>

Pour les frais de bureau et frais administratifs, le calcul des dépenses est effectué au moyen d'un taux forfaitaire de 15% des coûts directs de personnel.

CHAM							
Dépense Spesa	Catégorie de dépense Categoria di spesa	WP	Année Anno	Coût unitaire Costo unitario	Unité de mesure	Quantité Quantità	€
Personne pour suivi du projet	Personnel/Personale	1.1	2016	3520	mois/mese	0,5	1760
Personne pour suivi du projet	Personnel/Personale	1.1	2017	3520	mois/mese	1	3520
Personne pour suivi du projet	Personnel/Personale	1.1	2018	3520	mois/mese	1	3520
Personne pour suivi du projet	Personnel/Personale	1.1	2019	3520	mois/mese	0,5	1760
Personnel soignant téléconsultations	Personnel/Personale	4.2	2017	28,79	heure/ora	120	3455
Personnel soignant téléconsultations	Personnel/Personale	4.2	2018	28,79	heure/ora	120	3455
Personnel soignant participant formation	Personnel/Personale	4.2	2017	28,79	heure/ora	56	1612
Coût de suivi secrétariat	Personnel/Personale	4.2	2017	22,44	heure/ora	120	2693
Coût de suivi secrétariat	Personnel/Personale	4.2	2018	22,44	heure/ora	120	2693
Frais administratifs	Bureau et frais administratifs/Spese d'ufficio e amministrative	1.1	2016	10560	unité/unità	0,025	264
Frais administratifs	Bureau et frais administratifs/Spese d'ufficio e amministrative	1.1	2017	10560	unité/unità	0,05	528
Frais administratifs	Bureau et frais administratifs/Spese d'ufficio e amministrative	1.1	2018	10560	unité/unità	0,05	528
Frais administratifs	Bureau et frais administratifs/Spese d'ufficio e amministrative	1.1	2019	10560	unité/unità	0,025	264
Frais administratifs	Bureau et frais administratifs/Spese d'ufficio e amministrative	4.2	2017	13908	unité/unità	0,0837	1164
Frais administratifs	Bureau et frais administratifs/Spese d'ufficio e amministrative	4.2	2018	13908	unité/unità	0,0663	922
Réunions de suivi de projet	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	1.1	2016	250	km	1	250
Réunions de suivi de projet	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	1.1	2017	250	km	2	500
Réunions de suivi de projet	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	1.1	2018	250	km	2	500
Réunions de suivi de projet	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	1.1	2019	250	km	1	250
Réunions téléconsultations	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	4.2	2016	250	km	0,8	200
Réunions téléconsultations	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	4.2	2017	250	km	1,6	400
Réunions téléconsultations	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	4.2	2018	250	km	1,6	400
Réunions téléconsultations	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	4.2	2019	250	km	0,8	200
Contrôle de premier niveau	Services externes/Servizi esterni	1.2	2017	1000	unité/unità	1	1000
Contrôle de premier niveau	Services externes/Servizi esterni	1.2	2018	1000	unité/unità	1	1000
Contrôle de premier niveau	Services externes/Servizi esterni	1.2	2019	1000	unité/unità	1	1000
Coût consultations médecins spécialistes	Services externes/Servizi esterni	4.2	2017	45	unité/unità	225	10125
Coût consultations médecins spécialistes	Services externes/Servizi esterni	4.2	2018	45	unité/unità	225	10125
Prestation professionnels santé M'Atome	Services externes/Servizi esterni	4.2	2017	6500	unité/unità	0,5	3250
Prestation professionnels santé M'Atome	Services externes/Servizi esterni	4.2	2018	6500	unité/unità	0,5	3250
Prestation professionnels santé M'Atome	Services externes/Servizi esterni	4.3	2017	2000	unité/unità	0,5	1000
Prestation professionnels santé M'Atome	Services externes/Servizi esterni	4.3	2018	2000	unité/unità	0,5	1000
Prestation professionnels SSIAD	Services externes/Servizi esterni	4.3	2017	3500	unité/unità	0,5	1750
Prestation professionnels SSIAD	Services externes/Servizi esterni	4.3	2018	3500	unité/unità	0,5	1750
Station mobile téléconsultations	Equipement/Spese per attrezzature	4.2	2016	21731	unité/unità	1	21731
Abonnement vidéoexpertise et ligne internet dédiée	Equipement/Spese per attrezzature	4.2	2017	319	unité/unità	15	4785
Abonnement vidéoexpertise et ligne internet dédiée	Equipement/Spese per attrezzature	4.2	2018	319	unité/unità	15	4785
Consommables	Equipement/Spese per attrezzature	4.2	2017	611	unité/unità	0,5	306
Consommables	Equipement/Spese per attrezzature	4.2	2018	611	unité/unità	0,5	306
<b>Total</b>							<b>98000</b>

Pour les frais de bureau et frais administratifs, le calcul des dépenses est effectué au moyen d'un taux forfaitaire de 15% des coûts directs de personnel.

EHPAD Aime							
Dépense Spesa	Catégorie de dépense Categoria di spesa	WP	Année Anno	Coût unitaire Costo unitario	Unité de mesure	Quantité Quantità	€
Personne suivi du projet	Personnel/Personale	1.1	2016	3520	mois/mese	0,5	1760
Personne suivi du projet	Personnel/Personale	1.1	2017	3520	mois/mese	1	3520
Personne suivi du projet	Personnel/Personale	1.1	2018	3520	mois/mese	1	3520
Personne suivi du projet	Personnel/Personale	1.1	2019	3520	mois/mese	0,5	1760
Personnel soignant participant formation téléconsultations	Personnel/Personale	4.2	2017	1612	jour/giorno	1	1612
Poste secrétariat	Personnel/Personale	4.2	2017	18,75	heure/ora	72	1350
Poste secrétariat	Personnel/Personale	4.2	2018	18,75	heure/ora	72	1350
Poste secrétariat	Personnel/Personale	4.2	2019	18,75	heure/ora	36	675
Frais administratifs	Bureau et frais administratifs/Spese d'ufficio e amministrative	1.1	2016	10.560	unité/unità	0,025	264
Frais administratifs	Bureau et frais administratifs/Spese d'ufficio e amministrative	1.1	2017	10.560	unité/unità	0,05	528
Frais administratifs	Bureau et frais administratifs/Spese d'ufficio e amministrative	1.1	2018	10.560	unité/unità	0,05	528
Frais administratifs	Bureau et frais administratifs/Spese d'ufficio e amministrative	1.1	2019	10.560	unité/unità	0,025	264
Frais administratifs	Bureau et frais administratifs/Spese d'ufficio e amministrative	4.2	2017	4987	unité/unità	0,089	444
Frais administratifs	Bureau et frais administratifs/Spese d'ufficio e amministrative	4.2	2018	4987	unité/unità	0,0407	203
Frais administratifs	Bureau et frais administratifs/Spese d'ufficio e amministrative	4.2	2019	4987	unité/unità	0,0203	101
Réunions de suivi du projet	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	1.1	2016	250	km	1	250
Réunions de suivi du projet	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	1.1	2017	250	km	2	500
Réunions de suivi du projet	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	1.1	2018	250	km	2	500
Réunions de suivi du projet	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	1.1	2019	250	km	1	250
Réunions téléconsultations	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	4.2	2016	250	km	1,2	300
Réunions téléconsultations	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	4.2	2017	250	km	2,4	600
Réunions téléconsultations	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	4.2	2018	250	km	2,4	600
Réunions téléconsultations	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	4.2	2019	250	km	1,2	300
Contrôle de premier niveau	Services externes/Servizi esterni	1.2	2017	1000	unité/unità	1	1000
Contrôle de premier niveau	Services externes/Servizi esterni	1.2	2018	1000	unité/unità	1	1000
Contrôle de premier niveau	Services externes/Servizi esterni	1.2	2019	1000	unité/unità	1	1000
Consultations médecins spécialistes	Services externes/Servizi esterni	4.2	2017	45	unité/unità	156	7020
Consultations médecins spécialistes	Services externes/Servizi esterni	4.2	2018	45	unité/unità	156	7020
Consultations médecins spécialistes	Services externes/Servizi esterni	4.2	2019	45	unité/unità	78	3510
Station mobile téléconsultations	Equipement/Spese per attrezzature	4.2	2016	21731	unité/unità	1	21731
Abonnement vidéoexpertise et ligne internet	Equipement/Spese per attrezzature	4.2	2017	319	mois/mese	12	3828
Abonnement vidéoexpertise et ligne internet	Equipement/Spese per attrezzature	4.2	2018	319	mois/mese	12	3828
Abonnement vidéoexpertise et ligne internet	Equipement/Spese per attrezzature	4.2	2019	319	mois/mese	6	1914
Consommables	Equipement/Spese per attrezzature	4.2	2017	300	unité/unità	0,5	150
Consommables	Equipement/Spese per attrezzature	4.2	2018	300	unité/unità	0,5	150
<b>Total</b>							<b>73330</b>

Pour les frais de bureau et frais administratifs, le calcul des dépenses est effectué au moyen d'un taux forfaitaire de 15% des coûts directs de personnel.

EHPAD Bozel							
Dépense Spesa	Catégorie de dépense Categoria di spesa	WP	Année Anno	Coût unitaire Costo unitario	Unité de mesure	Quantité Quantità	€
Personne suivi du projet	Personnel/Personale	1.1	2016	3520	mois/mese	0,5	1760
Personne suivi du projet	Personnel/Personale	1.1	2017	3520	mois/mese	1	3520
Personne suivi du projet	Personnel/Personale	1.1	2018	3520	mois/mese	1	3520
Personne suivi du projet	Personnel/Personale	1.1	2019	3520	mois/mese	0,5	1760
Personnel soignant participant formation téléconsultations	Personnel/Personale	4.2	2017	1612	jour/giorno	1	1612
Poste secrétariat	Personnel/Personale	4.2	2017	18,75	heure/ora	72	1350
Poste secrétariat	Personnel/Personale	4.2	2018	18,75	heure/ora	72	1350
Poste secrétariat	Personnel/Personale	4.2	2019	18,75	heure/ora	36	675
Frais administratifs	Bureau et frais administratifs/Spese d'ufficio e amministrative	1.1	2016	10.560	unité/unità	0,025	264
Frais administratifs	Bureau et frais administratifs/Spese d'ufficio e amministrative	1.1	2017	10.560	unité/unità	0,05	528
Frais administratifs	Bureau et frais administratifs/Spese d'ufficio e amministrative	1.1	2018	10.560	unité/unità	0,05	528
Frais administratifs	Bureau et frais administratifs/Spese d'ufficio e amministrative	1.1	2019	10.560	unité/unità	0,025	264
Frais administratifs	Bureau et frais administratifs/Spese d'ufficio e amministrative	4.2	2017	4987	unité/unità	0,089	444
Frais administratifs	Bureau et frais administratifs/Spese d'ufficio e amministrative	4.2	2018	4987	unité/unità	0,0407	203
Frais administratifs	Bureau et frais administratifs/Spese d'ufficio e amministrative	4.2	2019	4987	unité/unità	0,0203	101
Réunions de suivi du projet	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	1.1	2016	250	km	1	250
Réunions de suivi du projet	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	1.1	2017	250	km	2	500
Réunions de suivi du projet	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	1.1	2018	250	km	2	500
Réunions de suivi du projet	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	1.1	2019	250	km	1	250
Réunions téléconsultations	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	4.2	2016	250	km	1,2	300
Réunions téléconsultations	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	4.2	2017	250	km	2,4	600
Réunions téléconsultations	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	4.2	2018	250	km	2,4	600
Réunions téléconsultations	Déplacement et hébergement/Viaggio e soggiorno	4.2	2019	250	km	1,2	300
Contrôle de premier niveau	Services externes/Servizi esterni	1.2	2017	1000	unité/unità	1	1000
Contrôle de premier niveau	Services externes/Servizi esterni	1.2	2018	1000	unité/unità	1	1000
Contrôle de premier niveau	Services externes/Servizi esterni	1.2	2019	1000	unité/unità	1	1000
Consultations médecins spécialistes	Services externes/Servizi esterni	4.2	2017	45	unité/unità	156	7020
Consultations médecins spécialistes	Services externes/Servizi esterni	4.2	2018	45	unité/unità	156	7020
Consultations médecins spécialistes	Services externes/Servizi esterni	4.2	2019	45	unité/unità	78	3510
Station mobile téléconsultations	Equipement/Spese per attrezzature	4.2	2016	21731	unité/unità	1	21731
Abonnement vidéoexpertise et ligne internet	Equipement/Spese per attrezzature	4.2	2017	319	mois/mese	12	3828
Abonnement vidéoexpertise et ligne internet	Equipement/Spese per attrezzature	4.2	2018	319	mois/mese	12	3828
Abonnement vidéoexpertise et ligne internet	Equipement/Spese per attrezzature	4.2	2019	319	mois/mese	6	1914
Consommables	Equipement/Spese per attrezzature	4.2	2017	300	unité/unità	0,5	150
Consommables	Equipement/Spese per attrezzature	4.2	2018	300	unité/unità	0,5	150
<b>Total</b>							<b>73330</b>

Pour les frais de bureau et frais administratifs, le calcul des dépenses est effectué au moyen d'un taux forfaitaire de 15% des coûts directs de personnel.