 

**Appel à projets**

**pour la création d’un EHPAD de 88 lits sur Marseille**

**Cadre de réponse**

**Date limite de dépôt des dossiers :** **16 octobre 2024 à 12h**

Les dossiers de candidature doivent être constitués à partir de ce cadre de réponse, et des annexes demandées en complément.

Les dossiers incomplets ou présentés sous une autre forme seront rejetés.

Les dossiers seront envoyés obligatoirement :

* **Soit par courrier recommandé** avec demande d’avis de réception **au plus tard le 16 octobre 2024 à 12h** (avis de réception faisant foi et non pas cachet de la poste) à :

Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d’Azur

132 boulevard de Paris

CS 50039

13331 Marseille cedex 03

* **Soit contre récépissé** **au plus tard le 16 octobre 2024 à 12h** à :

Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d’Azur

132 boulevard de Paris

CS 50039

13331 Marseille cedex 03

Le dossier sera constitué de :

* Quatre exemplaires en version papier ;
* Deux versions dématérialisées (clé USB).

# Présentation synthétique du projet et du porteur de projet

|  |
| --- |
| **1.1 - Le candidat** |
| Nom de la personne physique ou morale candidate : …………………………………………… |
| **1.2 - Implantation précise du projet** |
| Adresse :………………………………………………………………………………………………………. |
| * 1. **- Montage juridique du projet (murs et gestion) et financement du projet**
 |
| Propriétaire des locaux : ………………………………………………………………………….. |
| Coût de l’achat du terrain (le cas échéant) :……………………………………………. |
| Montant total des investissements (TTC) : …………………………………………………………….. |
|  Dont Travaux : …………………………………………………………………………… |
|  Dont Équipements : …………………………………………………………………….. |
| Plan de financement (cocher la ou les modalités de financement) :󠄀* Emprunt : …………………€
* Autofinancement : …………€
* Autres ( à préciser) : ………………………………………………….
 |
| Montant du loyer le cas échéant : ………………………………………………………………… |
| * 1. **- Calendrier prévisionnel (mois & année)**
 |
| Dépôt du permis de construire : …………………………………………………………………. |
| Lancement du chantier : …………………………………………………………………………. |
| Réception des travaux : ………………………………………………………………………… |
| Ouverture au public : …………………………………………………………………………….  |
| * 1. **- Financement**
 |
| Montant global du budget de fonctionnement en année pleine (TTC) : …………………………… |
|  Dont Groupe 1 : …………………………………………………………………………… |
|  Dont Groupe 2 : ………………………………………………………………………….. |
|  Dont Groupe 3 : …………………………………………………………………………… |
| Coût annuel à la place (TTC) : ………………………………………………………………………… |
| Frais de siège (TTC) : ……………………………………………………………………………………. |
| Prix de journée hébergement personne âgée (TTC) applicable à l’ensemble des PA  :…………………………………… |
| Prix de journée hébergement personne handicapée (TTC) :………………………………. |
| **1.6 - Personnel**  |
| Total du personnel en ETP : ………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| **1.7 - Personne ayant qualité pour engager l’établissement porteur du projet** |
| Nom, Prénom |  |
| Qualité |  |
| Courriel |  |

|  |
| --- |
| **1.8 - Personne responsable du projet (chef de projet)** |
| Nom, Prénom |  |
| Qualité |  |
| Courriel |  |
| Téléphone |  |

|  |
| --- |
| **1.9 – Gestionnaire chargé du suivi comptable et financier du projet** |
| Nom, Prénom |  |
| Qualité |  |
| Courriel |  |
| Téléphone |  |

Le cas échéant, informations sur les partenaires du projet *(à répéter pour chaque partenaire)* :

Désignation :

Coordonnées postales :

# Expérience du promoteur et capacité à réaliser

|  |
| --- |
| **2.1 - Expérience dans la gestion d’EHPAD** *Citer les EHPAD en gestion actuelle et leurs particularités – 20 lignes maximum* |
|  |
| **2.2 - Expérience dans la création d’une structure ex nihilo***Citer les expériences de création d’EHPAD, les difficultés rencontrées, les solutions apportées – 20 lignes maximum* |
|  |
| **2.3 - Expérience dans la gestion de publics mixtes (PA, PHV…)***Préciser les organisations mises en œuvre, les difficultés rencontrées, les solutions apportées - Une page maximum* |
|  |
| **2.3 - Situation financière du porteur de projet : Chiffre d’affaires, résultats comptables, CAF, BFR, FDR, Trésorerie***Ces éléments pourront être décrits dans un tableau le plus claire et lisible ci-dessous et devront être accompagnés de documents justificatifs – Une page maximum* |
|  |
| **2.4 - Montage juridique du projet** *Préciser le propriétaire du terrain, du bâti, le détenteur de l’autorisation d’EHPAD - 20 lignes maximum* |
|  |
| **2.5 - Maîtrise foncière du projet** *Préciser l’état d’avancement conformément aux documents fournis justifiant de la maitrise foncière - 30 lignes maximum* |
|  |
| **Calendrier prévisionnel du projet** *- Indiquer mois & année* |
| Dépôt du Permis de construire |  |
| Démarrage des travaux |  |
| Ouverture au public |  |

# Qualité du projet architectural

|  |
| --- |
| **3.1 - Adresse exacte de la localisation du futur EHPAD** *Joindre en annexe un plan précis de situation*  |
|  |
| **3.2 - Environnement** *Décrire l’environnement et argumenter le choix du foncier – Possibilité de joindre en annexe des photographies permettant de visualiser le site et son environnement - Une page maximum* |
|  |
| **3.3 - Accessibilité du site -** *20 lignes maximum* |
|  |
| **3.4 - Descriptif des locaux** |
| Capacité total des surfaces |  |
| Nombre de m² par lit (capacité totale de la surface/88 lits) |  |
| Surface des chambres et salles de bain |  |
| Nombre de chambres individuelles |  |
| Nombre de chambre double (le cas échéant) |  |
| Nombre de niveaux |  |
| Surface des espaces extérieurs (jardin et terrasse à préciser) |  |
| Nombre et surface des espaces communs (salle de restauration, salon, salle d’animation…) |  |
| Localisation de l’unité PHV |  |
| Surface unité PHV |  |
| Localisation du PASA |  |
| Surface unité PASA |  |
| Capacité de l’unité protégée |  |
| Localisation de l’unité protégée |  |
| Surface de l’unité protégée |  |
| Localisation des places d’HT le cas échéant |  |
| **3.5 - Sécurité des locaux** *- 20 lignes maximum* |
|  |
| **3.6 - Performances techniques en faveur du développement durable** *– Une page maximum* |
|  |
| **3.7 - Atouts du projet architectural** *– 20 lignes maximum* |
|  |

# Qualité de la prise en charge et de l’accompagnement des résidents

|  |
| --- |
| **4.1 - Description du fonctionnement général de l’établissement -** *1 page maximum* |
|  |
| **4.2 - Description du projet de soins** *– 3 pages maximum* |
|  |
| **4.3 - Modalités d’organisation et de fonctionnement en faveur du projet de vie individuel -** *30 lignes maximum* |
|  |
| **4.4 - Description du projet dans le cadre de la prise en charge des maladies neuro dénégratives *-*** *3 pages maximum* |
|  |
| **4.5 - Description du projet pour la prise en charge des personnes en situation de handicap *-*** *4 pages maximum* |
|  |
| **4.6 - Description du projet relatif à l’hébergement temporaire** *- 3 pages maximum* |
|  |
| **4.7 - Description du projet relatif au PASA** *- 3 pages maximum* |
|  |
| **4.8 - Description du projet relatif à l’Unité Protégée** *- 3 pages maximum* |
|  |
| **4.9 - Description du projet d’animation** *- 3 pages maximum* |
|  |
| **4.10 - Description du projet social** *- 3 pages maximum* |
|  |
| **4.11 - Description des prestations de restauration** *- 4 pages maximum* |
|  |
| **4.12 - Description des prestations de lingerie** *- 2 pages maximum* |
|  |
| **4.13 - Description des autres prestations** - 4 pages maximum |
|  |
| **4.14 - Modalités de mises en œuvre des droits des résidents** *- 3 pages maximum* |
|  |
| **4.15 - Description de la démarché d’amélioration de la qualité et d’évaluation** *- 4 pages maximum* |
|  |

# Les effectifs - *fournir un organigramme en annexe*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  *Précisez les ETP (remplacements inclus)* | H | D | S |
| Directeur |   |   |   |
| Personnel administratif |   |   |   |
| Cuisine services généraux |   |   |   |
| Animateur |   |   |   |
| ASH |   |   |   |
| AS |   |   |   |
| AES |   |   |   |
| AMP |   |   |   |
| Autre personnel |   |   |   |
| Psychologue |   |   |   |
| IDEC |   |   |   |
| IDE |   |   |   |
| Autres auxiliaires médicaux (précisez) |   |   |   |
| Médecin |   |   |   |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| *Dont effectif dédié à UVP : précisez les fonctions et la ventilation* |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| *Dont effectif dédié au PASA : précisez les fonctions et la ventilation* |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Dont effectif dédié à la prise en charge des PHV : précisez les fonctions et la ventilation* |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |

# Dossier financier - *fournir un budget en annexe*

|  |
| --- |
| **7.1 - Investissement** |
| **Coût du foncier (TTC)** |  |
| **Coût global TTC travaux** |  |
| **Coût global TTC équipement** |  |
| **Plan de financement à détailler précisément** |
|  |

**7.2 - Fonctionnement : année d’ouverture**

|  |  |
| --- | --- |
| **Taux d’occupation prévisionnel** |  |
| **Estimation du GMP**  |  |
| **Tarif TTC hébergement personne âgée** |  |
| **Tarif TTC hébergement personne handicapée vieillissante** |  |