****

**Ministère des Affaires sociales et de la santé**

**Appel à projets pour l’expérimentation d’hébergement temporaire non médicalisé de patients**

**Grille d’évaluation des projets à renseigner par les ARS**

*à transmettre à la DGOS (*[*DGOS-R3@sante.gouv.fr*](mailto:DGOS-R3@sante.gouv.fr)*), au plus tard le ….2017*

*(Double cliquer pour cocher)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom et adresse de l’établissement porteur du projet, statut juridique** |  | |
| **Nom et coordonnées du directeur de l’établissement demandeur (nom, prénom, mail)** |  | |
| **Nom du prestataire, le cas échéant adresse et statut** |  | |
| **Région concernée** |  | |
| **Date de réception de la demande** |  | |
| **Analyse de la recevabilité**  *(seuls sont transmis à la DGOS les dossiers jugés recevables par l’ARS)* | **Recevabilité de la candidature :** | **Recevabilité du dossier de candidature :** |
| - l’établissement dispose des autorisations nécessaires en lien avec le projet:  oui  non  Si oui, préciser lesquelles :  -  - | - Le dossier a été reçu dans les délais :  oui  non  - Le dossier est complet (y compris les annexes):  oui  non |
| **Avis de l’ARS** | favorable  défavorable  réservé | |
| **Nom et coordonnées du correspondant ARS (nom, mail, téléphone)** |  | |

Il est rappelé que, le cas échéant, des échanges entre l’ARS et les établissements de santé candidats peuvent permettre d’apporter des précisions sur les projets soumis.

**Merci de remplir la grille d’évaluation ci-dessous en utilisant les règles de cotation suivantes :**

A : très bon

B : bon

C : moyen

D : faible

**TABLEAU RECAPITULATIF DU DOSSIER CANDIDAT**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *double cliquer pour cocher* | **A** | **B** | **C** | **D** |
| 1. **Intérêt, pertinence du projet et de ses objectifs** |  |  |  |  |
| 1. **Qualité des organisations envisagées** |  |  |  |  |
| 1. **Faisabilité technique du projet** |  |  |  |  |
| 1. **Qualité et faisabilité de la partie financière du projet** |  |  |  |  |
| **Note globale attribuée au projet** |  |  |  |  |

**Commentaire général sur le projet :**

**Points forts :**

-

-

-

-

-

**Points faibles :**

-

-

-

-

-

**Degré de maturité du projet**

Le projet fait-il déjà l’objet d’une mise ou d’un début de mise en œuvre :

oui /  non

Si non : le projet vous semble-il suffisamment avancé pour être mis en œuvre dans l’année s’il est sélectionné ?

oui /  non

1. **Intérêt, pertinence du projet et de ses objectifs** *(double cliquer pour cocher)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| * 1. **Contexte et pertinence du projet** | **A** | **B** | **C** | **D** |
| Intérêt et pertinence du projet (choix des prises en charges des parcours ciblés), au regard du besoin :   * Besoins, attentes de la population * Caractéristiques épidémiologiques éventuellement |  |  |  |  |
| Intérêt et pertinence du projet (choix des prises en charges des parcours ciblés), au regard de l’offre :  . Offre, orientations stratégiques de l’établissement   * Positionnement de l’établissement dans l’offre de soins de la région, du territoire |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.2 Objectifs et cohérence du projet** | **A** | **B** | **C** | **D** |
| Clarté, structuration et cohérence de l’ensemble du projet |  |  |  |  |
| Description des objectifs généraux et enjeux définis par le projet |  |  |  |  |
| Pertinence, mesurabilité des objectifs d’efficience et de qualité envisagés |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **A** | **B** | **C** | **D** |
| **Jugement global de l’intérêt, la pertinence du projet et de ses objectifs** |  |  |  |  |

1. **Qualité des organisations envisagées** *(double cliquer pour cocher)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **2.1 Liens fonctionnels envisagés avec le prestataire (le cas échéant)** | **A** | **B** | **C** | **D** |
| Clarté et qualité de la structuration des liens fonctionnels envisagés (ou mis en œuvre) avec le prestataire |  |  |  |  |
| Etat d’avancement de la structuration de ce lien\*  *\*réponse : A : Mise en œuvre (convention déjà signée et mise en œuvre) ; B : en cours de signature de convention; C : pré-projet de convention non signé ; D : lien à construire ou non décrit* |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **2.2 Qualité de l’organisation envisagée** | **A** | **B** | **C** | **D** |
| Qualité et complétude des prestations envisagées |  |  |  |  |
| Modalités d’organisation envisagée (éligibilité, coordination, circuit…) |  |  |  |  |
| Description des procédures d’urgence |  |  |  |  |
| Modalités de pilotage de l’activité et de suivi des disfonctionnements éventuels |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **A** | **B** | **C** | **D** |
| **Jugement global sur la qualité des organisations envisagées** |  |  |  |  |

1. **Faisabilité technique du projet** *(double cliquer pour cocher)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **3.1 Modalités de réalisation du projet** | **A** | **B** | **C** | **D** |
| Pertinence du dimensionnent envisagé du projet (nombre de séjours concernés, nombre de nuitées envisagées, taille de la structure d’hébérgement) |  |  |  |  |
| Aptitude de la structure de soins et de l’équipe à porter le projet |  |  |  |  |
| Adéquation entre les ressources humaines allouées et les besoins du projet |  |  |  |  |
| Prise en compte des exigences réglementaires |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **3.2 Calendrier** | **A** | **B** | **C** | **D** |
| Crédibilité du calendrier prévisionnel |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **A** | **B** | **C** | **D** |
| **Jugement global de la faisabilité technique du projet** |  |  |  |  |

1. **Partie financière** (*double cliquer pour cocher)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **4.1 Description des coûts afférents et des ressources envisagées** | **A** | **B** | **C** | **D** |
| Evaluation des coûts du projet (conception, montage, travaux, RH, investissements…) |  |  |  |  |
| Evaluation des ressources à mobiliser par l’établissement sur le projet |  |  |  |  |
| Equilibre financier global compte tenu de l’activité prévisionnelle (montée en charge incluse) |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **4.2 Conditions tarifaires envisagées** | **A** | **B** | **C** | **D** |
| Adéquation des conditions tarifaires envisagées (au regard des prestations) |  |  |  |  |
| Adéquation des conditions tarifaires envisagées (au regard de la réglementation - pour mémoire : la part du reste à charge du patient ne peut excéder 18 euros) |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **A** | **B** | **C** | **D** |
| **Jugement global concernant le volet financier (qualité, faisabilité)** |  |  |  |  |