**DOSSIER DE CANDIDATURE**

**APPEL A PROJET**

**« OPTIMISER LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE DES PATIENTS DANS LE CADRE DE LA CONCILIATION ET DU BILAN DE MEDICATION EN ÎLE-DE-FRANCE »**

**ARS Ile-de-France - 2018**

***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 à l’appel à projet 2016 ou 2017 « 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, en particulier de sortie, et favoriser 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.   Mise en place d’actions de conciliation médicamenteuse faisant intervenir une structure d’hospitalisation à domicile.  Projet de coordination ou d’organisation entre acteurs du soin de ville (médecins, pharmaciens…) autour de la prise en charge thérapeutique des patients. |

|  |
| --- |
| **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…)