|  |  |
| --- | --- |
| **Direction des Soins de Proximité** |  |
| **Service émetteur**:  SDP2 / Soins aux Détenus |  |

**Dossier de Candidature**

**Appel à manifestation d'intérêt**

***Réduction des risques et des dommages***

***auprès des mineurs incarcérés en Grand Est***

**1. Identification du candidat :**

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Téléphone :

Mail :

**2. Formation professionnelle :**

Niveau du diplôme permettant de candidater à l'A.M.I.:

***(joindre copie du diplôme)***

Date d'obtention :

Expérience professionnelle (description synthétique) :

Expérience auprès du public ciblé :

❑ Oui ❑ Non

***Si oui, description des actions menées :***

**3. Relations avec des associations**

Êtes-vous affilié à un réseau, union ou fédération ? ❑ Oui ❑ Non

Si oui, merci d'indiquer le nom complet, ne pas utiliser de sigle)

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

**4. Description de l'action – des actions proposée(s) en lien avec le cahier des charges de l'A.M.I. :**

**A – Intitulé de l'action**

**B – Objectifs de l'action**

**1 - Objectif général**

**2 - Indiquer les objectifs opérationnels**

**C – Description**

|  |  |
| --- | --- |
| **Typologie** | **Cochez si concerné** |
| Accueil, écoute, orientation |  |
| Action de santé communautaire |  |
| Communication, information, sensibilisation |  |
| Consultation de dépistage |  |
| Coordination locale |  |
| Documentation |  |
| Education pour la santé |  |
| Education thérapeutique |  |
| Etude de besoins, diagnostic |  |
| Formation |  |
| Prise en charge médicale |  |
| Prise en charge sociale |  |
| Production, analyse ou valorisation d’outil |  |
| Soutien aux équipes, échanges de pratiques |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Description** | **Cochez si concerné** |
| Conduites addictives |  |
| Activité physique |  |
| Périnatalité, petite enfance |  |
| Parentalité |  |
| Santé des populations en difficulté |  |
| Renforcement des compétences psychosociales |  |
| Prévention des suicides |  |
| VIH-Sida IST Hépatite |  |
| Traumatismes et violences |  |

**Etapes de l'action :**

**Partenariat(s) : *Explicitez les interactions entre les différents partenaires***

*Il est rappelé qu'un partenariat est nécessaire avec l'unité sanitaire de l'établissement pénitentiaire et/ou les éducateurs PJJ intervenant en quartier "mineurs".*

**D – Public cible**

**Modalités de recrutement des bénéficiaires de l'action :**

**Public bénéficiaire (caractéristiques et nombre) :**

**Spécificités du public cible :**

**E – Territoire**

**Zone géographique ou territoire de réalisation de l’action (quartier, commune, canton, département, zone géographique, etc.) – Préciser le nom du territoire concerné(s) :**

|  |  |
| --- | --- |
| Région |  |
| Multidépartements (les lister) |  |
| Département |  |
| Commune principale d’intervention |  |
| Zone couverte |  |
| Lieu intervention (établissement pénitentiaire concerné) |  |

**F – Calendrier de réalisation de l'action**

**G – Evaluation**

**Evaluation : indicateurs proposés au regard des objectifs ci-dessus**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Indicateurs de résultats | Avec quels outils d’évaluation ?  (questionnaire, focus groupe, grille d’évaluation, etc.) | Par qui ? | Quand ? |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Indicateurs de processus | Avec quels outils d’évaluation ?  (questionnaire, feuille d’émargement, comptes-rendus, etc.) | Par qui ? | Quand ? |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**5. Budget du projet – de l'action**

**6. Pièces à joindre**

**❑ Extrait de casier judiciaire N°2** *(nécessaire pour l'entrée en établissement pénitentiaire)*

**❑ Photocopie de carte nationale d'identité** *(nécessaire pour l'entrée en établissement pénitentiaire)*

**❑ Photocopie du diplôme de sexologue**

**❑ RIB** *(pour élaboration de la convention entre le centre hospitalier et le candidat)*