 ****

***Appel à candidatures conjoint***

**Création d’un dispositif d’appui départemental**

**« Protection de l’enfance et handicap »** **en Saône-et-Loire**

en faveur d’une meilleure prise en charge des enfants et adolescents en situation de handicap confiés à l’aide sociale à l’enfance

1. **CONTEXTE ET OBJET DE L’APPEL À CANDIDATURE**

Le lien entre un environnement familial considéré comme défaillant et une surreprésentation du handicap est souligné par l’ONU (Comité des droits de l’enfant) à travers la notion de « sur-handicap social ». Celui-ci réduit fortement les chances d’un dépistage précoce des troubles, d’une remédiation efficace et d’un accompagnement ad hoc (éducatif, soins, social et médico-social)…

… Jusqu’à ce que les difficultés multiples d’ordre psychique, neurologique et/ou cognitif et comportemental, dans un contexte de grande précarité socio-économique, de milieu familial délétère, de déscolarisation ou de retard d’apprentissages, conduisent certains jeunes à de graves situations d’inadaptation sociale : d’après des estimations, ces jeunes – parfois dits « incasables » - représenteraient 0,5 à 1 % de l’ensemble des enfants confiés à l’ASE.

Et ce d’autant plus que, pour les jeunes majeurs sortant de l’ASE, l’entrée dans l’âge adulte correspond souvent à une entrée « dans la rue », puisqu’environ 30 % des SDF sont des anciens enfants placés. A savoir que le soutien apporté par les contrats de jeunes majeurs (prolongation des aides après la majorité), diffère selon les départements, reste à court terme (deux ans au maximum) et ne concerne aujourd’hui qu’un tiers de ces jeunes.

Le rapport 2015 du Défenseur des droits « Handicap et protection de l’enfance : des droits pour des enfants invisibles » retient une **prévalence nationale du handicap psychique ou mental de 17 % chez les enfants confiés à l’Aide sociale à l’enfance** (ASE) – qui accueille au niveau national près de 1 % de jeunes de moins de 21 ans, soit de 0,5 à 1,9 selon les départements (DREES 2015) – contre 2 à 4 % dans l’ensemble de la population – chiffre qui serait à revoir à la hausse, puisqu’au moins un tiers des jeunes placés n’aurait pas de reconnaissance MDPH.

Ces enfants et adolescents, particulièrement vulnérables, gravitent dans une zone de flou, voire d’invisibilité, à la jonction de plusieurs politiques publiques, que ce soit celle de la protection de l’enfance (ASE) ou de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), du social, de l’éducation, de la formation et de l’emploi, de la santé et du handicap.

Alors qu’ils auraient besoin d’une approche intersectorielle renforcée, ils doivent bien souvent naviguer entre des interlocuteurs et des modes de prises en charge distincts les uns des autres, au suivi haché et parfois contradictoires, loin de l’idée d’un « parcours » fluide et centré sur leurs besoins.

Par exemple, les jeunes peuvent être confrontés à des situations alarmantes, comme des relations très conflictuelles avec les familles d’accueil – souvent démunies face aux troubles et actes de violences – ; le défaut de continuité lors des prises en charge séquentielles entre établissement et famille d’accueil ; les changements fréquents de structures ou de mode d’accueil (familles d’accueil, MECS, ITEP ou IME) quand les comportements deviennent trop inadaptés.

Dans le cadre de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » (RAPT), le bilan national 2017 des situations critiques traitées dans le cadre du dispositif d’orientation permanent révèle que 25% des situations concernent des enfants avec une mesure éducative.

Il s’agit donc de créer un **dispositif départemental, croisant des compétences issues du champ médico-social handicap et du champ de la protection de l’enfance, en appui aux structures et familles d’accueil de la protection de l’enfance**, en capacité de **prévenir au mieux les ruptures de vie et plus largement de sécuriser les parcours, d’assurer la continuité des approches entre les professionnels** des services et hébergements sociaux et médico-sociaux, de la protection de l’enfance, des services de pédopsychiatrie, de l’école et de l’insertion professionnelle.

**Textes de référence :**

* Le code de l’Action sociale et des Familles, notamment l’article L 312.1 ;
* l’instruction n° DGCS/SD3B/CNSA/2015/369 du 18 décembre 2015 relative à l’évolution de l’offre médico-sociale accueillant et accompagnant des personnes avec troubles du spectre de l’autisme ;
* la circulaire n° DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l’offre d’accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche «une réponse accompagnée pour tous », de la stratégie quinquennale de l’évolution de l’offre médico-sociale (2017-2021) et la circulaire de février 2018;
* le rapport "Zéro sans solution" et la démarche "une réponse accompagnée pour tous" ;
* les recommandations de bonnes pratiques de l’Agence Nationale de l’Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux (ANESM) et de la Haute Autorité de Santé (HAS) ;
* le guide d’appui aux pratiques professionnelles pour l’élaboration de réponses aux besoins des personnes présentant des troubles du spectre de l’autisme publié par la CNSA en mai 2016, destiné aux MDPH et à leurs partenaires ;
* le Projet Régional de Santé Bourgogne-Franche-Comté 2018-2022 ;
* La loi n°2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l’enfance ;
* Les recommandations de l’ANESM « l’accompagnement des enfants ayant des difficultés psychologiques perturbant gravement les processus de socialisation » ;
* Le plan pauvreté et notamment dans le domaine de la protection de l’enfance ;
* Le schéma départemental de l’enfance et des familles 2014-2018 et notamment la fiche action n°12 « éviter les ruptures de parcours pour des jeunes dont la prise en charge est complexe ».

1. **CARACTERISTIQUES DU PROJET**

Dans une optique de parcours le plus fluide possible et évitant au maximum les points de rupture, le positionnement général du projet se situe en amont et en aval des situations et processus de crise, dans une visée d’intervention précoce et d’accompagnement transversal des jeunes, des structures d’accueil et de leur entourage proche.

**Objectif**

Constituer un dispositif d’appui co-porté par un organisme gestionnaire intervenant sur le secteur médico-social et un acteur de la protection de l’enfance**, composé d’une** **équipe pluridisciplinaire** (professionnels du social et du médico-social, en articulation le cas échéant avec les équipes mobiles de pédopsychiatrie pour les soins psychiatriques) en capacité **d’intervenir sur les lieux de vie du jeune et auprès de son entourage proche**.

En lien étroit avec les services de l’ASE, ce dispositif apportera une expertise croisée sur les questions relevant du handicap et du social aux structures d’accueil et d’accompagnement de la protection de l’enfance, aux familles d’accueil et aux parents (appui pluridisciplinaire, guidance, formation, information), ainsi que des interventions directes, dans un souci de coordination des interventions déjà activées auprès du jeune et de son entourage.

**Public accueilli**

Ce dispositif a vocation à accompagner les **enfants, adolescents et jeunes majeurs (0 – 21 ans) relevant d’une mesure au titre de la protection de l’enfance (ASE) et présentant une situation de handicap -** sauf actions de prévention précoce - dont la nature, l’intensité et les répercussions mettent en difficulté la mise en œuvre de ces mesures :

* Enfants et jeunes disposant d’une orientation médico-sociale handicap, relevant d’une mesure ASE et en situation complexe, sans besoin de notification d’orientation vers les prestations du dispositif d’appui « protection de l’enfance et handicap » par la CDAPH.
* Pour ce qui relève des missions de prévention précoce : possibilité d’intervention auprès d’enfants et de jeunes en situation complexe, ne disposant pas d’orientation vers un service ou un établissement médico-social ou inconnus des services de protection de l’enfance mais dont la stabilité familiale présente des risques de rupture. Dans ce cas, le dispositif devra être mobilisé sur une durée limitée qui sera à définir dans le cadre des processus d’intervention.

Ces missions d’accompagnement **viseront également la famille et l’entourage proche du jeune**  le cas échéant, les établissements scolaires et de formation professionnelle en lien avec le Projet personnalisé de l’enfant.

**Territoires cibles**

* Echelle départementale

*Les candidats auront la possibilité de proposer une implantation en multi sites en vue de faciliter les déplacements de l’équipe vers les lieux de vie en tout point du département.*

* Files actives estimées : entre 30 et 40 situations en Saône-et-Loire, en fonction des caractéristiques territoriales et populationnelles

**Missions attendues**

Le dispositif répondra aux types de prestations citées ci-dessous.

Actions de prévention précoce :

* appui au repérage des situations à risque et de l’évolution des troubles ;
* guidance, soutien à l’entourage proche (individualisé, collectif) ;
* formation-information des parents/familles d’accueil et travailleurs sociaux aux spécificités et modes d’accompagnement du handicap et des troubles du comportement ;
* coordination des interventions dans le cadre du Projet pour l’enfant (PPE).

Ces actions pourront inclure des jeunes (et leur entourage proche, ainsi que les structures d’accueil) sans orientation médico-sociale ni même de reconnaissance handicap mais elles s’effectueront sur une durée limitée.

Appui auprès du jeune et de son entourage avec une orientation médico-sociale handicap :

* évaluation pluridisciplinaire coordonnée, apport d’expertise et identification de pistes d’accompagnement, accompagnement pluridisciplinaire direct (notamment éducatif, psychologique…) ;
* relais auprès des professionnels du soin, du social et médico-social ;
* organisation et accès à des solutions de répit en place sur les territoires (relayage à domicile, séjours en structure d’accueil collectif ou familial,..), personnalisées et adaptées au plus juste au projet pour l’enfant.

**Prestations proposées**

En coordination continue avec les services de l’ASE (dans le cadre du PPE) et en lien avec les services et établissements médico-sociaux (dans le cadre du projet individualisé d’accompagnement), les professionnels du dispositif proposent les prestations suivantes :

* un **accompagnement pluridisciplinaire, éducatif, de remédiation et/ou thérapeutique du jeune (hors soins)**, prioritairement en direct par les professionnels du dispositif, en journée, en soirée et sur des temps de week-end auprès des structures de l’ASE et familles d’accueil ; ainsi qu’un **relais et/ou coordination des professionnels** (soins, éducation, répit,….) intervenants auprès du jeune ;
* un apport **d’expertise** auprès des professionnels (assistants familiaux et/ou structures ASE) et de l’entourage proche permettant de repérer et d’évaluer des situations à risque et de proposer des solutions adaptées, en lien au besoin avec l’équipe départementale intersectorielle de pédopsychiatrie ;
* des **temps réguliers d’écoute psychologique et de guidance** (professionnels et parents), sous forme de soutien individuel, éventuellement couplés à la mise en place de groupes de paroles entre pairs, pour échanger sur les difficultés rencontrées, les modalités d’accompagnement à privilégier, etc. ;
* des **temps de formation** dispensés à l’entourage proche et aux différents intervenants auprès du jeune : éclairage clinique et éléments de compréhension du trouble et de ses répercussions, cela au regard du handicap, de la situation familiale, du contexte d’accueil, ainsi que des aspects relationnels, sociaux et psychiques (en lien avec l’équipe départementale intersectorielle de pédopsychiatrie).

Si l’intervention en direct sur les lieux de vie et d’accueil du jeune est à privilégier, des modalités spécifiques peuvent être déployées en parallèle, que ce soit pour les temps de formation et de soutien collectifs, ou un suivi individualisé par téléphone dès lors que celui-ci est complémentaire à d’autres formes d’accompagnement, ou encore par la mobilisation de personnes ressources sur le territoire.

Les prestations doivent être conduites de façon souple et individualisée, à un rythme plus ou moins intensif selon les besoins repérés, les projets du jeune et les éventuelles évolutions du trouble ou des situations de vie.

Le jeune pris en charge **continuera de relever de l’établissement ou du service chargé de son accueil** et porteur de son PPE. La durée des interventions dans le cadre du dispositif sera définie en fonction des besoins identifiés et réévaluée au regard de l’évolution de la situation. Ces interventions viendront en complément des modalités d’accompagnement déjà existantes, sans s’y substituer (hormis situation exceptionnelle). Elles feront l’objet d’une annexe au PPE.

**Modalités d’organisation**

L’équipe pluridisciplinaire socle devra disposer en interne de **connaissances et compétences dans le champ de la protection de l’enfance et dans le champ du handicap** (tout type de handicap) :

* professionnels de l’intervention éducative et sociale : éducateur spécialisé, assistant sociale, animateur socio-culturel, TISF, CESF, … ;
* professionnels paramédicaux : psychologue, infirmier, orthophoniste, neuropsychologue, psychomotricien,… ;
* temps de coordination médicale ;
* coordination administrative et financière, mutualisée dans la mesure du possible avec une structure ou dispositif en place.

L’équipe socle sera composée a minima d’une dizaine de personnes salariées à temps plein ou non (la mutualisation de certaines fonctions au sein des structures co-porteuses est recommandée), éventuellement complétée par des professionnels libéraux par le biais de conventionnements.

Tous les professionnels amenés à intervenir dans le cadre du dispositif seront formés aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles produites par l’ANESM et la HAS, notamment les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) concernant l’autisme, la prévention des comportements problèmes, la bientraitance, la guidance parentale, …

**Modalités d’accès**

Pour rappel, ce dispositif concerne des enfants de 0 à 21 ans confiés à l’ASE, en situation complexe et bénéficiant d’une reconnaissance handicap sans nécessité d’une notification d’orientation par la CDAPH vers les prestations du dispositif (sauf actions de prévention précoce visant un public plus large sur une durée limitée).

L’accès au dispositif et le suivi des prises en charge s’effectuera dans le cadre des instances de régulation ASE départementales (commission de régulation des accueils, commissions restreintes et plénières des prises en charge complexe) et en lien avec les structures sociales ou médico-sociales d’accueil des jeunes, celles-ci pouvant notamment jouer un rôle clé dans le repérage des situations à risque.

Quoi qu’il en soit, lors de l’admission au dispositif d’appui, une information aux équipes de la MDPH devra être opérée.

Le dispositif doit pouvoir être mobilisé de façon souple et réactive, de manière à favoriser les interventions rapides et précoces.

**Portage du projet :**

Le dispositif devra faire l’objet d’un co-portage entre :

* d’une part un établissement ou un service médico-social œuvrant sur le champ du handicap enfant ;
* d’autre part une structure départementale de la protection de l’enfance.

Les co-porteurs établiront un conventionnement précisant les modalités de collaboration et la répartition des financements alloués par l’ARS et le Département. Le projet de convention devra être joint au dépôt de candidature.

Le dispositif n’a pas de personnalité juridique : ce n’est pas un établissement ou un service supplémentaire puisqu’il bénéficie de l’autorisation de la structure à laquelle il est rattaché et est soumis à ce titre aux règles du code de l’action sociale et des familles. Ce rattachement doit permettre notamment de mutualiser les fonctions de gestion, management, coopération et logistique.

La spécificité du fonctionnement du dispositif sera garantie par un projet de service spécifique. Un budget annexe permettra de tracer l'ensemble des recettes et des dépenses affectées à ce dispositif.

La création du dispositif ne sera effective qu’à la signature d’une convention entre l’ARS, le Département et les co-porteurs sélectionnés, fixant les engagements mutuels des parties.

**Dimension partenariale**

Des collaborations étroites, par le biais de conventions de partenariat, seront à prévoir avec :

* les services de l’ASE, les MDPH et les prestataires (et le cas échéant de la PJJ), partenaires de la mise en œuvre du dispositif et interlocuteurs privilégiés concernant les modalités d’accès, de suivi des prestations et de sortie de la file active ;
* les services et établissements sociaux et médico-sociaux handicap enfant et adulte ;
* en cas de besoin et sur sollicitation ponctuelle : les professionnels d’exercice libéral, pour permettre une prise en charge modulaire et évolutive (capacité dans le format de la convention de déclencher des prestations en urgence) ;
* l’équipe mobile intersectorielle de pédopsychiatrie du département *(cf. encadré page suivante)* ;
* les équipes mobiles autisme, les centres de ressources autistiques (CRA), les centres régionaux des troubles du langage et des apprentissages (CRTLA), les centres ressources handicap rares,…

Par ailleurs, une articulation sera à envisager avec :

* les dispositifs PCPE en cours de déploiement pour faciliter la continuité des prises en charge ;
* les structures de soins et médico-sociales (centres hospitaliers, accueil de jour, CMP, CMPP, CAMSP…) ;
* la plateforme territoriale d’appui et les réseaux de santé concernés ;
* les services départementaux de l’Education nationale, les établissements scolaires et les MDPH dans le cadre des Projets personnalisés de scolarisation (PPS).
* si besoin de répit pour les assistants familiaux, avec les structures d’hébergement ASE en petite unité (période WE, vacances)  et/ou places en ITEP/IME en formule séquentielle, ainsi que les dispositifs autisme existants (échelle départementale) et les plateformes de répit du territoire ayant vocation à s’ouvrir aux aidants de personnes en situation de handicap ;

Une attention particulière sera ainsi accordée **aux projets dont le portage prévoit un travail collaboratif** entre différents gestionnaires, au service d’une réponse adaptée localement aux besoins identifiés.

|  |
| --- |
| **Coopération avec l’équipe mobile intersectorielle de pédopsychiatrie** (une par département, déploiement finalisé sur l’ensemble de la région au plus tard en janvier 2020) :  Résultat de recherche d'images pour "cible"En tant que de besoin, un relais opérationnel est attendu avec l’équipe mobile de pédopsychiatrie en place, chacune étant rattachée au pôle de pédopsychiatrie d’un centre hospitalier (accès par hotline). En Saône-et-Loire l’équipe mobile sera portée par le CH de Sevrey.  Cette équipe pluridisciplinaire (psychiatre, psychologue, éducateur spécialisé,…) intervient sur les lieux de vie du jeune, plus particulièrement autour du **processus de crise**, visant à le prévenir, l’encadrer et le désamorcer, éviter les passages aux urgences et, dans la mesure du possible, proposer une prise en charge alternative à l’hospitalisation.  Cible : adolescents de 12 à 18 ans présentant des troubles psychiques entravant leur intégration scolaire et sociale, mettant en échec les prises en charge proposées.  Les modalités de coopération entre le dispositif d’appui et l’équipe mobile de pédopsychiatrie devront être prévues par les candidats. |

**Gouvernance :**

Bien qu’adossé à un établissement ou service médico-social existant pour sa partie handicap et à une structure de l’ASE pour sa partie protection de l’enfance, le dispositif doit s’inscrire dans une dimension partenariale élargie (sanitaire, social, médico-social).

A ce titre, les co-porteurs s’engageront à faire vivre une gouvernance avec l’ensemble de ses partenaires ciblés et avec qui il a conventionné. Cette gouvernance aura vocation à réinterroger le modèle, capitaliser sur les pratiques, échanger régulièrement a sujet des files actives, faciliter leur sortie, valider leur caractère complémentaire à une prise en charge médico-sociale « classique ».

**Modalités de financement**

L’ARS attribuera une **enveloppe de 300 000 € annuels** au dispositif d’appui départemental, crédits qui seront versés au service ou établissement médico-social co-porteur.

La subvention sera allouée par année pleine et pérennisée *via* des enveloppes issues de la Stratégie quinquennale de l’évolution médico-sociale et de la fongibilité sanitaire-médico-sociale.

Elle comprend les salaires des professionnels dédiés et leurs formations, les frais de fonctionnement, dont les transports, et, le cas échéant, le coût de prises en charge financières des prestataires externes.

Le Département de Saône-et-Loire attribuera une enveloppe de 150 000 € à définir annuelle au dispositif d’appui départemental, crédits qui seront versés au service ou établissement social co-porteur.

|  |
| --- |
| Une attention particulière sera accordée aux projets dont le financement inclut des redéploiements de moyens et des mutualisations résultant d’opérations de recomposition de l’offre de nature à favoriser la création de nouvelles prestations. Résultat de recherche d'images pour "cible" |

**Bilan et évaluation**

Un bilan sera réalisé chaque année, s’appuyant notamment sur :

* la file active ;
* l’effectivité des modalités d’entrée, de suivi et de sortie du dispositif ;
* le nombre et la typologie des prestations délivrées (en appui sur la nomenclature SERAFIN-PH) ;
* l’exécution budgétaire annuelle ;
* les professionnels (compétence, ETP) mobilisés composant le dispositif ;
* le délai de mise en œuvre de la première prestation suite à la sollicitation initiale ;
* la gouvernance partenariale et l’effectivité des conventionnements ;
* et, en transversal, le regard qualitatif porté sur la réponse aux besoins identifiés.

Une évaluation devra être produite au terme des trois premières années de fonctionnement, qui, au-delà des données d’activité, permettra d’apprécier les résultats et effets du dispositif et de proposer, au besoin, des ajustements quant à ses orientations ou modalités de mise en œuvre.

**Délais de mise en œuvre**

Les candidats sont invités à faire connaitre leur calendrier de déploiement, dont la mise en œuvre effective ne pourra pas être postérieure au 30 janvier 2020.

La sélection des porteurs de projet s’appuiera sur la démonstration de :

* la priorité donnée à l’activité de prestation directe et précoce ;
* la mise en œuvre d’une palette d‘intervention et d’accompagnement permettant de répondre à des besoins identifiés sur le territoire ;
* la capacité à développer des partenariats utiles et les modalités de gouvernance partenariales adéquates ; les conventions déjà existantes pourront être transmises dès candidature et/ou des lettres d’engagement des partenaires sollicités.

Les crédits médico-sociaux seront attribués après accord de l’ARS à fonctionner, dès formalisation de la convention ARS – Département – co-porteurs du projet, au *prorata temporis* de l’année écoulée.

Les crédits à destination de la structure départementale seront attribués après accord du Département à fonctionner, dès formalisation de la convention ARS – Département – co-porteurs du projet, au *prorata temporis* de l’année écoulée.

1. **PROCEDURE DE L’appel à candidature**

**Contenu du dossier de candidature et modalités de dépôt**

Les candidats renseigneront et transmettront le **dossier de candidature** téléchargeable en ligne sur le site du Département de Saône-et-Loire, portant principalement sur les éléments suivants :

* une identification de l’ESMS et de la structure ASE auquel le dispositif sera adossé ;
* une description du projet (besoins identifiés, territoire, réseau de partenaires) ;
* des modalités d’organisation retenues (profil de l’équipe cible, organisation et fonctionnement du dispositif, dirigeance dans le contexte de co-portage, critères d’admissions et de sortie, activité et budget prévisionnels) ;
* le calendrier de mise en œuvre ;
* les modalités de gouvernance partenariale proposées au-delà du co-portage ;
* les conventions partenariales d’ores et déjà existantes, ou engagements réciproques des parties à finaliser ces conventions.

**Calendrier**

* Date de dépôt des candidatures : au plus tard le 4 octobre 2019 à 18h
* Notification des décisions et conventionnement : novembre 2019
* Démarrage des projets : au plus tard janvier 2020 (possibilité de montée en charge progressive)

**Processus de sélection et critères de choix**

Les demandes de renseignement pourront s’effectuer par mail :

* Auprès des interlocuteurs de l’ARS - Direction de l’Autonomie:
* Jean-Sébastien HEITZ, responsable de territoires [jean-sebastien.heitz@ars.sante.fr](mailto:jean-sebastien.heitz@ars.sante.fr)
* Karin TRÖGER,chargée de mission Politiques régionales: [karin.troger@ars.sante.fr](mailto:karin.troger@ars.sante.fr)
* Auprès du Département Saône-et-Loire :
* Alice BONNET, Directrice de l’Enfance et des Familles [a.bonnet@saoneetloire71.fr](mailto:a.bonnet@saoneetloire71.fr)
* Marc DEGUT, cadre transversal DGAS [m.degut@saoneetloire71.fr](mailto:m.degut@saoneetloire71.fr)

*Les critères de choix seront les suivants :*

* Adéquation de la proposition budgétaire avec les financements déterminés dans l’appel à candidature;
* Dispositif pérenne, souple et modulaire, adressé aux personnes en situation de handicap pour soutenir leur projet de vie en milieu ordinaire ;
* Dispositif qui s’inscrit dans un projet de transformation et de diversité de l’offre ;
* Démonstration de la réponse au besoin identifié sur le territoire;
* Nature des prestations proposées et adéquation avec les besoins identifiés ;
* Complémentarité et articulation avec les services déjà existants ;
* Précocité de la prise en charge ;
* Interventions directes principalement ;
* Diversité et pertinence des prestations envisagées à délivrer à l’entourage proche ;
* Compétences nécessaires identifiées et ressources mobilisables (internes / externes / modalités d’articulations) ;
* Soutenabilité du budget alloué par rapport aux files actives et prestations envisagées (n’excluant pas le recours à des ressources internes pérennes par redéploiement) ;
* Gouvernance multi partenariale organisée ;
* Calendrier de mise en œuvre / Faisabilité du calendrier ;
* Equité territoriale.

Une convention ou un courriel de refus sera ensuite adressé(e) aux co-porteurs pour réponse à la candidature adressée.

**ANNEXE – Grille d’évaluation des candidatures**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Thèmes** | **Critères de jugement** | **Note** |
| **Dimension territoriale** | *Territoire cible :*  - périmètre couvert conforme aux attendus - besoins sur le territoire identifiés | 3 |
| *Organisation territoriale* prévue pour couvrir le périmètre géographique  > pertinence des modalités | 2 |
| **Public visé** | *Conformité aux attendus* :  > public cible pour actions préventives et actions d’accompagnement > prise en compte de l'entourage proche et professionnels  > estimation d'une file active | 3 |
| **Organisation et déploiement des interventions** | *Respect du délai de mise en œuvre*, phasage du déploiement | 2 |
| *Portage (ou co-portage) :*  > pertinence de l’organisation en porteur seul ou co-portage  > en cas de co-portage : élaboration d’un projet de convention entre les co-porteurs | 2 |
| *Activation du dispositif*  > pertinence des modalités de repérage des publics > réactivité du dispositif  > processus de communication sur le dispositif | 3 |
| *Interventions sur les lieux de vie* :  > pertinence et souplesse, modularité des interventions > approche individualisée  >caractère transversal des approches et des interventions  > description des interventions directes en matière de prévention précoce, d’accompagnement et des actions conduites en partenariat | 3 |
| **Qualité de l’accompagnement,**  **budget** | *Equipe* :  > nombre d'ETP cohérent avec les attendus et l'organisation proposée > profil et qualifications adaptés aux objectifs de pluridisciplinarité  > expérience handicap et intervention sociale | 3 |
| *Dynamique partenariale* : > présentation des partenaires et rôle/missions  > autres relations avec les acteurs locaux > description des modalités de formalisation des partenariats | 3 |
| *Gouvernance* :  > précisions COPIL/comité de suivi : fonctionnement, composition, fréquence | 2 |
| *Budget prévisionnel* : > adéquation avec financement ARS et financements complémentaires éventuels > efficience | 3 |
| **Appréciation qualitative de l'offre et plus-value** | Clarté du dossier, compréhension des enjeux, respect des objectifs, actions novatrices,… | 2 |