

**APPEL A PROJET (AAP)  
MEDICO-SOCIAL CONJOINT  
ARS-PACA/CD-BOUCHES-DU-RHONE  
n° 2024 - 01**

**CAHIER DES CHARGES**

**Pour la création d'un établissement  
d'hébergement pour personnes âgées  
dépendantes de 88 lits  
sur la commune de Marseille  
dans le département des Bouches-du-Rhône**

# **AUTORITES RESPONSABLES DE L'APPEL A PROJET**

Monsieur Sébastien DEBEAUMONT,  
Directeur général Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur par intérim

132 boulevard de Paris - CS 50039  
13331 Marseille cedex 03

Standard : 04 13 55 80 10  
[www.ars.sante.fr](http://www.ars.sante.fr)

Madame Martine VASSAL,  
Présidente du Conseil départemental des Bouches-du-Rhône

Hôtel du Département  
52, avenue Saint Just  
13256 Marseille Cedex 20

Standard : 04 13 31 13 13  
[www.departement13.fr](http://www.departement13.fr)

# SOMMAIRE

<b>1 - CONTEXTE ET BESOINS.....</b>	<b>6</b>
1.1 - Un vieillissement marqué de la population.....	6
1.2 - Une offre déficitaire et un contexte social difficile sur Marseille.....	7
1.3 - La prise en charge des maladies neurodégénératives et le besoin de répit des aidants.....	8
1.4 - Le vieillissement des personnes en situation de handicap : un enjeu majeur.....	8
<b>2 - CARACTERISTIQUES DU PROJET.....</b>	<b>9</b>
2.1 - Qualification capacitaire.....	9
2.2 - Publics concernés.....	9
2.3 - Territoire d'implantation.....	9
<b>3 - ATTENTES DU PROJET.....</b>	<b>10</b>
3.1 - La capacité à faire du candidat.....	10
3.1.1 - L'expérience et les partenariats du promoteur.....	10
3.1.2 - La capacité à mettre en œuvre le projet.....	10
3.2 - Les conditions techniques de fonctionnement et de garantie de la qualité de la prise en charge.....	10
3.2.1 - La prestation attendue.....	10
3.2.2 - Le respect des droits des résidents.....	11
3.3 - Réalisation d'un avant-projet d'établissement.....	11
3.3.1 - L'organisation et le fonctionnement.....	11
3.3.2 - La qualité du personnel.....	12
3.4 - Architecture et environnement.....	13
3.4.1 - Normes réglementaires et plans.....	13
3.4.2 - Principales exigences.....	13
<b>4 - BUDGET.....</b>	<b>15</b>
4.1 - Modalités de financement.....	15
4.2 - Evolution du financement.....	16
<b>ANNEXE 1 – CRITERES DE SELECTION.....</b>	<b>17</b>
<b>ANNEXE 2 – ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DU POLE D'ACTIVITE ET DE SOINS ADAPTES.....</b>	<b>18</b>
<b>ANNEXE 3 – ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DE L'UNITE POUR PERSONNES HANDICAPEES VIEILLISSANTES.....</b>	<b>20</b>
<b>ANNEXE 4 – ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DE L'HEBERGEMENT TEMPORAIRE.....</b>	<b>24</b>
<b>ANNEXE 5 – ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DE L'UNITE DE VIE PROTEGEE.....</b>	<b>26</b>

## DESCRIPTIF DU PROJET

**NATURE :** établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

**TERRITOIRE :** Commune de Marseille :

- 1<sup>er</sup> arrondissement ;
- 2<sup>ème</sup> arrondissement ;
- 3<sup>ème</sup> arrondissement ;
- 14<sup>ème</sup> arrondissement ;
- 15<sup>ème</sup> arrondissement ;
- 16<sup>ème</sup> arrondissement.

**NOMBRE DE PLACES :** 88 lits dont :

- 74 lits d'hébergement permanent pour personnes âgées de 60 ans et plus dépendantes dont une unité de vie protégée de 12 places ;
- 10 lits d'hébergement permanent pour personnes handicapées vieillissantes ;
- 4 lits d'hébergement temporaire pour personnes âgées de 60 ans et plus dépendantes ;
- Un pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) de 12 places.

Les offres devront impérativement respecter les critères suivants :

- ❖ Habilitation à l'aide sociale pour 37 lits en hébergement permanent pour personnes âgées (PA) et 10 lits pour personnes handicapées vieillissantes (PHV) ;
- ❖ Implantation sur la commune de Marseille (1<sup>er</sup>, 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup>, 14<sup>ème</sup>, 15<sup>ème</sup> et 16<sup>ème</sup> arrondissements)
- ❖ Prise en charge des différentes catégories de public ciblées ;
- ❖ Respect des forfaits globaux soins et dépendance ;
- ❖ A minima, disposer de la maîtrise foncière de la totalité de la / de(s) parcelle(s) nécessaire(s) à la réalisation du projet, en fournissant une promesse de vente ou dans le meilleur des cas, joindre au dossier le permis de construire ;
- ❖ S'engager à la conclusion d'un acte juridique d'engagement de travaux au plus tard en janvier 2027.

## Cadre juridique :

- ❖ Code de l'action sociale et des familles (CASF) ;
- ❖ Code de la santé publique ;
- ❖ Code de la sécurité sociale ;
- ❖ Code général des collectivités territoriales ;
- ❖ Décret n°2010-870 du 26 juillet 2010 modifié par le décret n° 2014-565 du 30 mai 2014 et le décret n° 2016-801 du 15 juin 2016 relatifs à la procédure d'appel à projet et d'autorisation mentionnée à l'article L.313-1-1 du CASF ;
- ❖ Arrêté du 30 août 2010 relatif au contenu minimal de l'état descriptif des principales caractéristiques du projet déposé dans le cadre de la procédure de l'appel à projet mentionné à l'article L.313-1-1 du CASF ;
- ❖ Circulaire DGCS/SD3A/2011/444 du 29 novembre 2011 relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire ;
- ❖ Circulaire DGCS/SD5B/2014/287 du 20 octobre 2014 qui précise les dispositions réglementaires applicables à cette procédure d'autorisation des établissements et services médico-sociaux.

Sur la base des besoins identifiés et dans le respect de la réglementation relative aux appels à projets médico-sociaux, l'Agence régionale de santé Provence Alpes Côte-d'Azur et le Conseil départemental des Bouches-du-Rhône lancent un appel à projet pour la délivrance de l'autorisation de fonctionnement d'**un nouvel EHPAD sur Marseille pour le 1<sup>er</sup> arrondissement, le 2<sup>ème</sup> arrondissement, le 3<sup>ème</sup> arrondissement, le 14<sup>ème</sup> arrondissement, le 15<sup>ème</sup> arrondissement ou le 16<sup>ème</sup> arrondissement**, qui, conformément à l'article L.313-1 du CASF, sera accordée pour une durée de quinze ans.

En application de l'article L.313-4 du CASF, l'autorisation sera délivrée après avis de la Commission d'information et de sélection, si le projet présenté :

- satisfait aux règles d'organisation et de fonctionnement prévues par le présent code ;
- prévoit les démarches d'évaluation et les systèmes d'information respectivement prévus aux articles L.312-8 et L.312-9 ;
- répond au présent cahier des charges ;
- présente un coût de fonctionnement en année pleine compatible avec les dotations limitatives.

L'autorisation accordée sera renouvelable au vu des résultats positifs de l'évaluation réalisée par un organisme accrédité par la haute autorité de santé (HAS) telle que mentionnée à l'article L.312-8 du CASF.

# 1 - CONTEXTE ET BESOINS

Le présent appel à projet vise à construire un nouvel EHPAD sur Marseille sur le 1<sup>er</sup>, le 2<sup>ème</sup>, le 3<sup>ème</sup>, le 14<sup>ème</sup>, le 15<sup>ème</sup> ou le 16<sup>ème</sup> arrondissement de Marseille.

Le schéma départemental de l'autonomie des Bouches-du-Rhône 2024-2028 prévoit de développer et transformer l'offre de places en établissement pour personnes âgées au regard des perspectives démographiques.

Il prévoit ainsi une diversification des modalités de prise en charge avec le développement d'unités dédiées aux personnes handicapées vieillissantes.

Le Département vise également à assurer l'accessibilité financière des personnes âgées aux établissements, en rééquilibrant l'offre de places habilitées et en maîtrisant le reste à charge pour les personnes âgées.

Ce rééquilibrage et cette transformation de l'offre sont inscrites dans les orientations du Projet Régional de Santé 2023-2028, avec notamment l'objectif de diversifier l'offre existante, pour tenir compte des besoins de chaque territoire.

L'Agence régionale de santé Provence Alpes Côte-d'Azur mobilise ainsi des financements à hauteur de 4 millions d'euros afin de concentrer ce rééquilibrage et cette diversification sur le territoire des Bouches-du-Rhône, et plus spécifiquement la commune de Marseille.

## 1.1 - Un vieillissement marqué de la population

La région PACA connaît une accélération du vieillissement de sa population : en 2040, plus du tiers de la population aura plus de 60 ans et un habitant sur 5 aura 75 ans et plus, contre un sur 10 aujourd'hui. Dans le département des Bouches-du-Rhône, les personnes âgées de plus de 75 ans représenteront ainsi 11,9 % de la population, contre 13,5 % dans la région.

En 2023, le département disposait de près de 22 000 places en structures d'hébergement et d'accueil pour personnes âgées (environ 16 200 places en maisons de retraite, 3 100 places en service de soins infirmiers à domicile et 3 700 places en établissements non médicalisés).

En outre, plus de 4 000 places en structures d'hébergement pour adultes handicapés (2569 places en structures non médicalisées, 636 places en foyers d'accueil médicalisés (FAM) et 828 places en maisons d'accueil spécialisées (MAS) ont été recensées dans le département des Bouches-du-Rhône, soit une densité de 3,2 places pour 1000 habitants, valeur la plus faible de la région (moyenne de 3,7 places pour 1000 habitants).

En 2020, près de 204 000 personnes de 75 ans et plus résidaient dans le département des Bouches-du-Rhône (9,9 % de la population du département). Parmi les personnes âgées de 75 ans ou plus résidant à domicile dans le département, trois sur 10 (29,8 %) se trouvaient dans une situation de perte d'autonomie modérée à sévère, un chiffre supérieur à la moyenne régionale (26,8 %).

En 2028, d'après les projections de l'INSEE, environ 250 000 personnes seront âgées de 75 ans ou plus dans le département, soit environ 45 000 de plus qu'en 2020.

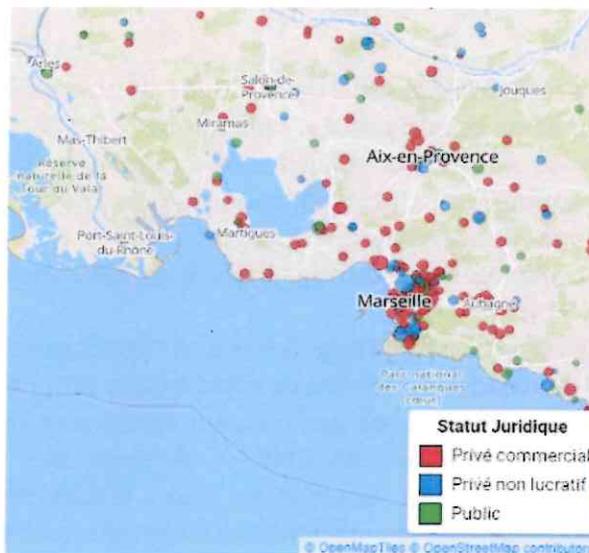
## 1.2 - Une offre déficitaire et un contexte social difficile sur Marseille

Sur le champ des EHPAD, le taux d'équipement sur le département des Bouches du Rhône s'établit à 80,5 % et est inférieur à la moyenne régionale (104 %).

Toutefois, de fortes disparités subsistent sur le département, la zone ouest (Aubagne-La Ciotat) étant l'une des mieux équipées de la région (97,6 %).

Sur Marseille, la situation est identique : si l'offre en EHPAD est assez développée (75,3 %), elle reste fortement déficitaire, particulièrement sur le centre-ville (1<sup>er</sup>, 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> arrondissements) et les quartiers Nord

(spécifiquement les 14<sup>ème</sup> et 15<sup>ème</sup> arrondissements) où les taux d'équipement sont inférieurs au taux constaté sur l'ensemble de la cité phocéenne.



D'un point de vue social, les Bouches-du-Rhône se situent au 13<sup>ème</sup> rang des départements métropolitains les plus touchés par la pauvreté : 18,6 % des habitants vivent sous le seuil de pauvreté (14,2 % en France Métropolitaine). Il est le 2<sup>ème</sup> département de la région PACA présentant le taux de pauvreté le plus élevé.

Sur Marseille, spécifiquement, qui concentre 43 % de la population du département, les indicateurs sociaux sont encore moins favorables que dans le reste du département et la précarité prend des formes multiples (grande précarité résidentielle, sanitaire, exclusions, pauvreté infantile, jeunes en situation de désinsertion sociale, sans-abrisme). Le taux de pauvreté dépasse 25 %.

On constate également des inégalités de revenus très marquées sur la commune de Marseille : quatre arrondissements de la ville sont parmi les six communes les plus pauvres du pays (1<sup>er</sup>, 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup>, 14<sup>ème</sup> et 15<sup>ème</sup>) et présentent des taux de pauvreté supérieurs à 40 % sur les 1<sup>er</sup>, 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup>, 15<sup>ème</sup> et 16<sup>ème</sup> arrondissements.

Les personnes âgées sont particulièrement concernées, en particulier sur le Centre-ville et les quartiers Nord, avec un taux de pauvreté qui a connu une progression de 1,3 % par an depuis neuf années s'agissant des personnes âgées de plus de 75 ans.

**L'ensemble de ces éléments justifie la création d'un EHPAD sur les arrondissements précités avec 50 % de places pour personnes âgées habilitées à l'aide sociale.**

### **1.3 – La prise en charge des maladies neurodégénératives et le besoin de répit des aidants**

En région PACA, plus de 80 % des personnes âgées de 65 ans et plus se déclarent « en bonne ou assez bonne santé ». Néanmoins, plus d'une personne sur deux souffre d'un problème de santé chronique et plus d'une personne sur trois est limitée dans les activités de la vie quotidienne<sup>1</sup>. L'augmentation du nombre de cas de maladies chroniques et de situations de dépendance physique liées à l'avancée en âge se conjugue avec l'émergence de maladies invalidantes et neurodégénératives, qui concernent aussi bien les patients que leurs proches aidants.

Les structures de répit, telles que l'hébergement temporaire favorisent le maintien à domicile des malades en offrant du répit à leurs proches.

L'hébergement temporaire peut également être utilisé comme une première étape avant une entrée définitive en EHPAD. Au sein des établissements, de nombreux dispositifs ont été développés, tels que les pôles d'activités de soins adaptés (PASA) qui ont vocation à accompagner les résidents souffrant de troubles modérés du comportement.

Bien que déployés sur le département des Bouches du Rhône, ces offres demeurent limitées sur le territoire ; au 1<sup>er</sup> janvier 2024 :

- 35 % des EHPAD disposent d'un PASA contre 50 % au niveau régional ;
- 21 % des établissements proposent une offre d'hébergement temporaire contre 26 % s'agissant des structures de la région.

**Dans ces conditions, l'installation de places d'hébergement temporaire, d'un PASA et d'une unité protégée au sein du futur EHPAD apparaît indispensable.**

### **1.4 - Le vieillissement des personnes en situation de handicap : un enjeu majeur**

La prise en charge des personnes handicapées vieillissantes constitue un enjeu important du fait de l'augmentation de leur espérance de vie. Au cours des dernières années, la part de personnes de plus de 50 ans a considérablement augmenté dans toutes les catégories d'établissements et de services pour personnes en situation de handicap (établissement et service d'aide par le travail (ESAT), foyer d'accueil médicalisé (FAM), maison d'accueil spécialisée (MAS), service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), foyer de vie.

L'avancée en âge des personnes soulève des enjeux en termes d'adaptation des établissements et services médico-sociaux, avec une évolution des pratiques professionnelles en termes de prise en charge et d'accompagnement. Des initiatives ont été menées sur le secteur de la dépendance, plusieurs EHPAD ayant entrepris des démarches dans le cadre d'une prise en charge spécifique, alors qu'il n'existe pas d'autorisation spécifique et de financements dédiés.

**L'objectif est donc créer une unité pour personnes handicapées vieillissantes de 10 places au sein du futur EHPAD avec une autorisation, un financement, une organisation et un fonctionnement clairement adaptés.**

<sup>1</sup> ARS PACA (2019), Orientation stratégique 8 PRS : le parcours de la personne âgée - <https://www.paca.ars.sante.fr/index.php/orientation-strategique-8-le-parcours-de-la-personne-agee>

## 2 – CARACTERISTIQUES DU PROJET

### 2.1 - Qualification capacitaire

Compte tenu des besoins recensés, décrits au chapitre 1, et en adéquation avec le public ciblé ci-dessus identifié, l'EHPAD sera autorisé pour :

- 74 lits en hébergement permanent pour des personnes âgées dépendantes dont une unité de vie protégée de 12 places ;
- 10 lits en hébergement permanent pour des personnes handicapées vieillissantes ;
- 4 lits d'hébergement temporaire ;
- 12 places pour un pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) permettant d'accueillir les résidents ayant des troubles modérés du comportement.

### 2.2 - Publics concernés

- **Personnes âgées de 60 ans et plus**, prioritairement Bucco-Rhodaniennes, avec un niveau de dépendance allant du GIR 1 au GIR 6, pouvant présenter des troubles neurodégénératifs quel que soit le stade de la maladie.
- **Personnes handicapées vieillissantes de 50 ans et plus**, prioritairement Bucco-Rhodaniennes, en incapacité de travailler en milieu ordinaire ou protégé ou à la retraite, et dont le niveau de handicap nécessitait jusqu'alors une prise en charge en internat en établissement du secteur du handicap.

Ainsi, les personnes accompagnées devront provenir de foyers d'accueil médicalisés (FAM), et de foyers de vie ou d'hébergement, ou résider à domicile et travaillant en ESAT ou ayant une orientation FAM, établissement d'accueil non médicalisé (EANM) avec un réel besoin de prise en charge renforcée, besoin qui n'est pas satisfait sur leur lieu de vie actuel et/ou situations qui mettent en difficulté les structures d'accueil.

### 2.3 – Territoire d'implantation

Le nouvel EHPAD devra impérativement être construit sur la commune de Marseille sur les 1<sup>er</sup>, 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup>, 14<sup>ème</sup>, 15<sup>ème</sup> ou 16<sup>ème</sup> arrondissements.

**Aucune modification d'implantation ne sera autorisée après la signature de l'arrêté d'autorisation.**

## **3 – ATTENTES DU PROJET**

### **3.1 - La capacité à faire du candidat**

#### **3.1.1 - L'expérience et les partenariats du promoteur**

Le candidat apportera des informations sur son organisation, sa situation financière, son activité dans le domaine médico-social ainsi que sur son équipe de direction (qualifications, tableau d'emplois de direction).

Il devra fournir des références et garanties notamment sur :

- ses précédentes réalisations ;
- le nombre et la diversité d'établissements et services médico-sociaux gérés.

Il pourra faire valoir des éléments de connaissance du territoire notamment du fait de la gestion de structures déjà existantes. Il mettra en valeur les partenariats essentiels à mobiliser dans une logique territorialisée et coordonnée.

#### **3.1.2 - La capacité à mettre en œuvre le projet**

Le promoteur devra être en capacité :

- **a minima** de prouver qu'il dispose de la maîtrise foncière de la totalité de la / de(s) parcelle(s) nécessaire(s) à la réalisation du projet, en fournissant une promesse de vente ;
- **dans le meilleur des cas**, de joindre au dossier le permis de construire.

**Dans le cas de projet avec un bailleur, le candidat devra obligatoirement fournir une attestation du bailleur et/ou le projet de location.**

Le promoteur devra également présenter un calendrier prévisionnel du projet précisant les jalons clés et les délais pour accomplir les différentes étapes.

### **3.2 - Les conditions techniques de fonctionnement et de garantie de la qualité de la prise en charge**

#### **3.2.1 - La prestation attendue**

Le projet s'attachera à favoriser le maintien de l'autonomie sociale, physique et psychique et garantira une prise en charge 24 heures sur 24.

Pour ce faire, il conviendra de satisfaire aux objectifs suivants :

- apporter les aides (directes ou incitatives) pour les activités de la vie quotidienne ;
- assurer une prise en charge en soins de qualité en faisant appel aux secteurs médicaux ou paramédicaux compétents en tant que de besoin ;
- maintenir l'ensemble des liens familiaux et affectifs de la personne âgée ou en situation de handicap avec son environnement social ; préserver un espace de vie privatif, même au sein d'une vie en collectivité, en garantissant un sentiment de sécurité ; concilier une

indispensable sécurité avec une nécessaire liberté en particulier pour les résidents présentant une détérioration intellectuelle ;

- maintenir les repères sur lesquels se fonde l'identité du résident (nom, prise en compte de l'histoire individuelle, mobilier dans sa chambre, assistance au culte possible...);
- mettre à disposition des éléments techniques (téléphone, télévision, internet ...) dans chaque chambre, sans contrainte horaire telle la fermeture d'un standard ;
- maintenir ou retrouver des relations sociales (participation aux activités, rôle propre, ouverture à la vie locale...);
- permettre et favoriser l'accès à certaines prestations extérieures : coiffure, esthétique, sorties culturelles et sociales.

### **3.2.2 - Respect des droits des résidents**

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rappelle les droits fondamentaux des usagers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux et, à ce titre, prévoit la mise en place de documents obligatoires :

- **le livret d'accueil**, qui doit être fourni conformément à l'article L. 311-4 du CASF ;
- **le règlement de fonctionnement** ;
- **le contrat de séjour**.

## **3.3 - Réalisation d'un avant-projet d'établissement**

### **3.3.1 - L'organisation et le fonctionnement**

Le candidat devra présenter les grandes lignes d'un avant-projet d'établissement, intégrant les composantes suivantes :

- le projet de vie et d'animation ;
- le projet de soins ;
- le projet d'accompagnement des personnes atteintes de pathologies neurodégénératives ;
- les projets de d'organisation et de fonctionnement :
  - du PASA avec les dispositions mentionnées en annexe n°2 ;
  - de l'unité PHV avec les dispositions mentionnées en annexe n°3 ;
  - de l'hébergement temporaire avec les dispositions mentionnées en annexe n°4 ;
  - de l'unité de vie protégée avec les dispositions mentionnées en annexe n°5.
- le projet social (politique RH).

Le candidat devra faire référence aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM relatives notamment à l'élaboration, la rédaction et l'animation de l'avant-projet d'établissement.

Le projet devra présenter les modalités de collaboration dans une perspective de parcours de vie de la personne âgée, quelle que soit sa situation. Il sera élaboré en équipe pluridisciplinaire, pour chaque résident, un projet d'accompagnement individualisé respectant la volonté de l'intéressé, son rythme, son histoire et ses convictions. Les modalités d'évaluation et de remédiation du projet d'accompagnement individualisé devront être précisées.

Le projet de soins devra s'inscrire dans une démarche globale et coordonnée. Il détaillera les modalités d'organisation avec le médecin coordonnateur, les médecins traitants, l'accès aux consultations médicales spécialisées, les modalités d'hospitalisation et de prise en charge de la fin de vie.

Le projet de prise en charge des personnes atteintes de pathologies neurodégénératives précisera les modalités d'organisation tant au niveau des locaux que du personnel dédié. Il mentionnera également les actions mises en œuvre en particulier la place donnée aux thérapies non médicamenteuses.

### **3.3.2 - La qualité du personnel**

L'équipe d'encadrement sera constituée à minima d'un directeur, d'un infirmier coordinateur et d'un médecin coordonnateur.

L'ensemble du personnel devra notamment être représenté par :

- du personnel soignant qualifié : IDE, aides-soignants et/ou AMP/AES, ASG, ergothérapeute ou psychomotricien ;
- du personnel éducatif pour l'animation et l'accompagnement des résidents relevant de l'unité PHV (APM/AES/moniteur/éducateur spécialisé) ;
- un psychologue ;
- un animateur ;
- des ASH.

Une convention de mise à disposition de personnel par une structure prenant en charge des personnes en situation de handicap pourra être envisagée.

L'établissement devra obligatoirement s'inscrire dans un réseau de structures, de services, et d'associations dans le champ du handicap. Le projet devra permettre d'identifier ces partenaires.

La description des postes de travail ainsi que l'organigramme devront être précisés dans l'avant-projet d'établissement.

Le candidat devra produire un dossier relatif à l'ensemble du personnel comprenant :

- le tableau des effectifs par catégorie professionnelle (nombre, ETP et ratio) en distinguant les intervenants extérieurs ;
- le tableau des effectifs pour l'unité PHV ;
- le tableau des effectifs pour l'unité de vie protégée ;
- le coût salarial des différents postes ;
- un planning type ;
- des éléments de gestion prévisionnelle des compétences ;
- un plan de formation continue.

## 3.4 - Architecture et environnement

### 3.4.1 - Normes réglementaires et plans

Le bâtiment qui abritera le futur EHPAD devra répondre aux normes réglementaires régissant le fonctionnement des établissements d'hébergement de type J ou toutes autres normes relatives aux établissements recevant du public (ERP) et à toute réglementation relative à la construction (notamment en matière de développement durable et d'accessibilité) en vigueur à la date du dépôt du dossier.

En cas d'acquisition de terrain, le candidat fournira le titre de propriété ou une promesse de vente ainsi qu'un extrait cadastral.

Le candidat précisera les principes d'aménagement et d'organisation du bâtiment, permettant l'accueil et la cohabitation des différents publics ciblés.

Il fournira pour cela des plans prévisionnels et schémas ainsi qu'un descriptif détaillé des locaux. A ce titre, son dossier comprendra au minimum les pièces suivantes :

- une notice présentant et justifiant le parti architectural retenu au regard, notamment, du projet d'établissement et des exigences formulées ci-après ;
- un plan de situation ;
- un plan masse ;
- les plans des différents niveaux à échelle visible ;
- les principales élévations et coupes ;
- le plan d'une chambre type à échelle 100è ;
- le cas échéant, toute autre représentation graphique permettant d'exprimer les principales caractéristiques ou particularités du projet architectural ;
- le détail de l'ensemble des surfaces ;
- une estimation du montant de l'investissement exprimée en montant de travaux HT et en valeur finale TTC et toutes dépenses confondues.

### 3.4.2 - Principales exigences

Les principales exigences auxquelles le projet architectural devra répondre sont :

1. **insertion urbaine** : destiné à être implanté en pleine ville, le futur EHPAD, à travers son projet d'établissement et son fonctionnement, mais aussi par son architecture et son insertion urbaine, devra à la fois répondre aux contraintes spécifiques à la densité du milieu urbain dans lequel il s'inscrira (notamment en termes de qualité des espaces extérieurs) et savoir valoriser les opportunités produites par cette localisation, en particulier en termes de synergie entre vie dans l'établissement et vie de quartier.

L'enjeu est d'insérer au mieux la structure dans la ville pour apporter aux résidents les bénéfices d'une vie de quartier et faire en sorte que la structure soit un élément de valorisation urbaine.

2. **programme mis en œuvre - dimensionnement, organisation et qualité des espaces** : les conditions d'installation et les dispositions architecturales devront intégrer les besoins spécifiques dus à la nature des troubles et aux effets du vieillissement (normes

d'accessibilité, d'hygiène et de sécurité, fonctionnalité des locaux, recherche de bien être des occupants...).

Les espaces devront être pensés, adaptés et dimensionnés de manière à ce qu'ils contribuent directement au maintien de l'autonomie des résidents, à favoriser le mieux possible leur sociabilité et instaurer une réelle appropriation de l'institution par l'usager, que ce soit le résident lui-même ou son entourage. Il convient en particulier de veiller à une signalétique claire et adaptée aux résidents.

La conception des espaces devra être la traduction de la spécificité de l'établissement en maintenant un juste équilibre entre ses trois principales composantes :

- ❖ être d'abord un lieu de vie, préservant à la fois une réelle intimité pour le résident et son entourage et la convivialité nécessaire au maintien du lien social tant entre les résidents qu'entre ces derniers et leurs proches ;
- ❖ être un lieu adapté à la prise en charge de la dépendance, conciliant liberté et sécurité pour chacun ;
- ❖ être un lieu de prévention et de soins où sont prodigués de façon coordonnée les prestations médicales et paramédicales nécessaires aux résidents.

L'espace privatif doit être considéré comme la transposition en établissement du domicile du résident.

Il doit pouvoir être personnalisé et permettre aux personnes âgées qui le souhaitent d'y apporter du mobilier personnel, cadres, photographies et autres objets familiaux.

L'organisation de cette surface doit être pensée en fonction de la perte d'autonomie de la personne et de son évolution, évitant ainsi des transferts géographiques pouvant induire une perte des repères du résident.

Les espaces collectifs concourent à maintenir des liens sociaux et permettent à des personnes extérieures une bonne fréquentation de l'établissement. Le traitement de ces espaces doit favoriser la convivialité, concourir à améliorer le confort, la qualité de vie des résidents et éviter leur isolement.

La structure devra bénéficier d'un accès à des espaces verts extérieurs, garantissant un environnement de vie favorable au maintien de l'autonomie tout en préservant la sécurité des personnes. Lorsque l'autorisation sera accordée suite à cet appel à projet, le promoteur pourra faire appel au service d'assistance de la CARSAT sud-est (conception des locaux de travail, aides financières, appui méthodologique RPS).

- 3. performances de la construction** : le projet devra s'inscrire dans une démarche de qualité environnementale, se traduisant notamment par la mise en place de dispositifs, passifs (orientations des constructions, traitement des façades, isolation thermique...) et actifs, de maîtrise des consommations énergétiques. Autant que faire se peut, les sources énergétiques les moins polluantes devront être retenues pour chauffer et rafraîchir les locaux (raccordement à un réseau de chaleur, voire de froid, chaudière gaz...).

Tout dispositif ou toute disposition qui permettra d'atteindre un niveau de performance environnemental supérieur à celui imposé par la réglementation en vigueur sera considéré comme un avantage du projet.

## 4 - BUDGET

### 4.1 - Modalités de financement

Le candidat devra fournir :

- ❖ l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) correspondant à la première année de fonctionnement ;
- ❖ le plan global de financement pluriannuel (PGFP) sur cinq ans.

L'activité de la structure sera financée de la façon suivante :

**Pour la partie « soins » :** la dotation forfaitaire annuelle sera établie comme suit :

- ❖ **12 200 € par lit d'hébergement permanent « classique pour personnes âgées » y compris pour l'unité de vie protégée (capacité autorisée de 74 lits) dont 700 euros par place de crédits Ségur (financements complémentaires) ;**
- ❖ **20 000 € par lit d'hébergement permanent pour les personnes en situation de handicap (capacité autorisée de 10 lits) intégrant les financements Ségur ;**
- ❖ **11 750 € par lit d'hébergement temporaire, (capacité autorisée de 4 lits) intégrant les financements Ségur ;**
- ❖ **5 000 € par place PASA (capacité autorisée 12 places) intégrant les financements Ségur.**

**Soit un total prévisionnel pour la section soins, en année pleine et à l'ouverture de la structure, de 1 209 800 €.**

**Pour la partie « dépendance » :** le forfait global dépendance sera calculé l'année d'ouverture à partir du GMP moyen Départemental pour les 88 lits d'hébergement et de la valeur du point GIR de l'année.

Pour information, le GMP moyen départemental 2023 est de 775 points et la valeur du point GIR est de 7,13 € TTC en 2024.

**Pour la partie « hébergement » :** l'établissement devra transmettre un budget prévisionnel global, conformément aux dispositions des articles R. 314-3 à R. 314-13 du code de l'action sociale et des familles.

Ce budget devra préciser le cas échéant les coûts relatifs à la section personnes âgées et les coûts de l'unité personnes handicapées vieillissantes, ainsi que les clefs de répartition et les prix de journée PA et PHV.

Les prix de journée hébergement (personnes âgées – personnes handicapées) seront déterminés annuellement par arrêté de la Présidente du Conseil départemental.

Les tarifs journaliers proposés devront être compatibles avec les moyens financiers limités de la population Marseillaise. Dans l'attente de la publication du décret relatif à l'article 24 de la loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie, le tarif aide sociale personnes âgées s'appliquera à l'ensemble des personnes âgées.

## 4.2 Evolution du financement

L'instruction N° DGCS/SD5C/2017/123 du 7 avril 2017 relative à la mise en œuvre des dispositions du décret relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, fixe le financement des places en hébergement permanent de la façon suivante :

**Pour les prestations en soins :** le calcul du niveau de ressource octroyé à un EHPAD est le résultat de l'équation tarifaire :  $[(GMP+PMP \times 2.59) \times \text{capacité autorisée de l'hébergement permanent} \times \text{valeur du point}]$

Les PMP et GMP, pris en compte pour le calcul des forfaits globaux de soins et de dépendance de l'année N, sont les derniers PMP et GMP validés, au plus tard le 30 juin N-1, par des médecins désignés par la Présidente du Conseil départemental et par le directeur général de l'Agence régionale de santé territorialement compétente, conformément à l'article L. 314-9 du CASF. La capacité autorisée, quant à elle est celle du 31/12 N-1.

Le forfait global de soins peut être complété par des financements complémentaires, prévus à l'article R. 314-163 du CASF, destinés à couvrir d'une part les modalités d'accueil particulières et d'autre part des actions innovantes et ponctuelles mises en place par l'établissement.

**Pour les prestations de dépendance :** le financement de la dépendance pour les places d'hébergement permanent est calculé par le biais d'une équation tarifaire qui tient compte du niveau de dépendance des résidents de l'établissement. Cette équation automatise le niveau de ressource octroyé aux établissements. :

$[(\text{Niveau de dépendance} \times \text{places autorisées d'hébergement permanent} \times \text{valeur du point GIR départemental}) - \text{participations des résidents} - \text{tarifs des résidents d'autres départements}]$

Le nombre de personnes hébergées dans l'EHPAD correspond au nombre de résidents présents lors de l'évaluation du GMP et dont la perte d'autonomie a été évaluée et traduite en points GIR. La valeur du point GIR départemental est fixée annuellement par un arrêté du président du Conseil départemental.

La validation des coupes AGGIR et Pathos doit intervenir au maximum dans les deux années qui suivent l'ouverture de l'EHPAD.

Dans ce délai, une fois le PMP et le GMP validés par les médecins désignés par la Présidente du Conseil départemental et par le directeur général de l'Agence régionale de santé, les forfaits soins et dépendance accordés à l'établissement seront revus conformément aux règles ci-dessus rappelées.

## ANNEXE 1 – CRITERES DE SELECTION

Thèmes	Critères de jugement des offres	Coeff de pondér <sup>o</sup>	Notes de 1 à 5 *	Total
<b>Présentation du projet</b> 10 points	Lisibilité, concision, cohérence, clarté et cohérence d'ensemble du projet et qualité des plans et schémas	2		/10
<b>Expérience du promoteur et capacité à réaliser</b> 55 points	Expérience dans la gestion d'EHPAD	2		/10
	Expérience dans la création d'une structure ex nihilo	2		/10
	Expérience dans la gestion de publics mixtes (PA, PHV)	2		/10
	Maîtrise foncière de la totalité de la / de(s) parcelle(s) nécessaire(s) à la réalisation du projet, en fournissant une promesse de vente Transmission du permis de construire le cas échéant	5		/25
<b>Qualité du projet architectural</b> 100 points	Intégration urbaine : localisation, accessibilité (notamment en transports en commun), possibilités de liens avec la vie de quartier et d'interaction avec les activités locales	4		/20
	Programme surfacique mis en œuvre : natures, nombre et surfaces des locaux, notamment des chambres, des espaces communs et extérieurs	4		/20
	Fonctionnalité des espaces : organisation générale du bâtiment, accès, gestion des flux (résidents, visiteurs, personnels, logistiques...)	4		/20
	Qualité des espaces au regard des exigences de prise en charge des résidents, en termes de sécurité, de bien être, de stimulations, d'échanges...	5		/25
	Performances techniques de la construction, notamment en matière de développement durable (sources énergétiques retenues, performance énergétique du bâtiment...),	3		/15
<b>Qualité de prise en charge et de l'accompagnement des résidents</b> 180 points	Pertinence de l'avant-projet d'établissement vis-à-vis des besoins des publics ciblés, du contexte social de l'implantation géographique et des modalités de coopération et de partenariat avec la filière gériatrique	3		/15
	Modalités d'organisation et de fonctionnement en faveur du projet de vie individuel des résidents	3		/15
	Qualité du projet de soins	4		/20
	Qualité du projet pour la prise en charge des maladies neurodégénératives	4		/20
	Qualité du projet pour la prise en charge des PHV	4		/20
	Qualité du projet relatif à l'hébergement temporaire	4		/20
	Qualité du projet relatif au PASA	4		/20
	Qualité du projet relatif à l'Unité de vie protégée	4		/20
	Qualité du projet d'animation	3		/15
Projet social : composition de l'équipe, adéquation des compétences, plan de formation, analyse des pratiques	3		/15	
<b>Efficiences médico-économique</b> 90 points	Capacité financière à mener le projet d'investissement dans les meilleurs délais et sincérité du plan de financement	4		/20
	Cohérence des coûts salariaux par rapport au projet social	3		/15
	Capacité à optimiser les coûts de fonctionnement, viabilité financière du projet en exploitation, sincérité budgétaire, respect du budget	4		/20
	Tarifs journaliers prévisionnels en hébergement	5		/25
	Modalités de pilotage et d'évaluation de la démarche d'amélioration continue de la qualité	2		/10
<b>TOTAL</b>				<b>/435</b>

\*barème de notation  
0 : élément non renseigné ou inadapté  
1 : réponse insuffisante  
2 : réponse partielle  
3 : réponse correcte  
4 : réponse satisfaisante  
5 : réponse très satisfaisante

# ANNEXE 2 – ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DU POLE D'ACTIVITE ET DE SOINS ADAPTES

## A - La population cible

Le pôle d'activités et de soins adaptés accueille des résidents :

- ayant des troubles du comportement modérés consécutifs à une maladie neurodégénérative associée à un syndrome démentiel qui altèrent la qualité de vie de la personne et des autres résidents ;
- provenant en priorité de l'établissement ;
- dont les troubles du comportement auront été évalués à l'aide de la grille NPI-ES (Inventaire Neuropsychiatrique, version Equipe Soignante).

Le projet devra présenter une file active d'au moins 20 résidents, visant un public plus large que les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer et/ou de maladies apparentées. Ainsi, l'adaptation de l'accompagnement à de nouveaux publics atteints de maladies neurodégénératives doit être recherchée dans le projet présenté.

## B - Les prérequis d'organisation et de fonctionnement

Le PASA est soumis à des conditions réglementaires et de fonctionnement (code de l'action sociale et des familles art. D-312-155-0-1). Des recommandations de bonnes pratiques ont été aussi publiées par la haute autorité de santé (HAS) en juillet 2017. Enfin la circulaire DGAS/DSS/DHOS n°2009-195 du 6 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan Alzheimer et maladies apparentées précise aussi les modalités de fonctionnement attendues.

Ainsi ont été définies les prérequis de fonctionnement et d'organisation suivants :

L'identification des besoins des personnes accueillies au sein de l'EHPAD ou des EHPAD en réalisant les grilles NPI-ES

Le projet spécifique du PASA intégré au projet d'établissement de l'EHPAD, qui doit définir :

- ❖ l'environnement ;
- ❖ les profils des personnes éligibles ;
- ❖ le personnel qui interviendra au PASA, les formations envisagées tant pour le personnel du PASA que pour les personnels de l'EHPAD ;
- ❖ les modalités de fonctionnement : le programme des activités, leurs objectifs et les évaluations rattachées, le planning prévisionnel, les heures d'ouverture, les modalités d'organisations entre l'EHPAD et le PASA (mutualisation du personnel, modalités de transmissions, gestion des arrivés et des départs ...).

## C - Les locaux

L'établissement doit disposer des espaces suivants :

- Une entrée adaptée : la conception de l'entrée du pôle fait l'objet d'une attention

particulière, elle permet la sécurité des résidents tout en évitant de créer des situations anxiogènes ;

- Des espaces de vie sociale et d'activités : le PASA dispose d'un espace repas avec office, d'un espace salon et d'espaces pour permettre aux personnes accueillies de bénéficier d'activités individuelles ou collectives. La prise de repas dans le pôle permet de limiter les déplacements des résidents à l'extérieur;
- Des espaces de service nécessaires à son fonctionnement ;
- Des sanitaires ;
- Un jardin ou une terrasse clos et sécurisé, librement accessible aux résidents.

## **D - Le personnel**

Le personnel qui interviendra devra être en moyenne compris entre 4 à 7 personnes soit 1,8 à 2,8 ETP : ASG (majoritairement 58,2 %), Ergothérapeutes ou psychomotriciens, Psychologues, Médecins coordonnateurs.

Il conviendra de décliner un planning prévisionnel et les mutualisations entre EHPAD et PASA. Des intervenants extérieurs (bénévoles, art-thérapeutes, animateur sportif en activité physique adaptée) peuvent être sollicités pour répondre aux besoins et attentes des personnes accueillies.

Par ailleurs, il est attendu un plan de formation tant du personnel du PASA que du personnel de l'EHPAD.

## **E - Les modalités de fonctionnement du PASA**

Le fonctionnement du PASA est définie dans le projet spécifique qui indiquera :

- ❖ Les horaires et jours d'accueil du pôle : **a minima 5 jours sur 7 et durant 7h30 par jour**
- ❖ Les plannings prévisionnels des activités thérapeutiques individuelles et collectives ;
- ❖ L'accompagnement personnalisé intégrant le rôle des proches ;
- ❖ Les transmissions d'informations entre l'équipe du PASA et celles de l'EHPAD voire du service extérieur;
- ❖ L'organisation de l'accueil des personnes.

# ANNEXE 3 – ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DE L'UNITE POUR PERSONNES HANDICAPEES VIEILLISSANTES

## A - Projet architectural et localisation

Deux modèles seront possibles :

### **1. Des places de l'unité PHV regroupées au sein d'une unité dédiée.**

Les chambres devront être individuelles.

Au niveau architectural, l'unité devra, autant que possible, respecter les principes suivants :

- définition d'espaces de vie, privatifs et communs, adaptés à l'accueil de personnes handicapées vieillissantes ;
- cadre de vie convivial respectant la liberté d'aller et venir, l'intimité et la vie privée ;
- espaces permettant une interaction avec d'autres publics, notamment les familles et les autres résidents de l'EHPAD.

Les résidents de cette unité devront également pouvoir bénéficier d'espaces de vie et d'activités dédiés.

Néanmoins, certaines activités pourront être réalisées dans des espaces partagés avec les autres résidents **afin de faciliter leur inclusion dans l'établissement.**

Le candidat devra mettre en avant dans son dossier les principes d'aménagement et d'organisation des différents espaces.

### **2. Des places de l'unité PHV réparties au sein de l'EHPAD sans distinction avec les autres résidents.**

Les chambres devront être individuelles.

Ce schéma permet de privilégier l'inclusion des personnes en situation de handicap en « milieu ordinaire ».

Cela permet aussi de « situer » au sein de l'EHPAD, les personnes en situation de handicap en fonction du niveau de dépendance, de la charge en soins et de leurs besoins en terme de prise en charge globale.

Le porteur devra démontrer la cohérence quant au projet d'accompagnement de ces personnes et la compatibilité de leur prise en charge au sein de l'EHPAD « classique » (importance de prendre en compte le choix de la personne, son profil et son handicap mais aussi sa/ses pathologie(s)).

## **B – Modalités de fonctionnement**

### **1) Principales caractéristiques et critères de qualité exigés**

#### a) Les procédures d'admissions/sorties

**Le processus d'admission** devra prévoir les modalités de collaboration entre l'EHPAD et l'établissement d'accueil antérieur ou les services accompagnant la personne qui sera admise dans l'unité PHV.

Le candidat aura en charge l'évaluation de la pertinence de l'admission de la personne dans l'unité dédiée. Cette évaluation se basera sur trois éléments :

- ❖ Une évaluation du GIR par le médecin coordonnateur de l'EHPAD ;
- ❖ Une évaluation des besoins et des prestations à mettre en œuvre basée sur la nomenclature SERAFIN-PH par l'EHPAD en étroite collaboration avec la structure d'accueil actuelle ;
- ❖ Un avis circonstancié de la structure d'accueil antérieure.

Le porteur de projet informera les services départementaux et l'agence régionale de santé lors de chaque admission, qui se feront en lien avec la MDPH.

Un projet de procédure d'admission devra être annexé au projet. Une attention particulière sera portée sur la manière dont sera envisagée la période de transition entre la structure d'accueil antérieure et l'unité PHV (stages, accueil séquentiel...).

**La sortie** doit être envisagée dès lors que la personne accueillie en unité PHV est dans l'impossibilité de tirer bénéfice des activités proposées et/ou n'adhère plus au projet et activités proposées. Ainsi, un transfert vers l'EHPAD « classique » ou une autre structure médico-sociale devra être organisée.

Cette sortie doit être étudiée dans le cadre du projet de vie individualisé entre la personne et/ou son représentant légal et l'équipe pluridisciplinaire de l'EHPAD. L'avis du médecin coordonnateur de l'EHPAD est requis. Une vigilance particulière doit être apportée en amont de l'entrée dans l'unité PHV afin de sensibiliser la personne accueillie, ainsi que ses proches ou son représentant légal, aux critères de sortie de l'unité PHV.

#### b) Le projet de vie personnalisé

Le projet déposé devra comprendre une trame type de projet de vie personnalisé propre à répondre aux besoins et attentes de la personne handicapée.

Ce document doit viser particulièrement à :

- Maintenir, voire développer, les acquis de la personne handicapée âgée le plus longtemps possible dans le respect de son vécu et de son rythme de vie ;
- Accompagner la personne handicapée dans les actes de la vie quotidienne ;
- Favoriser son insertion dans le tissu social local ;
- Préserver ses liens avec son entourage familial et affectif et le lien social avec la structure d'accueil précédente ;

- Favoriser les échanges entre les résidents de l'unité PHV et ceux du reste de l'EHPAD à travers les activités de la vie quotidienne et les animations.

c) Le projet d'accompagnement et d'animation

Le dossier de candidature devra prévoir les activités partagées avec les résidents de l'EHPAD mais également celles dédiées aux personnes handicapées. Il devra préciser la nature des activités spécifiques proposées : activités sociales, d'animation et de sorties visant à favoriser la participation des personnes concernées à la vie sociale et à leur insertion dans le milieu environnant.

Le candidat présentera le personnel chargé, d'une part, de la coordination de ces activités, et d'autre part, de leur réalisation. Il est également demandé de fournir un planning hebdomadaire type des activités proposées aux personnes handicapées vieillissantes.

Une attention particulière doit par ailleurs être portée par le gestionnaire à la description des moyens de communication sur le projet d'unité PHV, à destination de l'ensemble des résidents de l'EHPAD, des familles et du personnel (CVS, groupes de travail, réunions dédiées...).

## **2) Partenariats**

L'établissement devra **obligatoirement** s'inscrire dans un réseau de structures, de services, et d'associations dans le champ du handicap. Le projet devra permettre d'identifier ces partenaires.

Une attention particulière sera portée sur la capacité de l'établissement à tisser des relations avec des établissements pour personnes handicapées du département. Ces partenariats devront impérativement traiter des transitions entre les établissements pour personnes handicapées et l'EHPAD.

Le lien avec l'association qui accompagnait la personne accueillie en unité devra être continu.

La formalisation de ces partenariats par des projets de convention est à favoriser.

## **3) Personnel et formation**

a) Organigramme et effectif

Le projet décrira la composition de l'équipe de l'unité PHV. Il est notamment demandé d'intégrer dans le projet les éléments suivants :

❖ **l'organigramme hiérarchique et fonctionnel de l'EHPAD, intégrant celui de l'unité PHV** : le tableau des effectifs de l'EHPAD, précisant pour chaque salarié les éléments suivants : identité, fonction, diplôme, date d'embauche, nature du contrat de travail, ETP ;

❖ **le tableau prévisionnel des effectifs dédiés à l'unité PHV et/ou mutualisés avec l'EHPAD, précisant les éléments suivants** : fonction, diplôme, date d'embauche, nature du contrat de travail, ETP.

Les PHV seront accompagnées par un personnel d'ores-et-déjà en fonction au sein de l'établissement. Le renforcement de l'équipe devra s'effectuer avec du personnel spécifique, et en particulier **un temps supplémentaire de personnel éducatif** (éducateur diplômé, moniteur, AMP) pour assurer les activités de jour, ayant une expérience dans le champ du handicap ;

b) Formation

Les personnels qui seront amenés à travailler dans l'unité PHV devront bénéficier de formations spécifiques pour la prise en charge de personnes handicapées vieillissantes. Un programme de formation adapté doit donc être proposé dans le dossier de candidature, avec un financement fléché qui pourra être accordé par l'ARS.

**4) Les équipements**

Le candidat du projet garantira la mise en œuvre d'un programme d'activités adapté. Dans ce cadre, il intégrera au budget prévisionnel de l'unité les dépenses liées à la réalisation de sorties.

Le candidat devra par ailleurs garantir la disponibilité de l'équipement nécessaire pour assurer les activités qui auront lieu à l'extérieur de l'établissement. Un véhicule adapté pourra notamment être disponible.

# ANNEXE 4 – ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DE L'HEBERGEMENT TEMPORAIRE

## A – Objectifs et public cible

L'hébergement temporaire constitue une réponse à des besoins des personnes âgées dépendantes et de leurs proches. Il s'agit d'une étape dans le parcours de la personne âgée principalement dans le cadre de situations programmées de jour comme de nuit :

- besoin de sécurisation pendant des périodes sensibles en réponse à une situation d'isolement (l'hiver par exemple) ;
- travaux d'aménagement au domicile de la personne âgée ;
- aidants momentanément indisponibles (hospitalisation programmée, congés, besoin de répit) ;
- familiarisation avec la vie en institution avant entrée définitive au sein de l'EHPAD ;
- sortie de SSR.

Dans toutes ces situations, l'EHPAD est garant de la bonne organisation du retour au domicile de la personne âgée.

Les personnes concernées sont :

- les personnes âgées atteintes de pathologies neurodégénératives,
- les personnes âgées en perte d'autonomie physique,
- de manière plus marginale, les personnes âgées autonomes isolées.

La durée de prise en charge en hébergement temporaire ne doit pas excéder 90 jours sur une année de date à date. Ces jours peuvent être utilisés en continu ou en plusieurs séjours, dans le même établissement ou dans différentes structures. C'est donc un accueil qui peut être organisé une fois dans l'année ou de manière régulière et représenter une réponse ponctuelle à un besoin de disponibilité, de repos, de soins de l'aidant, ou offrir à la personne âgée une vie en alternance entre le domicile et un établissement qui devient pour elle progressivement familial.

## B – Projet spécifique intégré au projet d'établissement

Conformément à l'article D 312-9 du CASF, l'hébergement temporaire doit disposer d'un projet de service spécifique, **connu de l'ensemble des personnels**. Construit autour de la personne accueillie et de l'aidant, il prévoit ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Ces modalités sont inscrites dans le règlement de fonctionnement.

Le projet de service doit s'appuyer sur la recommandation de l'ANESM<sup>2</sup> ayant trait au projet d'établissement-projet de service notamment s'agissant de l'ouverture de la structure à son environnement, l'identification des dynamiques de parcours de usagers, les relations avec l'entourage et l'ancrage des activités dans le territoire.

---

<sup>2</sup> Recommandation de bonnes pratiques professionnelles : « Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service » ANESM - Mai 2010

Cet accueil se distinguant de l'accueil en hébergement permanent, il est nécessaire de prendre en compte ses spécificités et ses contraintes afin à la fois, de garantir la continuité et la qualité de l'accueil et de l'accompagnement mais également, d'assurer sa lisibilité en interne (personnel) et vis-à-vis de l'extérieur (aidants, aidés, professionnels).

Les prestations d'hébergement temporaire appellent des fonctions particulières :

- l'évaluation de la personne en fonction de ses besoins et de sa situation de santé, sociale et familiale ;
- la préparation de l'après hébergement temporaire ;
- les articulations entre les différents intervenants autour de la personne et les activités d'accompagnement médico-sociales ;
- toutes ces informations doivent figurer dans le projet d'accompagnement de la personne.

Un soutien doit être apporté à l'aidant et à l'entourage de la personne âgée par l'organisation de temps d'écoute et de réponses aux questions posées.

Ce soutien peut être organisé en interne avec l'attache d'autres acteurs, en particulier les plateformes de répit ou sur recommandations auprès d'organismes et professionnels extérieurs (participation à des groupes de parole, psychologue, café mémoire, consultation avec un spécialiste/téléconsultation...).

## **C – Un partenariat renforcé**

L'hébergement temporaire inscrit son action au sein de la coordination gérontologique locale en relation avec les plateformes territoriales d'appui, et les dispositifs de coordination (CLIC, Pôle Infos Seniors, SPASAD, EHPAD hors les murs...).

Les spécificités liées à cet accueil nécessitent un renforcement et une formalisation du travail en partenariat.

Il est nécessaire de mettre en place un partenariat à deux niveaux :

- **un partenariat étroit** avec les structures pratiquant de l'accueil temporaire (accueil de jour/hébergement temporaire, les plateformes d'accompagnement et de répit voire les accueillants familiaux qui pratiquent l'accueil séquentiel) ;
- **un partenariat plus large** avec l'environnement sanitaire et médico-social de proximité à la faveur des dispositifs de coordination/intégration : il englobe les services d'aide et de soins à domicile, les services sociaux, les établissements sanitaires dans le cadre de la filière gériatrique hospitalière, les professionnels libéraux...

Les coopérations avec les professionnels et les structures qui interviennent dans l'accompagnement au quotidien à domicile sont essentielles pour favoriser une cohérence et une continuité de l'accompagnement, le développement croisé des compétences et l'aide aux aidants.

# ANNEXE 5 – ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DE L'UNITE DE VIE PROTEGEE

## A – Objectifs et public cible

Une unité protégée/dédiée accueille des résidents de l'EHPAD souffrant de symptômes psycho-comportementaux modérés à sévères (cris, déambulation, agitation...) qui altèrent la sécurité et la qualité de vie de la personne et des autres résidents.

Le résultat attendu est **une réduction des troubles du comportement et une stimulation des capacités restantes** du résident grâce à **une approche thérapeutique adaptée**, dans un environnement sécurisant et sécurisé.

## B – Projet spécifique intégré au projet d'établissement

**Un projet spécifique de l'Unité dédiée doit obligatoirement être défini par l'établissement, inclus au projet d'établissement.**

Il doit s'inscrire dans le fonctionnement global institutionnel de l'EHPAD, qui se doit d'être lisible, partagé en interne et explicité aux familles. Une attention doit être portée à l'articulation de l'unité dédiée avec l'ensemble des autres dispositifs de prise en charge du territoire à travers une graduation de la réponse.

Les modalités de fonctionnement de l'unité protégée doivent être inscrites au sein du livret d'accueil ou du règlement de fonctionnement.

Il doit mentionner :

- les critères d'admission et de sortie ;
- les modalités de fonctionnement, notamment les activités thérapeutiques individuelles et collectives ;
- les modalités d'accompagnement et de soins appropriés, l'accompagnement personnalisé.

## C - Un personnel dédié et formé

L'unité devra disposer d'un **socle minimum de personnels dédiés, formés aux troubles du comportement.**

A cet effet, une unité doit impérativement être dotée :

- d'une équipe dédiée d'aide-soignant ou d'aide médico-psychologique ou d'accompagnement éducatif et social ou d'assistant de soins en gérontologie,
- d'un temps infirmier,
- d'ASH,
- d'un temps de psychologue pour les résidents et les aidants.

**Il est impératif qu'un personnel soignant soit posté au sein de l'unité toute la nuit.**

Le médecin coordonnateur dans l'EHPAD devra constituer le pivot de l'équipe et permettre de coordonner et de suivre le projet de soins et de vie spécifique de l'unité.

L'ensemble du personnel intervenant au sein de toute unité devra être spécifiquement formé :

- à la prise en charge des maladies neurodégénératives et des pathologies psychiatriques ;
- à la prise en charge des troubles du comportement perturbateurs liés à la maladie ;
- aux thérapies non médicamenteuses.

## **D - Des locaux dédiés, accessibles et sécurisés**

L'unité devra être conçue pour héberger **12 résidents au maximum**.

Elle devra être intégrée de façon préférentielle au rez-de-chaussée de l'EHPAD afin de favoriser l'accès à un espace extérieur :

- dans l'idéal à un jardin thérapeutique aménagé ;
- à *minima* à une terrasse.

Elle devra disposer d'espaces de convivialité et de vie sociale avec :

- un espace repas avec office ;
- un espace salon ;
- une cuisine thérapeutique ;
- un ou des espaces permettant aux personnes accueillies de bénéficier d'activités individuelles ou collectives.

**L'unité devra disposer uniquement de chambres simples.**

L'ensemble de la conception architecturale devra faciliter la déambulation sans risque pour le résident.

## **E - La coordination et le partenariat**

L'équipe dédiée à l'unité protégée devra travailler en lien avec le reste du personnel et participer à des réunions d'équipes élargies.

A ce titre, des temps d'échanges, de formations, de transmissions et de réunions en équipe pluridisciplinaire doivent être organisés.

La prise en charge des personnes avec des troubles du comportement nécessitera également la mise en place d'une coordination active entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social, sous l'impulsion du médecin coordonnateur, qui devra être clairement explicitée.