

**Investissement dans le cadre du Ségur de la Santé**

**Recensement des projets envisagés en Normandie sur la période 2021-2029**

**Appel à Manifestation d’Intérêt- Secteur sanitaire**

***Compléter une fiche par projet immobilier sanitaire***

**Intitulé du projet :**

**1- Présentation de l'établissement :**

Département : …………… Commune : …………………...

Nom de l’établissement : …………………

N° FINESS juridique : …………………………

N° FINESS géographique :

Nom du gestionnaire (le cas échéant) : ……………………………….

Capacité totale de l’établissement : ……………….

Nombre de lits : ……………….

Nombre de places : ……………….

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Médecine | Chirurgie | Obstétrique | SSR | Psychiatrie | USLD |
| Total lits avant le projet |  |  |  |  |  |  |
| Total lits après le projet |  |  |  |  |  |  |
| Lits concernées par le projet |  |  |  |  |  |  |
| Lits concernés par le projet |  |  |  |  |  |  |
| Total places avant le projet |  |  |  |  |  |  |
| Total places après le projet |  |  |  |  |  |  |
| Places concernées par le projet |  |  |  |  |  |  |

**2- Présentation sommaire du projet** (en complément possibilité d’ajouter des documents concernant le projet) **:**

Site concerné par l’opération : ……………………………… Adresse : …………………………………………………….

Secteur d’activité concerné par le projet (MSO, SSR, PSY, USLD, urgences, soins critiques…) ….……………...………….

Description du projet : ………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**3- Prise en compte des objectifs du Ségur de la Santé, opportunité du projet et réponse aux orientations du PRS** (Bénéfices attendus au regard de l’amélioration des services, d’une meilleure réponse aux besoins du territoire):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Plus particulièrement, éléments de réponse du projet aux objectifs suivants** :

* Stratégie de transformation, évolution des pratiques et/ou des modes de prises en charge : ………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….…………….

* Collaboration et coopération entre les acteurs du territoire (établissements sanitaires et médico-sociaux, publics ou privés – pour les établissements partie à un GHT, avis du comité stratégique du GHT) : ………………………………………………………………………………………..……………………………………………
* Développement du lien ville-hôpital : ……………………………..………………………………………………………………………………………………………
* Prise en compte de l’évolution prévisionnelle de la démographie des professionnels de santé: …………………………………………………………………………………..…………………………………………………

**4- Nature des travaux :**

Construction neuve  Restructuration/Modernisation d'établissement

 Extension (sur site, sur autre site)  Mise aux normes, mise en sécurité

Projet intégrant des actions de rénovation énergétique et de recours aux énergies renouvelables

**5- Stade d'avancement du projet et des études** (faisabilité, préprogramme, PTD, APS validé …) : ………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………….  .

…………………………………………………………………………………………………………………………………

*(Fournir éventuellement le dernier document d’avancement de l’opération*)

**6- Calendrier prévisionnel de l’opération** :

Date prévisionnelle de lancement des travaux (préciser année ou tranche) : ……………….

 2021-2022  2023 à 2025  Après 2025

Durée prévisionnelle des travaux (en mois, indiquer) : ………………

Si le projet contient plusieurs phases :

Date de début des travaux (mm/aaaa – à détailler si le projet contient des phases ou des sous opérations) :

* Phase 1 : ../….
* Phase 2 : ../….
* ….

Date de livraison (mm/aaaa – à détailler si le projet contient des phases ou des sous opérations) :

* Phase 1 : ../….
* Phase 2 : ../….
* ….

**7- Surface concernée par l'opération** (en m²) :

Surface actuelle de l’établissement : …………………………

Surface à restructurer : ……………………… Surface à construire : …………………………

Surface à démolir ou à désaffecter : …………

**8- Estimation de l'opération / Mode de financement envisagé (TDC en €) :**

Estimation du coût total de l’opération TDC : ………….

Estimation du coût des travaux HT : ………………....

Mode de financement envisagé :

* Autofinancement : …….… %
* Emprunts : ………………. %
* Subventions (en précisant spécifiquement les financements des collectivités locales) : ……………. %

Fiche complétée le : ………………… Par : ……….…………………… Qualité : ………………………..

Contact mail : ……………………………….. Téléphone : …………………………………..