**DOSSIER DE CANDIDATURE**

**APPEL A PROJET**

**« Optimiser la prise en charge médicamenteuse des patients grâce à la conciliation médicamenteuse**

**et**

**favoriser la coordination entre les professionnels de santé autour de la prise en charge thérapeutique des patients en Île-de-France**

**ARS Ile-de-France - 2019**

***Merci de bien vouloir respecter la chronologie des rubriques.***

**A/ INFORMATIONS GENERALES**

|  |  |
| --- | --- |
| **Titre du projet** |  |
| **Porteur de projet** (nom, prénom, courriel, tel, statut/fonction) |  |
| **Le cas échéant, structure(s) participant au projet** (nom, statut juridique, GHT le cas échéant, nom et contact directeur) |  |
| **Destinataire du financement** (nom de la structure ou du professionnel de santé) |  |
| **Nom des partenaires du projet** (structures, établissements, professionnels de santé, associations de patients, représentant des usagers, etc.) |  |

**B/ DESCRIPTION DU PROJET**

|  |
| --- |
| **Avez-vous été retenu aux anciens appels à projets (2016, 2017, 2018) sur la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse en Ile-de-France de l’ARS ?** |
|  OUI   NON  **Si oui, préciser en quoi votre projet actuel se distingue des actions prévues dans les conventions précédentes :** |

|  |
| --- |
| **Quel est le territoire concerné par le projet ?** |
|  |

|  |
| --- |
| **Objectif(s) du projet** |
| Mise en place d’actions de conciliation médicamenteuse.  Favorise le lien et le partage d’informations entre les professionnels du secteur hospitalier et du secteur médico-social ou de la ville tout au long du parcours du patient, dans une logique de territoire.  Propose un projet de coordination ou d’organisation entre acteurs du soin de ville (médecins, pharmaciens…) autour de la prise en charge thérapeutique des patients, permettant notamment l’optimisation des prescriptions et des soins post-opératoires. |
|  |

|  |
| --- |
| **Résumé du projet** [max. 500 mots] |
| **Mots Clés** [5] **:** |

|  |
| --- |
| **Description détaillée du projet**en précisant [max. 5 pages] :  - L’objectif du projet  - Le contexte local  - La méthode de travail ou l’organisation prévue  - La(les) population(s) cible(s) ou le(s) service(s) ciblé(s)  - Les acteurs impliqués, leur fonction et leur formation éventuelle  - Les outils utilisés (messagerie sécurisée, logiciel…)  - La place accordée au patient et/ou à son entourage  - Le calendrier de mise en œuvre du projet |
|  |

|  |
| --- |
| **Indicateurs du rapport d’activité**  Indicateurs permettant d’évaluer le projet (indicateurs de moyen, de résultats, quantitatifs, qualitatifs et leur mode de recueil) |
| **Exemples d’indicateurs**   |  | Indicateurs qualitatifs | Indicateurs quantitatifs | | --- | --- | --- | | **Indicateurs de moyens** | Exemple :  - Installation du dossier pharmaceutique | Exemples :  - Nombre de professionnels de santé des secteurs ambulatoire et/ou médico-social du territoire sensibilisés à la conciliation médicamenteuse dans le territoire (soirée ville-hôpital, envoi courrier, mise à disposition d’un dépliant…) | | **Indicateurs de résultats** | Exemple :  - Enquête de satisfaction des patients conciliés | Exemples :  - nb (%) de patients ayant bénéficié d’une conciliation d’entrée et de sortie parmi les patients éligibles  - nb moyen de molécules, à l'exclusion des topiques, sur l’ordonnance de sortie chez les patients conciliés à l’entrée et à la sortie |   Pour les indicateurs quantitatifs, préciser le dénominateur de chaque pourcentage qui sera calculé. |

**C/ BUDGET DU PROJET**

|  |
| --- |
| *Estimation du budget. Présentation de chaque source de dépense et de recette.*  *Si vous estimez votre projet à plus de 20 000 euros, merci de bien vouloir préciser les éléments que vous souhaiteriez voir financés par l’ARS à hauteur de 20 000 euros.*  ***Pour rappel, les dossiers ne présentant pas le budget du projet, le montant de l’aide attendue et son affectation se verront opposé un refus préalable.*** |
| |  |  | | --- | --- | | **DEPENSES** | **RECETTES** | |  | **ARS**  **Autres, le cas échéant (préciser la source et le montant)** | |

**D/ ANNEXES**

Annexe - Lettre de soutien de la ou les direction(s) d’établissement(s), le cas échéant

Annexe - Accord de principe de collaboration des partenaires (secteurs sanitaires, ambulatoire, médico-social, représentants des usagers…)