**APPEL À CANDIDATURE**

ARS/DAOSS/DCT n° 971-2025-04-02-00005

**Création d’un service d’accompagnement**

**à la périnatalité et à la parentalité des**

**personnes en situation de handicap (SAPPH)**

# Territoire : Guadeloupe (hors Iles du Nord)

ANNEXE 2 - **DOSSIER DE CANDIDATURE**

|  |  |
| --- | --- |
| Date prévisionnelle de publication de l'appel à candidatures | Avril 2025 |
| Date limite de dépôt des candidatures | 30 juin 2025 |
| Date prévisionnelle de notification de la décision | Juillet 2025 |
| Mise en œuvre opérationnelle | Septembre 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 : |

|  |  |
| --- | --- |
| **Expérience du porteur** | |
| **Présentation des activités dans le domaine médico-social** |  |
| **Capacité à regrouper des compétences diverses dans les champs suivants :**   * **Éducation – petite enfance, droit,** * **Santé** (notamment sexuelle et reproductive), psychologie, santé mentale, * **Périnatalité,** * **Social et médico-social, accompagnement / coordination de parcours, protection de l’enfance.** |  |

**2 – PROJET PROPOSE :**

**Une attention particulière sera portée sur la manière dont le candidat expliquera la manière dont le dispositif :**

- **Garantira l’accès aux services dits de droit commun** et facilitera l’accès aux droits liés à la parentalité

- **Facilitera la conciliation de la parentalité avec la vie personnelle des parents** (vie de couple, vie professionnelle, soins, gestion du temps libre, etc.)

- **Adoptera une position de médiateur et de lieu ressource** pour cet environnement : les professionnels pourront s’adresser aux dispositifs afin d’adapter au mieux leurs interventions auprès des parents en situation de handicap, trouver des conseils pour améliorer leurs pratiques professionnelles et être formés dans leur montée en compétences

- **Agira en coopération étroite, en pleine cohérence avec les dispositifs de droit commun pour créer une dynamique territoriale** et une mise en relation pour co-construire des actions concrètes et opérationnelles répondant aux besoins du territoire

|  |  |
| --- | --- |
| **DESCRIPTION** | |
| **Le projet** |  |
| **Les motivations** |  |
| **Public cible / File active cible** |  |
| **Les modalités d’accompagnement** (processus d’admission et de prise en charge) |  |
| **Activités / Prestations proposées** |  |
| **Zone d'implantation du dispositif / Description des locaux** (conditions matérielles d'accueil, adaptations envisagées…) |  |
| **Plan de communication** |  |

**3 – PARTENAIRES IDENTIFIES**

*Lister dans le tableau ci-dessous les acteurs participant effectivement au projet (voir liste non exhaustive des partenaires mobilisable dans le cahier des charges …)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |
|  |  |  |  |  |
| *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***

**5 – DIAGNOSTIC TERRITORIAL**

Le projet présenté par le porteur devra être étayé par un **diagnostic de territoire** qui s’appuiera sur une cartographie des ressources de la Région Guadeloupe mettant en relief les spécificités et les organisations départementales ou locales notamment sur :

**- Le suivi périnatal ;**

**- Les services de la petite enfance, et de l’enfance ;**

**- Les dispositifs de soutien à la parentalité ;**

**- Les espaces de pair-aidance entre parents et proches.**

L’intervention en subsidiarité des dispositifs existants suppose de développer des partenariats qui permettent :

• L’identification des besoins (diagnostic) – connaissance partagée ;

• La fluidité dans l’orientation réciproque ;

• L’accessibilité des dispositifs et de l’environnement de droit commun ;

• L’animation de la réflexion territoriale, le transfert de compétences ;

• La coordination des parcours.

Ce diagnostic devra permettre de justifier les choix d’organisation dans une logique de proximité dans la réponse aux besoins.

**6 – MISE EN ŒUVRE DU PROJET**

|  |  |
| --- | --- |
| **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 |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **LES MOYENS A METRTE 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 |  |

**7 – 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** |  |

**8 – BUDGET**

*Joindre l’annexe 3*

|  |  |
| --- | --- |
| BUDGET DU PROJET - **CHARGES** | |
| *Expliquez précisément les besoins de financement en termes de dépenses de fonctionnement et d’investissement :* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 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* |  |