**DOSSIER DE CANDIDATURE**

**APPEL A PROJET**

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

**et**

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

**ARS Ile-de-France - 2020**

***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 précédents appels à projets (2016, 2017, 2018, 2019) 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**  |
| Mettre en place, renforcer ou déployer des démarches de conciliation médicamenteuse, en particulier à la sortie du patient ;  Favoriser le lien et le partage d’informations sur la prise en charge médicamenteuse du patient tout au long de son parcours, entre les professionnels du secteur hospitalier, du secteur médico-social et de la ville, dans une logique de territoire; la poursuite d’initiatives de coopération mises en place lors de la crise du Covid-19 s’inscrit dans cet objectif.Proposer un projet de coordination ou d’organisation entre acteurs du soin de ville (médecins, pharmaciens…) autour de la prise en charge thérapeutique des patients,Proposer une approche originale favorisant le rôle actif du patient dans sa prise en charge médicamenteuse notamment pour améliorer son adhésion.  |

|  |
| --- |
| **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 30 000 euros, merci de bien vouloir préciser les éléments que vous souhaiteriez voir financés par l’ARS à hauteur de 30 000 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…)