

**ANNEXE 2 : DOSSIER DE CANDIDATURE**

**Appel à candidatures n°2025-ARS-PH-66-01 de la compétence**

**de l’Agence Régionale de Santé Occitanie**

Pour la création de 12 places de Service d’Education Spéciale et de Soins A Domicile (SESSAD) dédiées aux interventions auprès d’enfants, adolescents et jeunes adultes en situation de handicap et relevant d’une mesure de protection au titre de l’aide sociale à l’enfance (ASE) du Département des Pyrénées-Orientales, afin de répondre aux problématiques croisées sur les champs de la protection de l’enfance et du handicap

Ce dossier est à envoyer, en un exemplaire, par mail, auprès de la délégation départementale des Pyrénées-Orientales [ars-oc-dd66-handicap-dependance@ars.sante.fr](mailto:ars-oc-dd66-handicap-dependance@ars.sante.fr)

Il ne devra pas comporter plus de 15 pages.

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER

En application de l’article R313-8-1 du CASF *« Les demandes d'autorisation sont accompagnées de tout document permettant de décrire de manière complète le projet et d'apprécier le respect des critères mentionnés à l'article L313-4 »*

Organigramme prévisionnel

Tableau des effectifs en ETP et par type de qualification

Plan de formation

Planning hebdomadaire type qui pourrait être proposé au lieu de vie 365 jours

Budget prévisionnel

Autre (à préciser)

***DATE DE LA DEMANDE…***

1. IDENTITE DU DEMANDEUR

**ÉTABLISSEMENT(S) OU SERVICE(S)**

**Catégorie ESMS et Raison sociale :**

**N° FINESS géographique :**

**Adresse :**

**Code postal :**

**Commune :**

**🕿 :**  **E-mail :**

**Nom et Prénom Directrice-teur :**

**E-mail Directrice-teur :**

**ENTITÉ GESTIONNAIRE**

**Raison sociale :**

**N° FINESS juridique :**

**Statut de l’entité :**

**🔾 Etablissement public autonome 🔾 Etablissement public rattaché à un EPS**

**🔾 Privé à caractère commercial 🔾 Privé à but non lucratif (association) 🔾 Fondation**

**Adresse :**

**Code postal :**

**Commune :**

**🕿 :**  **E-mail :**

**PERSONNE RESPONSABLE DU DOSSIER**

**Nom et Prénom :**

**Qualité** :.

**🕿 :**  **E-mail :**

1. QUALIFICATION DE L’EXTENSION

**Extension de capacité sollicitée (nombre de places théoriques) :**

**File active envisagée dans le cadre du projet (nombre d’enfants pouvant être accompagnés dans le cadre de ce projet d’extension) :** …

1. JUSTIFICATION DE LA DEMANDE

*Inscription de la demande dans le cadre de la stratégie nationale de prévention et de protection de l’enfance, au regard du contexte local et adéquation du projet avec les besoins identifiés sur le territoire. Expérience du porteur pour la mise en œuvre de ce projet dédié aux enfants relevant de l’ASE et bénéficiant d’une orientation MDPH.*

1. CARACTERISTIQUES DU PROJET
2. **Public(s) accompagné(s), prestations délivrées et interventions mises en œuvre**

**Description du public qui bénéficiera du projet d’accompagnement (déficience/âge) :**

**Description synthétique des prestations et des interventions mises en œuvre dans le cadre de ce projet d’extension, et notamment :**

* **En termes de soins/rééducation**(modalités/lieu/méthodes ou outils utilisés)**:**

* **En termes d’accompagnement à l’autonomie**(modalités/lieu/ méthodes ou outils utilisés)**:**

* **En termes de soutien à la scolarité et de coopération avec les établissements scolaires du secteur géographique**(modalités/lieu d’intervention):

* **En termes de soutien à la participation sociale (accès aux loisirs, accompagnement dans les déplacements, accès aux droits, logement, etc.)** (modalités/lieu d’intervention)**:**

* **En termes de soutien de la fonction parentale / d’appui aux professionnels de l’ASE – Familles d’accueil, lieux de vie et MECS** (modalités/outils)**:**

**Evolutions prévues des modalités d’élaboration et de suivi du PPA: □ Oui □ Non**

Si oui, précisez sur quels points:

1. **Organisation et fonctionnement de l’ESMS**

**Le service dispose-t-il de plusieurs sites géographiques : □ Oui □ Non**

Si oui, précisez lesquels, puis sur lequel d’entre eux, les places faisant l’objet de l’ENI, seront positionnées :

**Description de la zone d’intervention** (en termes de communes/EPCI) :

**Nombre de jours d’ouverture :**

**Horaires :**

**Continuité de l’accompagnement** (astreinte ou autre organisation mises en place)**:**

**Procédure d’admission et de sortie dans le cadre de cette ENI, en concertation avec les services de l’ASE du département :**

Précisez ici la manière dont vous allez procéder pour définir la liste d’admission dans le cadre de cette ENI et les critères de priorisation mais également la procédure de sortie qui pourra être mise en œuvre

**Durée d’accompagnement :**

1. **Effectifs**

**Synthèse des effectifs totaux du service en ETP et par qualification (y compris l’évolution des effectifs prévues dans le cadre de l’extension)**

*Un tableau des effectifs détaillés sera joint en annexe et fera apparaitre l’évolution des effectifs dans le cadre de l’extension.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **ETP totaux avant extension** | **ETP totaux après extension** | ***dont* ETP dédiés ASE/Handicap** |
| **Direction** |  |  |  |
| **Administration** |  |  |  |
| **Services généraux** |  |  |  |
| **Socio-éducatif** |  |  |  |
| **Paramédical/médical** |  |  |  |
| **Total** |  |  |  |

**Précisez, le planning de recrutement (si nécessaire) :**

**Synthèse du plan de formation envisagé dans le cadre de cette extension (notamment si évolution du public accompagné) :**

**Conventionnement prévu avec des professionnels libéraux □ Oui □ Non**

Si Oui, précisez quelles professions/implantations/et sur quel volume prévisionnel d’activité :

1. **Locaux**

**De nouveaux locaux sont-ils envisagés dans le cadre de ce projet : □ Oui □ Non**

Si Oui, précisez (implantation, surface, nombre de pièces):

**Des locaux sont-ils déjà (ou vont-ils être) mis à disposition par les partenaires : □ Oui □ Non**

Si Oui, précisez (implantation, modalités de mise à disposition):

**Conventionnements nécessaires envisagés pour les interventions sur les différents lieux de vie de la personne accompagnée**

1. PARTENARIATS ET COOPERATIONS

*Listez les partenariats à développer dans le cadre du projet et notamment l’articulation avec les services de l’ASE, les familles d’accueil, lieux de vie et MECS pour un accompagnement global et partagé entre les professionnels du secteur social et le SESSAD.*

1. DROITS DES USAGERS ET DEMARCHE D’AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE
2. **Outils de la loi 2002-2**

Préciser les documents relatifs aux droits des usagers à réviser ou à créer compte tenu du projet de modification de l’autorisation et dans quel délai vous serez en mesure de transmettre ces documents actualisés à l’ARS :

1. **Evaluation du dispositif**

1. FINANCEMENT DU PROJET

**Synthèse du BP en année pleine (joint en annexe) :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Charges avant extension** | **Charges après extension** | **Produits avant extension** | **Produits après extension** |
| **Groupe 1** |  |  |  |  |
| **Groupe 2** |  |  |  |  |
| **Groupe 3** |  |  |  |  |

**Coût total du projet :**  **€**

**- Dont moyens supplémentaires demandés :**  **€**

**- Dont redéploiements internes proposés :**  **€**

**Le cas échéant, indiquez depuis quel budget et FINESS géographique le redéploiement interne est envisagé, ainsi que le montant des redéploiements internes prévus, le cas échéant :**

**- Coût à la place avant l’opération/après l’opération**  **€**

**Impact de l’opération sur le budget d’investissement le cas échéant:**  **€**

1. CALENDRIER PREVISIONNEL DE MISE EN ŒUVRE

**A quelle date cette extension sera installée ?**

OBSERVATIONS COMPLEMENTAIRES

*NOM Prénom*

*Signature*