**APPEL À CANDIDATURE**

N° ARS/DAOSS/DCT n° 971-2025-04-02-00006

**Création d’un**

**Collectif d’entraide et d’insertion sociale et professionnelle (CEISP)**

**pour les personnes en situation de handicap**

# Guadeloupe

ANNEXE 3 - **DOSSIER DE CANDIDATURE**

|  |  |
| --- | --- |
| Date prévisionnelle de publication de l'appel à candidatures | Mars 2025 |
| Date limite de dépôt des candidatures | 16 mai 2025 |
| Date prévisionnelle de notification de la décision | Début juin 2025 |
| Installation attendue | Octobre 2025 |

**1 - PORTEUR :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Présentation de l’ESMS** | |
| **Nom de l’établissement support** |  |
| **Type de structure** | **Gestionnaire d’ESMS**  **Association**  **Autre structure (préciser) :** |
| **Statut juridique** | **Public  Privé (non lucratif)  Privé (lucratif)** |
| **Adresse de**  **l’établissement support** |  |
| **Nom, prénom, fonction et coordonnées du représentant**  **légal de l’auteur de la demande** | **NOM / Prénom :**  Fonction :  Téléphone :  Mail : |
| **N° FINESS juridique et géographique** | **FINESS EJ :**  **FINESS ET :** |
| **N° SIRET** |  |
| **Téléphone** |  |
| **Personne chargée du dossier** | **NOM / Prénom :**  Fonction :  Téléphone :  Mail : |

**2 – PROJET PROPOSE :**

|  |  |
| --- | --- |
| **ENJEU ET CONTENU DU PROJET** | |
| **Les objectifs du projet** |  |
| **Finalité du projet** |  |
| **Public cible / File active cible** |  |
| **Lieu d’implantation et la couverture territoriale du collectif, en termes d’accessibilité géographique pour les bénéficiaires.**  *Le candidat précisera cette accessibilité à court, moyen et long terme, avec la perspective d’au moins une antenne, localisée ou mobile sur le territoire* |  |
| **Statut et compétences des professionnels** |  |
| **Fonctionnement de la structure** |  |
| **Activités proposées** |  |

**3 – PARTENAIRES IDENTIFIES**

*Lister dans le tableau ci-dessous les acteurs participant effectivement au projet (GEM, communes, acteurs économiques, service public de l’insertion et de l’emploi, services de psychiatrie, ESMS …)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Partenaires du projet** *(1 ligne par partenariat) :* | **Entité juridique et/ou statut**  **Adresse** | **Périmètre d’intervention** *(professionnels de santé, structures partenaires, établissements, associations…)* | **Coordonnées des contacts***(nom et prénom, mail, téléphone)* | **Nature du partenariat ou de la participation au projet** *(moyen humain, logistique, financier, autres à préciser…)*  **Préciser les coopérations existantes** |
| *Partenaire attendu incontournable :*  **Dispositif emploi accompagné (DEA)** |  |  |  |  |
| *Adresse*: | *Adresse*: | *Adresse*: | *Adresse*: |
| *Lettre d’engagement :  OUI  NON* | | *Convention formalisée :  OUI  NON* | |
|  |  |  |  |  |
| *Adresse*: | *Adresse*: | *Adresse*: | *Adresse*: |
| *Lettre d’engagement :  OUI  NON* | | *Convention formalisée :  OUI  NON* | |
|  |  |  |  |  |
| *Adresse*: | *Adresse*: | *Adresse*: | *Adresse*: |
| *Lettre d’engagement :  OUI  NON* | | *Convention formalisée :  OUI  NON* | |
|  |  |  |  |  |
| *Adresse*: | *Adresse*: | *Adresse*: | *Adresse*: |
|  |  |  |  |  |
| *Adresse*: | *Adresse*: | *Adresse*: | *Adresse*: |
| *Lettre d’engagement :  OUI  NON* | | *Convention formalisée :  OUI  NON* | |
|  |  |  |  |  |
| *Adresse*: | *Adresse*: | *Adresse*: | *Adresse*: |
| *Lettre d’engagement :  OUI  NON* | | *Convention formalisée :  OUI  NON* | |

**4 – GOUVERNANCE DU PROJET / PARTICIPATION DES USAGERS**

*Décrire les* ***instances de gouvernance*** *prévues pour organiser le pilotage et le suivi du projet*

*Décrire les* ***modalités de participation des usagers à la construction et au suivi du projet***

**6 – DIAGNOSTIC TERRITORIAL**

La création du projet doit s’appuyer sur le **diagnostic d’un territoire** et s’inscrire dans une démarche de partenariat territorial. Le projet prend en compte les enjeux du projet territorial de santé mentale (PTSM) ;

* + 1. ● Le **diagnostic territorial** présentera notamment un portrait socio-économique, incluant un **annuaire cartographié** des entreprises et structures d’insertion professionnelles, avec le :
    2. - Nombre et types de Structures d’Insertion par l’Activité Economique (SIAE) ;
    3. - Nombre et types d’entreprises de droit commun (Très petites entreprises (TPE), PME et Sociétés de plus de 200 salariés) ;
    4. - Nombre d’ESAT et de places dans ces établissements ;
    5. - Toute structure que le candidat estime pertinent d’identifier pour une insertion professionnelle

Ce diagnostic précisera aussi :

- Le nombre d’allocataires de l’AAH ;

- Le nombre de Jeunes sous amendement CRETON (dont 1/3 en moyenne de ces jeunes, présentent des troubles psychiques, cognitifs et/ou neurodéveloppementaux, et attendent une solution vers l’emploi) ;

- Le nombre et les différents types de GEM du territoire, quelles que soient les situations de handicap auxquelles ils s’adressent ;

- Du nombre de SAMSAH, de SAVS, de CMPP.

**7 – MISE EN ŒUVRE DU PROJET**

**Une attention particulière sera portée aux éléments suivants** (en conformité avec le cahier des charges national) :

● La description du soutien apporté aux personnes concernées pour leur permettre de constituer le collectif en association, dont les bénéficiaires disposent d’au moins la moitié des sièges au sein des instances statutaires, et la libre adhésion des personnes concernées ;

● Les membres du collectif ne sont pas soumis à une organisation hiérarchique. Ils sont impliqués dans la gestion du collectif jusqu’au plus haut niveau stratégique, et ont un rôle réellement décisionnel.

● Le choix argumenté d’intégrer ou non la plateforme emploi accompagné.

● L’architecture, l’organisation et la communication accessibles aux bénéficiaires ;

● L’implantation et la couverture territoriale du collectif, en termes d’accessibilité géographique pour les bénéficiaires. Le candidat précisera cette accessibilité à court, moyen et long terme, avec la perspective d’une antenne, localisée ou mobile selon la géographie territoriale ;

● Une file active cible d’à minima 50 membres à l’issue des douze premiers mois de fonctionnement. Il sera attendu qu’au moins 25 à 35% des membres actifs s’inscrivent dans une démarche d’insertion professionnelle ;

● La composition de l’équipe (directeur, chargés de cogestion et d’insertion, pairs-aidants professionnels) avec un ratio cible d’un salarié pour une vingtaine de membres actifs ;

● La structuration de l’activité sur le modèle d’une journée-type de travail, en privilégiant les activités en présentiel, et l’animation de temps de loisirs ;

● La fréquentation simultanée de plusieurs lieux d’entraide devra être possible pour les membres (pour éviter des lieux d’entraide cloisonnés) ;

● L’engagement du candidat à prévoir dès l’installation du CEISP, l’élaboration d’une charte définissant les principes et les valeurs du collectif, son organisation et ses modalités de fonctionnement dans le respect du cahier des charges ;

● L’accompagnement du réseau des entreprises partenaires ;

● La recherche de co-financements ;

● Les partenariats devront faire l’objet d’une formalisation, notamment avec les acteurs incontournables suivants : la Plateforme d’Emploi Accompagné, le Service Public de l’Insertion et de l’Emploi (SPIE), le PTSM, la Communauté 360 installée (en s’y impliquant en tant que « membre cœur »), … etc.

● La description du rôle d’interface (modalités concrètes de collaboration) entre l’équipe du CEISP et celles des établissements et services sanitaires et médico-sociaux (notamment les SAMSAH, SAVS, CMPP, CMP) où seraient accompagnés certains des membres bénéficiaires, l’objectif étant de faciliter leurs parcours et leurs projets de vie ;

● Les conditions cumulatives et minimales relatives aux temps d’ouverture : 218 jours d’ouverture dans l’année, 40h par semaine, 1 soirée par mois et 4 week-ends par an ;

● Les modalités de mise en place de la démarche qualité.

|  |  |
| --- | --- |
| **PREREQUIS AU DEMARRAGE DU PROJET** | |
| Expliciter les **prérequis spécifiques pour lancer ce projet** (ex : formations nécessaires, système d’information…) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **COLLABORATIONS EXISTANTES ET COLLABORATIONS A DEVELOPPER** | |
| Préciser si :  a) Les structures concernées par le projet ont été associées  b) Il reste des collaborations à mettre en place  c) Les usagers et/ou leurs représentants sont associés au projet  d) Les professionnels concernés sont associés à ce projet  e) les associations représentatives des employeurs sont associées au projet |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INVESTISSEMENTS TECHNIQUES A REALISER** | |
| Préciser si des **investissements en matériel** sont à prévoir |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **LES MOYENS A METTRE EN OEUVRE** | |
| Préciser les **moyens à mettre en œuvre** (ressources humaines, mutualisations, mises à disposition…) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **CALENDRIER ENVISAGE** | |
| Indiquer le **planning prévisionnel du projet** en identifiant clairement les différentes phases de mise en œuvre et la date de début de l’activité |  |

**8 – EVALUATION DU PROJET**

|  |  |
| --- | --- |
| Préciser les **indicateurs de suivi proposés** (en plus des indicateurs proposés dans l’instruction)  Par exemple :  Indicateurs de satisfaction et « expérience » des usagers |  |
| Préciser les **modalités prévues pour évaluer le projet** |  |

**9 – BUDGET**

|  |  |
| --- | --- |
| BUDGET DU PROJET - **CHARGES** | |
| *Expliquez précisément les besoins de financement en termes de dépenses de fonctionnement et d’investissement :*   * + - *Ressources humaines nécessaires à la coordination, l’animation et à la réalisation du projet : détailler également les besoins en moyens humains, formation et les dépenses de personnel correspondantes (catégorie de personnel / ETP / coût chargé)*     - *Dépenses de fonctionnement (à préciser)*     - *Investissements matériels nécessaires*   ***Le budget prévisionnel du projet est à renseigner dans le paragraphe 6 du dossier de demande de subvention CERFA n°12156\*06.*** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| BUDGET DU PROJET - **PRODUITS** | |
| *Modalités de financement de l’activité*  *Précisez le cas échéant les co-financements acquis et/ou envisagés avec d’autres partenaires*  *Précisez l’auto-financement le cas échéant* |  |