RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes

APPEL A CANDIDATURES

Création de deux unités de vie résidentielle de 6 places chacune spécialisées dans l'accueil d'adultes avec troubles du spectre de l'autisme en situation très complexe, respectivement dans le département de l'Isère (38) et sur le territoire interdépartemental Savoie/Haute-Savoie (73/74)

DESCRIPTIF

NATURE	Unité de vie de 6 places pour adultes avec troubles du spectre de l'autisme associés à des comorbidités relevant d'autres troubles du neuro-développement (TND), en situation très complexe
PUBLIC CIBLE	Adultes en situation de handicap
TERRITOIRE D'IMPLANTATION	Une unité pour le département de l'Isère et une unité interdépartementale pour le territoire interdépartemental Savoie/ Haute-Savoie
TEXTE DE REFERENCE	Instruction interministérielle n° DIA/DGCS/SD3B/DGOS/R4/CNSA/A1-3/2021/134 du 24 juin 2021 relative au déploiement d'unités de vie résidentielles pour adultes autistes en situation très complexe adossées à des établissements médico-sociaux dans le cadre de la stratégie nationale autisme au sein des troubles du neuro-développement 2018-2022
AUTORITE DE PUBLICATION DE L'APPEL A CANDIDATURE	Agence Régionale de Santé Auvergne Rhône- Alpes Direction de l'Autonomie Pôle personnes en situation de handicap 241 rue Garibaldi CS 93383 69418 Lyon cedex 03
CALENDRIER	Date de publication : 15/07/2024 Date limite de dépôt des candidatures : 30/10/2024 à minuit
POUR TOUTE QUESTION	ars-ara-da-ph-offre-cpom@ars.sante.fr

Cahier des charges pour la création d'unités résidentielles spécialisées dans l'accueil d'adultes avec troubles du spectre de l'autisme (TSA) associés à des comorbidités relevant d'autres troubles du neuro-développement, en situation très complexe.

Table des matières

I. Contexte 4

II. Présentation du projet d'établissement 5

A. Public cible : les personnes adultes avec troubles du spectre de l'autisme (TSA), souvent associés à des comorbidités relevant d'autres troubles du neuro-développement en situation très complexe 5

B. Cadre général d'intervention sécurisé et de proximité 6

C. Valeurs à respecter : un engagement fort pour le respect des droits, de la dignité et l'autonomisation des personnes 7

III. Eléments de cadrage 8

A. Structures porteuses éligibles 8

B. La zone d'implantation : accessibilité et lien social 9

C. Admission au sein des petites unités résidentielles 10

D. Les documents de référence 12

IV. Partenariats et intégration dans l'environnement garantissant l'accès aux soins 12

V. Accompagnement médico-social et sanitaire 13

A. L'évaluation méthodique de la personne avec TSA en situation très complexe 13

B. Les activités et accompagnements proposés 14

C. La participation de la famille 16

VI. Moyens humains, matériels et financiers 17

A. Ressources humaines 17

B. La formation 19

C. Qualité de vie au travail, sécurité et avantages sociaux 20

D. Démarche d'amélioration continue de la qualité et évaluation des unités 20

E. Mise en place d'un système d'information 21

VII. Projet architectural 21

VIII. Modalités de financement 22

IX. Délai de mise en œuvre 22

X. Implantation géographique 22

XI. Dossier de candidature 22

XII. Modalités d'envoi 23

XIII. Modalités d'instruction et critères de sélection 23

XIV. Composition du dossier 25

I. Contexte

La nouvelle stratégie nationale 2023-2027 fait écho à la méthode et aux objectifs de la 6e Conférence nationale du handicap (CNH), et cible de relever les défis d'un repérage le plus précoce possible, d'une meilleure adaptation de la scolarité aux particularités des élèves, de la fin de l'errance diagnostique à tout âge et d'un **accompagnement de qualité tout au long de la vie**.

En lien avec la précédente Stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neurodéveloppement 2018-2022, l'inclusion des adultes autistes constitue un pilier fort des engagements nationaux.
Pour les adultes, **il est notamment prévu de déployer des lieux de vie de petite taille** pour les personnes autistes ayant les profils les plus complexes.

En effet, ce public connait souvent des parcours de vie faits de ruptures et d'isolement. **Les troubles du comportement majeurs,** sont **soit insuffisamment pris en compte** (en raison d'une cause somatique pas toujours explorée), **soit résistants à toute approche recommandée** (éducative, médicale, environnementale).

Les difficultés rencontrées dans les parcours peuvent notamment être dues à :

- Un sous-équipement en établissement st services médico-sociaux (ESMS) spécialisés, qui conduit parfois à orienter ce public présentant des spécificités comportementales vers une offre d'accompagnement inadaptée ;
- Des établissements qui ne disposent pas des ressources et compétences suffisantes et nécessaires pour apporter un accompagnement adapté, engendrant des situations de mise en danger de la personne elle-même, des autres résidents, voire parfois des professionnels, entrainant des risques d'isolement prolongé, de sur-médication, ainsi que des risques d'épuisement et de mise en danger des professionnels ;
- Des orientations inadéquates en établissements de santé autorisés en psychiatrie, ou non souhaitées vers la Belgique, ou un maintien en famille, comportant des risques majeurs de maltraitance pour la personne et pour sa famille, en l'absence de toute réponse adaptée.

Face à ces enjeux de dignité, de santé publique et de soutien aux familles, une réponse coordonnée et territorialisée s'avère déterminante pour la bonne prise en charge de ce public très spécifique. La coopération renforcée entre les acteurs du territoire relevant à la fois du champ médico-social et sanitaire doit donc être particulièrement recherchée et mise en œuvre dans l'accompagnement de ces personnes vulnérables.

Dans ce contexte, il est apparu nécessaire de compléter l'offre en développant des structures de vie pérennes de petite taille, en capacité d'apporter des réponses durables et adaptées aux besoins des personnes présentant des troubles très sévères.

En conséquence, ces unités résidentielles viendront compléter (et s'articuler avec) l'offre existante d'accompagnement des personnes en situation complexe et très complexe, d'accueil transitoire ou séquentiel, d'accueil en urgence (crise), d'accueil de répit, etc.

Il s'agit **de dispositifs caractérisés par un haut niveau de technicité et d'expertise des professionnels**. Un rôle d'appui aux autres ESMS et établissements publics de santé mentale (EPSM) dans le domaine de l'accompagnement, de la formation, voire de la recherche (développement de modèles cliniques, …) des cas très complexes et de la gestion des troubles graves du comportement pourra ainsi leur être confié.

II. Présentation du projet d'établissement

A. Public cible : les personnes adultes avec troubles du spectre de l'autisme (TSA), souvent associés à des comorbidités relevant d'autres troubles du neuro-développement **en situation très complexe**

Les personnes qui seront accueillies dans ces unités résidentielles relèvent de situations **très complexes résistantes jusqu'alors à toute stratégie médicale ou éducative**.

Ces unités s'adressent plus particulièrement aux personnes de plus de 16 ans (des dérogations pourront être décidées suivant les situations cliniques) présentant des troubles sévères du spectre de l'autisme, le plus souvent associés à des comorbidités relevant d'autres troubles du neuro-développement.

La grande complexité des situations concernées est liée aux caractéristiques de la personne et à la sévérité des troubles, exigeant un accompagnement plus spécifique, un écosystème sécurisé et nécessitant des équipements et une architecture adaptée notamment aux troubles sensoriels.

Les personnes présentant ces troubles majeurs du comportement présentent des troubles associés en rapport avec :

- Des particularités de perception et de régulation sensorielles qui génèrent pour la personne des réactions d'inconfort et une incapacité à pouvoir réguler et adapter ses comportements au contexte ;
- Un syndrome génétique et/ou métabolique sous-jacent, par exemple une épilepsie, et pour lesquels des comportements-problèmes spécifiques peuvent être inhérents (ex : automutilations dans le syndrome de Lesch Nyhan, etc.) ;
- Des troubles communs dans un cadre de pathologies ordinaires (digestive, oto-rhino-laryngée (ORL), cutanée, etc.) ;
- Des troubles du sommeil importants et fréquents (syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS), inversion du cycle nycthéméral, etc.) ;
- D'éventuelles comorbidités psychiatriques, qui peuvent être rencontrées au-delà de la symptomatologie principale.

Plus spécifiquement, les troubles du comportement propres à une situation très complexe, se caractérisent par :

- Leur fréquence ;
- Leur intensité sévère nécessitant une surveillance et une proximité continue de l'accompagnement ;
- Le besoin d'un accompagnement spécialisé et rapproché pour la quasi-totalité des actes de la vie quotidienne :

- La plupart des activités relevant de l'entretien personnel et le cas échéant de la mobilité ;
- La communication et l'expression des choix et attentes de la personne ;
- Tout ou partie des tâches et exigences générales et pour la relation à autrui ;
- Le maintien et le développement des acquisitions cognitives ;
- Des soins de santé réguliers et un accompagnement psychologique.

➢ La nature des troubles : il s'agit principalement de comportements d'auto-agression et d'hétéro-agression difficilement maîtrisables et requérant des programmes de soutien aux comportements très spécialisés, ainsi que des environnements sécurisés et raisonnés sur le plan sensoriel, combinant des espaces individuels suffisants et des espaces collectifs restreints.

Par ailleurs, la situation peut être qualifiée de très complexe lorsqu'elle confronte les équipes de façon permanente aux limites de leur accompagnement dans différents lieux de prise en charge dédiés à l'accueil et au soutien spécialisé d'adultes en situation complexe.

En conséquence, **la très grande complexité relève à la fois de la situation clinique de la personne et de l'inadéquation fondamentale de cette situation avec les moyens et l'environnement liés à l'accompagnement.** Ces paramètres aboutissent en général à une impossibilité pour les accompagnants de poursuivre leur mission efficacement au quotidien et conduisent à menacer la santé, la sécurité et le bienêtre physique ou moral de la personne et/ou de son entourage familial et professionnel.

B. Cadre général d'intervention sécurisé et de proximité

Le présent cahier des charges vise la création d'unités résidentielles médico-sociales pour adultes avec TSA le plus souvent associés à des comorbidités relevant d'autres troubles du neuro-développement, constituées **de 2 groupes de 3 personnes, soit 6 personnes au total.**

Ces unités seront adossées à des ESMS existants et auront le statut de maisons d'accueil spécialisées (MAS). Pour autant, la coopération avec les acteurs du champ sanitaire est indispensable pour répondre efficacement à l'ensemble des besoins des personnes concernées (*cf. Annexe 4 de l'instruction interministérielle N° DIA/DGCS/SD3B/DGOS/R4/CNSA/A1-3/2021/134 du 24 juin 2021 relative au déploiement d'unités de vie résidentielles pour adultes autistes en situation très complexe adossées à des établissements médico-sociaux dans le cadre de la stratégie nationale autisme au sein des troubles du neurodéveloppement 2018-2022).*

Elles fonctionneront 365 jours par an et 24h sur 24.

L'accompagnement de grande proximité requiert :
- Une transversalité et une mutualisation solide des compétences et des interventions entre les secteurs médico-social et sanitaire ;
- Un niveau de formation et de supervision important, des pratiques éducatives et thérapeutiques garantissant le respect des droits des personnes sur le fondement des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) de la Haute autorité de santé (HAS) ;

- Une architecture et un aménagement des différents espaces adaptés aux besoins des personnes afin de préserver leur santé, sécurité et leur bien-être physique et moral et de permettre la qualité de vie au travail pour les professionnels.

Les principaux volets d'intervention se déclinent de la façon suivante :

- **Volet évaluation** : évaluation fonctionnelle, problèmes somatiques, troubles socio-communicatifs, spécificités cognitives et sensorielles ;
- **Volet intervention environnementale** : cadre apaisé et sécurisé, lieux de calme, espaces de retrait. Le recours à du matériel de contention est soumis à une procédure écrite, compréhensible par tous et définie en amont (prescription médicale obligatoire et protocole signé par les parents ou le ou les représentants légaux);
- **Volet intervention éducative** : apprentissages de stratégies alternatives, éducation physique et sportive ;
- **Volet intervention thérapeutique** : médiations corporelles favorables à l'apaisement des tensions, thérapies comportementales visant à diminuer les comportements-problèmes, suivi raisonné et argumenté des médications.

Ces unités doivent impérativement être articulées d'une part à des plateaux techniques sanitaires, en particulier somatiques et d'autre part aux autres structures médico-sociales de proximité via des conventions dédiées (voir infra V).

Si l'objectif général est de proposer un accueil durable à des personnes dont le parcours est souvent fait de ruptures, il n'en demeure pas moins que les personnes accueillies, bien que très lourdement handicapées, pourront à la faveur de l'amélioration significative de leur situation et selon leur choix, prétendre à d'autres lieux de vie. En conséquence, ces unités résidentielles doivent constituer, sur leur territoire, une solution complémentaire à d'autres, dans le cadre de parcours d'accompagnement fluides et adaptés aux besoins évolutifs des personnes.

Enfin, grâce à l'expertise développée en leur sein, ces unités ont vocation à constituer un pôle ressource territorial dont les professionnels pourront intervenir sur une partie de leur temps auprès d'autres établissements ou services sanitaires ou médico-sociaux du territoire (voir infra VI).

C. Valeurs à respecter : un engagement fort pour le respect des droits, de la dignité et l'autonomisation des personnes

Le respect des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles de la HAS constitue un engagement déterminé du candidat afin de garantir le respect de la dignité, des droits des personnes accueillies et de leur famille.

Les projets sélectionnés devront par conséquent impérativement s'inscrire dans le cadre :

- Des orientations de la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement ;
- Des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) (cf. infra III.D).

Dans le cadre de l'élaboration du projet d'établissement, il sera nécessaire de veiller tout particulièrement aux points suivants :

- Respect des droits des personnes : la compréhension et l'adhésion de la personne et/ou de son entourage aux soins prodigués doivent être recherchées en amont et à chaque étape de l'accompagnement ;
- Recherche constante de l'autonomie et de l'autodétermination des personnes : les activités envisagées et les axes de progrès doivent être définis en fonction du bilan développemental et des marges de progrès clairement identifiés dans le projet de la personne ;
- Respect de la législation concernant la bientraitance et la lutte contre la maltraitance, reposant sur une procédure spécifique qui précisera les modalités de recours aux espaces de calme et de retrait pour l'apaisement sous forme de protocoles validés par les personnes ou les représentants légaux/ familles ;
- Respect et reconnaissance des équipes, à travers un projet de qualité de vie au travail, adapté spécialement à ces unités.

III. Eléments de cadrage

A. Structures porteuses éligibles

Ces unités auront un **statut de maison d'accueil spécialisée (MAS)** et pourront être déployées par :

- Extension d'ESMS existants ;
- Transformation de structures existantes (médico-sociales ou sanitaires[1]) ;

Les opérateurs susceptibles de créer ces unités sont des gestionnaires ou des établissements de santé disposant d'une autorisation médico-sociale et disposant d'une expertise reconnue dans le domaine de la gestion des troubles graves du comportement, des troubles du spectre de l'autisme et plus largement des troubles du neuro-développement.

Par ailleurs, au regard de la spécificité du public accueilli et de l'expertise nécessaire à un accompagnement de qualité, seront privilégiés des opérateurs présentant les garanties suivantes :

- Une expérience établie dans l'accompagnement de personnes autistes et/ou troubles du neurodéveloppement, avec des troubles du comportement majeurs, dangereuses pour elles-mêmes et/ou leur entourage ;

- La mise en œuvre de stratégies d'intervention face aux troubles du comportement majeurs, recommandées par la HAS, de type analyse fonctionnelle (Observation A pour antécédent, B pour behavior et C pour conséquences [Observation ABC], Elaboration et validation psychométrique d'une Echelle d'Evaluation des Troubles du Comportement pour Adultes avec Autisme (EPOCAA), Support pour l'évaluation fonctionnelle et l'intervention sur le comportement (SEFIC) -guide d'accompagnement environnemental, Centre expertise autisme adultes de Niort (CEEA) /2018[2], etc. ;

- Un plan de formation et l'organisation d'une supervision des pratiques adaptés et suffisamment calibrés pour faire face aux enjeux ;

- Une légitimité qui facilite l'inscription territoriale de ces unités au service de l'ensemble des acteurs du territoire ;

- Une capacité et un engagement à coopérer avec le secteur sanitaire.

Le projet devra s'inscrire en lien étroit avec les « Communautés 360 » (C.360) en charge de la résolution des situations sans solution sur le territoire visé, et des autres dispositifs de coordination comme les Dispositifs d'appui à la coordination (DAC) ou de ceux mis en place dans le cadre de la RAPT, en lien avec la MDPH. En outre, il devra préciser la gouvernance mise en place, indiquant les liens entre l'organisme gestionnaire et l'unité ainsi que le fonctionnement de l'équipe de direction, de sorte que la cohérence du projet associatif et du projet d'établissement avec les interventions recommandées puisse être appréciée.

[1]S'agissant du champ sanitaire, dans le respect du cadre prévu par l'instruction DGOS/DGCS/DSS/R1/5C/1A/2018/ 266 du 21 décembre 2018 relative aux opérations de fongibilité et transferts pris en compte pour la détermination des objectifs de dépenses sanitaires et médico-sociaux.

[2] Centre expertise autisme adultes, Centre hospitalier de Niort. Guide à l'usage des structures d'accueil d'adultes avec autisme sévère. Niort: CEAA;
2018 ».

- ABC : L'**observation** nommée **ABC** (A pour antécédent, B pour behavior et C pour conséquences) a pour objectif d'enregistrer les antécédents immédiats et les conséquences typiquement associées aux troubles du comportement dans des conditions normales. https://www.autismediffusion.com/Files/21499/extraitpriseencharge.pdf

-SEFIC « Support pour l'évaluation fonctionnelle et l'intervention sur le comportement »

- EPOCAA : « Elaboration et validation psychométrique d'une Echelle d'Evaluation des Troubles du Comportement pour Adultes avec Autisme », Recordon S.

-E.T.C.A.A. » Pour une approche intégrative en faveur d'une meilleure évaluation et compréhension de l'évolution des troubles du comportement » [thèse de psychologie clinique et psychopathologie]. Paris: Université Paris Descartes; 2007. ».

B. La zone d'implantation : accessibilité et lien social

L'implantation de ces unités sera définie en fonction des spécificités territoriales. Elles devront dans la mesure du possible :

- Etre situées en zone urbaine ou périurbaine ;
- Etre accessibles aux professionnels et aux familles (transports en commun, infrastructures routières, etc.) ;
- Etre à proximité de ressources essentielles et notamment :
    - D'au moins une structure hospitalière disposant d'un plateau technique suffisant pour réaliser un maximum d'investigations somatiques dans des conditions adaptées (recours limité aux anesthésies générales notamment) et dans un contexte parfois caractérisé par l'urgence,
    - D'infrastructures sociales ou de loisirs telles que des clubs sportifs, de théâtre ou des associations dans une visée inclusive, afin de permettre aux personnes qui le pourront de sortir de l'institution, et de développer un lien social,
    - D'espaces verts suffisants, permettant une activité physique adaptée aux besoins et capacités de chacun.

En tout état de cause, le projet décrira les modalités d'accès aux ressources sanitaires, aux ressources humaines et au tissu d'activités de la ville.

C. Admission au sein des petites unités résidentielles

Les modalités d'orientation et d'admission des personnes au sein de ces unités devront impérativement s'inscrire dans une dynamique territoriale de coresponsabilité des acteurs associant l'ARS, la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) et les acteurs du territoire disposant d'une expertise particulière dans :

- Le repérage des personnes en situations très complexe ;
- Le diagnostic et l'évaluation des adultes autistes ;
- L'accompagnement des personnes (structures médico-sociales et sanitaires spécialisées).

L'admission au sein de ces unités résidentielles médico-sociales s'effectue sur notification de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) à travers une orientation en MAS.

Ainsi, afin d'appuyer les MDPH dans l'identification des personnes à orienter vers ces unités, les acteurs devront mettre en place une instance régionale de coordination des admissions[1] chargée de réguler les orientations et les admissions au sein de ces unités et placée sous l'égide de l'ARS. (Voir modalités d'admission en annexe 3 de l'instruction interministérielle N° DIA/DGCS/SD3B/DGOS/R4/CNSA/A13/2021/134 du 24 juin 2021 précitée).

Cette instance, selon les spécificités territoriales, s'appuiera sur des organisations et dispositifs existants tels que le dispositif coordonné de revue des admissions mis en place dans le cadre de la « réponse accompagnée pour tous » et ses outils (groupes opérationnels de synthèse (GOS), plans d'accompagnement global (PAG). Il s'agira également de s'appuyer sur les « Communautés 360 », les dispositifs d'appui à la coordination, en veillant à associer les expertises spécifiques liées à l'accompagnement des adultes autistes en situation très complexe telles que les centres de ressources autisme (CRA), les équipes de diagnostic et d'évaluation (troubles du spectre de l'autisme (TSA) et troubles du neuro-développement (TND)) et les ESMS spécialisés du territoire, etc.

L'instance régionale de coordination des admissions est placée sous l'égide de l'ARS. Elle permet de prioriser des situations préalablement repérées par les acteurs et établir une liste des personnes dont le profil relève d'une unité de vie.

Elle permet également de **coordonner les admissions entre plusieurs départements ou territoires** :

- ✓ Lors des réunions, les acteurs[2] échangent sur les différentes situations individuelles, sur la base de leur connaissance des situations et des critères de priorisation, dans l'objectif d'identifier les situations individuelles les plus prioritaires à l'admission au sein des unités ;

- ✓ Ces réunions permettent également de créer une dynamique partenariale autour de l'accompagnement des adultes autistes en situation très complexe ;

[1] Regroupant les départements concernés en cas d'unité bi-départementale

[2] Institutionnels (ARS, MDPH), usagers et représentants, gestionnaires des unités, experts, CRA, structures sanitaires partenaires de l'unité.

- ✓ A l'issue de(s) réunion(s), le(s) unités s'engagent à accompagner nominativement les situations très complexes identifiées ;

- ✓ L'instance a également pour objectif de coordonner le flux des entrées et sorties.

Le déploiement d'une telle instance ne modifie pas les prérogatives des directeurs d'ESMS en matière d'admission [L.241-6 et D.312-35 du code de l'action sociale et des familles (CASF)].

Les réunions de l'instance de coordination des admissions nécessitent que les acteurs réalisent un travail préalable de recueil d'un nombre d'informations telles que les évaluations et bilans de la personne, les différentes données recensées auprès des MDPH, les crédits non reconductibles (CNR) gérés par ARS, etc. Enfin, l'unité met en œuvre une procédure de préadmission et un protocole d'admission afin de préparer l'élaboration du projet individualisé d'accompagnement (PIA) associant la personne et sa famille.

Pour les situations d'urgence, des procédures accélérées d'orientation pourront être mises en place par la MDPH.

Le candidat devra en outre proposer un protocole d'admission global comprenant trois volets :

- **Volet 1 /La procédure de préadmission comprenant des informations recueillies en amont :**
  - ❖ Entretiens préparatoires avec la famille/représentants légaux et les structures qui ont accueilli la personne, pour disposer des informations essentielles à l'adaptation de la personne ;
  - ❖ Outils utilisés ou à construire ;
  - ❖ Traitements médicamenteux ;
  - ❖ Évaluations complémentaires à réaliser et notamment :
    - Evaluations diagnostiques,
    - Bilans somatiques complets,
    - Evaluations du fonctionnement,
    - Evaluation fonctionnelle des troubles du comportement par le biais d'une méthode recommandée (ABC, SEFIC, EPOCAA, etc…),
    - Identification d'éventuelles comorbidités somatiques et psychiatriques.

Volet 2 /Le protocole d'admission :

- ❖ Information, consentement et recueil de l'adhésion de la personne et de la famille en prenant en compte les limites de l'expression de la personne elle-même,
- ❖ Evaluation des traitements médicamenteux,
- ❖ Détermination du rythme d'immersion de la personne (immersion progressive ou immédiate).

Volet 3/ Le protocole d'accompagnement et les domaines d'intervention en fonction des intérêts, besoins et rythmes des personnes.

Les protocoles personnalisés doivent être accessibles à toute l'équipe et en cas de besoin aux intervenants extérieurs (médecin, kinésithérapeutes, etc.).

D. Les documents de référence

Les projets devront impérativement s'inscrire dans le cadre de :

- La stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement ;
- Des recommandations de la Haute autorité de santé (HAS)[3] et plus particulièrement :

- « Troubles du spectre de l'autisme : intervention et parcours de vie de l'adulte, guide d'appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles », volet 1,2,3, HAS-Anesm, mars 2018,
- « Autisme et autres troubles envahissants du développement: interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent », HAS-Anesm, mars 2012,
- « Recommandations Troubles du spectre de l'autisme : intervention et parcours de vie de l'adulte », HAS-Anesm, décembre 2017,
- « Les « Comportements-problèmes » (volets 1,2,3) », Anesm, 2016
- « L'accompagnement à la santé de la personne handicapée », Anesm, 2013,
- « Qualité de vie en MAS- FAM (volets 1,2,3) », Anesm, 2013-2014,
- « Autisme et autres Troubles envahissants du développement : diagnostic et évaluation chez l'adulte. Recommandations pour la pratique clinique », HAS, 2011,
- « Autisme et autres troubles envahissants du développement – État des connaissances hors mécanismes physiopathologiques, psychopathologiques et recherche fondamentale », HAS, 2010,
- « Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement », Anesm, 2010.

Les projets pourront également s'inscrire dans le cadre d'autres productions telles que le « Guide d'accompagnement environnemental » (accueil d'adultes avec TSA et/ou déficience intellectuelle) du centre d'expertise adultes autisme (CEAA)/ 2018.

IV. Partenariats et intégration dans l'environnement garantissant l'accès aux soins

Ces unités doivent impérativement fonctionner par association étroite et coordonnée des secteurs médico-social et sanitaire.

Le projet devra être conçu dans le cadre d'un dispositif territorial global et coordonné avec l'offre de diagnostic et d'évaluation et plus généralement avec l'offre de soins régionale (eu égard à la dimension somatique prégnante dans la survenue des comportements-problèmes). Les partenariats avec les autres structures d'accueil et d'accompagnement du territoire ainsi que les dispositifs susceptibles de constituer une ressource pour l'établissement devront également être recherchés.

[3] www.has-sante.fr

La structure porteuse doit ainsi recenser l'ensemble des partenariats pertinents et préciser les modalités opérationnelles de travail et de collaboration, ainsi que le degré de formalisation avec chacun des partenaires.

> La candidature devra comporter les éléments relatifs à l'ensemble des partenariats envisagés (lettres d'intention des partenaires, convention de partenariat, etc.).

S'agissant en particulier de l'articulation avec l'offre de soins, des partenariats doivent exister avec les dispositifs de consultation dédiés aux personnes en situation de handicap présents sur le territoire. Ces dispositifs, conçus dans une logique de subsidiarité, constituent en effet une offre complémentaire pour certaines situations complexes pour lesquelles les soins courants généralistes ou spécialisés ordinaires sont difficilement mobilisables.

Plus globalement, les partenariats avec le réseau sanitaire permettront de mettre en place en fonction des contraintes territoriales (voir modalités en annexe 4 de l'instruction interministérielle N° DIA/DGCS/SD3B/DGOS/R4/CNSA/A1-3/2021/134 du 24 juin 2021 précitée):

- Une convention avec une structure hospitalière, qui prévoit notamment :
  - La priorité pour l'accueil en urgence,
  - L'identification d'un plateau technique de spécialistes référents -stomatologue, gastrologue, douleur, neurologue spécialisé TSA et apparentés, gynécologue, urologue, anesthésiste, etc.
  - L'accès à la télésanté pour certaines spécialités,
  - La prise en compte des handicaps associés (cécité, surdité, etc.) et maladies rares.

- L'accès à la médecine de ville (par exemple via une convention avec un ou des centres de santé ou l'adhésion de l'établissement porteur de l'unité à une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS).

Le partenariat avec le secteur médico-social et social permettra :

- Une coordination avec les MDPH, les équipes 360, les ARS et l'aide sociale à l'enfance (ASE) dans le cadre d'une convention ;
- Une convention avec les centres de ressources autisme (notamment pour une réévaluation du diagnostic, des expertises spécifiques ou encore l'organisation des formations à destination des familles) - Les ESMS accueillant des personnes avec TSA ou handicaps associés.

V. Accompagnement médico-social et sanitaire

A. L'évaluation méthodique de la personne avec TSA en situation très complexe

Les besoins des personnes devront être identifiés grâce à l'évaluation, pierre angulaire de l'élaboration du projet. La réalisation d'évaluations et de bilans ainsi que leur réévaluation régulière permettra d'ajuster au mieux les objectifs fixés et les interventions en fonction des résultats constatés

Il sera en effet nécessaire de conduire **des évaluations continues**, notamment sur le plan comportemental et d'assurer la **révision des bilans selon une périodicité adaptée** suffisamment fréquente et régulière. Cela permettra de construire un accompagnement affiné suivant l'évolution des ressources de la personne, de son profil comportemental et de sa trajectoire développementale. Les évaluations seront choisies selon les recueils de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) et l'actualisation des données de référence.

Les observations informelles seront consignées dans un logiciel informatisé de dossier résident.
Sur la base des intérêts évalués et partagés de la personne, elles concernent :

- L'autonomie personnelle et communautaire (analyses de tâche, grilles d'évaluation de façon à pouvoir évaluer le degré d'aide apporté et travailler à l'acquisition de plus d'autonomie) ;
- La communication expressive et réceptive (code objet, pictogramme, photographie, verbalisation) ;
- La socialisation ;
- Les loisirs et activités ;
- La sensorialité ;
- La santé physique ;
- Le bien-être psychologique.

Cet accompagnement construit au fil des ans sera ajusté de façon constante en fonction des besoins des personnes, de leur évolution et de l'actualisation des connaissances.

La démarche évaluative associe systématiquement les familles en particulier dans les aspects suivants :

- L'actualisation du diagnostic (recherche des comorbidités, bilan génétique) ;
- L'attention pour les aspects somatiques et leur prise en charge adaptée ;
- L'identification des compétences et intérêts de la personne ;
- La démarche d'échange sur les résultats des évaluations du fonctionnement et leurs conséquences sur le projet d'accompagnement pluridisciplinaire ; - L'analyse des troubles du comportement.

B. Les activités et accompagnements proposés

Les activités, modes de communication et accompagnements seront individualisés et adaptés à chaque résident de l'unité. L'expérience de la famille, des proches et représentants légaux doit être prise en compte dans la définition du projet individuel de la personne, notamment les stratégies mises en place pour chaque aspect de la vie quotidienne ainsi que les particularités et les intérêts de la personne.

Il s'agit de valoriser la personne, de prendre en compte ses intérêts, de maintenir sa santé physique et psychique.
Lors de l'organisation des journées, il faut également considérer les besoins de stimulation de la personne.

Communication expressive et réceptive

- Proposer des apprentissages de communication alternative et augmentée (CAA), en s'appuyant sur l'évaluation de la communication réceptive et expressive de la personne et sur son mode de communication habituel ;
- Etablir une continuité avec le mode de communication utilisé pour la personne avant son arrivée dans l'unité.

Activités et accompagnements

Réfléchir à la mise en place :

- D'ateliers sensoriels, activités thérapeutiques, motrices et cognitives par des personnes qualifiées et formées ;
- D'activités soutenant la communication expressive et réceptive ; - D'activités physiques et sportives.

Proposer et permettre aux familles de participer à certaines activités (repas, balades, ateliers, etc.) et rencontres informelles conviviales régulières.

Activités axées sur l'autonomie

Il s'agira de :

- Chercher à organiser des activités de socialisation et de loisir hors de l'institution dans la mesure où cela ne nuit pas à la personne ;
- Prévoir des activités axées sur la vie quotidienne adulte (en routine) : hygiène, soin de soi, activités domestiques.

Le suivi somatique

L'accès aux soins sera garanti par un accès organisé à des services somatiques spécialisés et généralistes, mentionnés supra.

Seront mis en place :

- Des outils de dépistage (EDAPP-2, grille d'évaluation de la douleur- déficience intellectuelle (GED-DI), (échelle simplifiée d'évaluation de la douleur chez les personnes dys-communicantes avec troubles de l'autisme (ESDDA), etc.) et de prévention de la douleur étayés par les observations de la famille et de l'entourage, qui sauront interpréter certains signes non-verbaux ;
- Des soins somatiques ;
- Une surveillance et une révision régulières des traitements.

La prévention et la gestion des troubles majeurs du comportement

Dans le cadre de la gestion des troubles majeurs du comportement, il s'agit de mettre en place des interventions psychosociales/socio-éducatives individualisées, en travaillant sur les capacités d'adaptation de la personne.

Une stratégie d'intervention est définie consistant, par exemple à :

- Aménager l'environnement ;
- Interroger régulièrement son emploi du temps (équilibre activités physiques, cognitives, domestiques, relationnelles) ;
- Traiter en parallèle une pathologie associée ;
- Apprendre à la personne des compétences spécifiques ou un comportement alternatif qui vienne se substituer au « comportement-problème ».

Dans le cadre de la réglementation et des RBPP sont prises en compte les questions :

- Des espaces calme-retrait-apaisement ;

- Des contentions, en déterminant une procédure individualisée à suivre, concertée avec les familles et dans le cadre strict de la législation en vigueur.

Un médecin pourra envisager d'hospitaliser la personne, en dernier recours, si :

- Elle le demande ;
- Elle se met en danger ;
- Elle met en danger son entourage familial et/ou professionnel ;
- Les troubles du comportement semblent avoir une origine somatique, qui n'est pas détectable ou guérissable autrement qu'en passant par une hospitalisation.

C. La participation de la famille

La participation et l'implication de la famille contribuent directement à la qualité de l'accompagnement et aux progrès de la personne.

Il est nécessaire :

- De favoriser au maximum le dialogue avec les familles et de les impliquer dans le projet de leur proche, en prévoyant des réunions de synthèse avec elles. Il est nécessaire de prendre en compte leurs attentes pour qu'elles s'approprient le projet de leur proche et qu'elles le portent ;
- D'informer systématiquement la famille des rendez-vous médicaux, des soins effectués, y compris des changements de médication, des traitements mis en place et des protocoles de gestion des comportements-problèmes notamment quand un recours aux espaces de calme/retrait-et d'apaisement est prévu (cf. RBPP à ce sujet) ;
- De recueillir leur consentement, si la situation n'est pas une urgence médicale ;
- D'impliquer la famille dans le projet de la personne via un partage d'information régulier sur le fonctionnement de l'unité.

Il est recommandé de prendre le temps de faire visiter l'unité résidentielle, d'expliquer à la famille le mode d'accueil, notamment les fonctions de l'architecture, le fonctionnement des espaces dit d'apaisement (protocole, rôle thérapeutique, prescription médicale/ RBPP Comportements), les collaborations avec le sanitaire, la médication, l'organisation des activités en journée, le rôle de chaque professionnel.

Il est ensuite nécessaire de partager avec la famille le suivi du projet personnalisé de la personne (avec ses temps de réévaluations), en utilisant l'outil le plus adapté à la famille (numérique, téléphonique, rencontres, etc.).

Le projet doit expliciter les modalités de soutien, d'accompagnement, d'accueil de la famille ainsi que de mise à disposition d'un espace de résidence sur le site pour les personnes qui du fait de leurs fragilités ne peuvent pas revenir en famille.

De plus, il est souhaitable d'organiser pour les familles :

- Un temps de formation en s'appuyant sur leurs connaissances et expériences. Ces formations doivent être poursuivies dans le temps, afin de favoriser notamment et progressivement les retours en famille et éventuellement avec une évolution des modalités d'accompagnement. Elles doivent permettre aux proches de s'approprier certaines techniques d'accompagnement utiles au quotidien (guidance) ;

- Le soutien psychologique : il s'agit de soutenir les familles au regard des difficultés qu'elles rencontrent, suite à un parcours éprouvant : épuisement, « burn-out », dépression, isolement, culpabilité. Cet accompagnement est particulièrement nécessaire si elles ont subi de la violence ;
- L'accueil : pour les familles qui ne peuvent plus accueillir seules leur proche pour des raisons comportementales, prévoir des temps accompagnés par un professionnel de l'ESMS/unité (qui connait la personne) pour permettre ce retour en famille ;
  Une vigilance particulière devra être portée aux besoins de la famille pendant ce temps, même court, d'une journée ou d'un weekend. La possibilité de contractualiser avec un service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) formé, en activant la prestation de compensation du handicap (PCH), pourra également être envisagée. En tout état de cause, il sera nécessaire de permettre le retour anticipé vers l'unité si les familles sont en difficulté ;
- La mise à disposition d'un espace de résidence sur le site : prévoir dans le bâti ESMS un « espace résidentiel famille ». Cet espace, quand il n'est pas occupé, peut être utilisé comme un autre lieu d'activité pour les résidents, si nécessaire.

VI. Moyens humains, matériels et financiers

A. Ressources humaines

La gestion des ressources humaines doit garantir la continuité et la qualité de l'accompagnement sur ces unités.

Le projet fera appel à une équipe pluridisciplinaire dont le nombre et les profils seront adaptés au public accueilli. Cette équipe sera répartie au sein des groupes et lieux de vie de l'unité de vie résidentielle.

Cette équipe aura comme particularité de ne pas être affectée à 100% à l'unité.

Le personnel dédié à l'accompagnement disposera en effet d'un temps de travail partagé avec d'autres organisations sur son site ou à l'extérieur de celui-ci. Ce temps pourra notamment se traduire par exemple par des actions de formation ou des interventions dans d'autres unités, ou en appui à domicile et en articulation avec les MDPH et les « communautés 360 » (voir ci-dessous).

Les recrutements devront s'effectuer en amont de l'ouverture pour permettre d'effectuer les temps de remise à niveau ou de partage du projet avec les membres de l'équipe.

Dans la mesure du possible, des démarches d'identification des personnes remplaçantes, seront initiées afin d'anticiper les remplacements et la formation de ces professionnels.

Enfin, les protocoles de gestion de crise décriront l'implication de l'ensemble de l'équipe y compris l'encadrement de l'établissement.

1. Composition cible de l'équipe pluridisciplinaire :

Le personnel devra être composé *a minima* des professionnels suivants :
(Voir tableau des effectifs cibles en annexe 1 du présent cahier des charges).

Pour les postes mutualisés :

- ✓ Secrétaire, comptable ;
- ✓ Médecin généraliste, psychiatre, psychologue, psychomotricien, kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste ;
- ✓ Personnel de restauration, techniciens en blanchisserie.
- ✓ Encadrement

Pour les postes non-mutualisés avec la structure porteuse [sans préjudice du temps partagé (cf B.)]:

- ✓ Coordinateur pour le suivi des prises en soin, l'organisation des séjours de répit, le lien avec les familles et les structures médico-sociales et sanitaires du réseau;
- ✓ Personnel éducatif et soignant (infirmier, aide-soignant, aide médico-psychologique (AMP), accompagnant éducatif et social (AES), éducateur spécialisé) ;
- ✓ Personnel de nuit/astreinte
- ✓ Agent de service et ouvrier d'entretien.

Le nombre de personnes sur place le jour/la nuit/astreintes/week-end est adapté à la taille de l'unité en privilégiant l'organisation mutualisée avec la structure porteuse, voire avec les autres structures environnantes si la convention de partenariat le prévoit.

2. Le temps de travail partagé et les éléments pour le calcul des effectifs

- Le temps de travail partagé :

Le temps d'intervention des professionnels à l'extérieur de l'unité tel que prévu dans le cadre des conventions de partenariat avec l'environnement sanitaire et médico-social devra être intégré (environ 10%) dans le calcul des effectifs.

Il s'agit de prévenir les risques de turn-over et d'usure au travail (voir infra C.) et d'endosser un rôle d'appui aux autres acteurs territoriaux.

Ce temps pourra être dédié à diverses activités modulables selon les besoins de l'environnement.

Ce temps ne doit pas se traduire par une substitution aux équipes déjà en place (équipes mobiles, missions d'appui…) mais doit permettre aux professionnels de venir en renfort, afin de pouvoir être disponible à tout moment en cas de grande crise sur l'unité.

Il s'agit de professionnels d'accompagnement engagés à temps plein mais avec une double affectation estimée à de 0,90 équivalent temps plein (ETP) sur la structure et le reste réparti en :

- ✓ Une participation à l'accompagnement au quotidien du champ médico-social plus généraliste (moins complexe) ; il s'agit de prestations déprogrammables plutôt dévolues à des aides-soignants (AS), aides médico-psychologiques (AMP) et

accompagnants éducatifs et sociaux (AES) qui par ces actions augmentent la compétence des équipes moins expertes de terrain du fait de ce travail partagé ;

- ✓ Un soutien de ce même champ lors de tension ponctuelle par exemple en renfort d'effectif (prestation de niveau un peu plus complexe) ;
- ✓ Enfin un apport supplémentaire de ressources nécessité par une situation de crise d'un résident (prestation complexe en réponse à une situation critique).

Le temps hors unité fera l'objet d'une évaluation basée sur les premières unités mises en œuvre en 2021 et pourra donner lieu le cas échéant à des ajustements sur l'unité prévu à cet effet.

- Autres éléments qualitatifs à prendre en compte dans le calcul des effectifs :

Les temps de coordination, de préparation des dossiers, de supervision, de formation et accompagnement des familles devront être pris en compte dans le calcul des effectifs.
Il convient d'y ajouter le temps d'accompagnement psychologique individuel et de supervision pour les salariés confrontés à des situations de violence.

B. La formation

Le recrutement de personnel expérimenté est fortement recommandé, compte tenu du profil des personnes accueillies.
La formation initiale et continue des professionnels est un élément clé pour la qualité de l'accueil des personnes aussi bien que pour la qualité de vie au travail des professionnels de ces unités.

Ces derniers devront être formés ou se former aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles sur l'accompagnement des personnes autistes et notamment aux techniques et méthodes permettant l'acquisition, le développement, et le maintien des apprentissages, du langage, de l'attention et de la communication et à la gestion des comportements-problèmes.

Le projet doit intégrer un plan de formation continue comportant **:**

- Un temps de formation à l'entrée et à l'embauche, incluant notamment les formations aux troubles graves du comportement type Formation PCMA (Professional Crisis Management Services Association) ;
- Un temps de supervision ;
- Un temps d'actualisation des connaissances ;
- Un temps d'analyse des pratiques professionnelles et retours d'expériences.

Ces formations doivent être faites de manière régulière.

Le porteur devra également présenter le dispositif d'analyse des pratiques qu'il entend mettre en œuvre. Le budget prévisionnel devra tenir compte du plan de formation, de supervision et d'analyse des pratiques.

Le projet présentera en outre les modalités d'organisation du travail transdisciplinaire, comprenant notamment l'organisation de réunions de service hebdomadaires.

C. Qualité de vie au travail, sécurité et avantages sociaux

Outre, l'organisation de temps de travail partagé, tel que décrit dans la partie ressources humaines, les mesures spécifiques additionnelles prenant en compte la pénibilité et les risques au travail seront précisées par le candidat, par exemple au regard de la pénibilité de l'exercice dans le cadre ces unités des gratifications spécifiques telles que :

- o Reconnaissance de travail « pénible »,
- o Primes,
- o Temps de congés, indemnités de logement ou logements, conciergerie (garde des enfants, inscriptions scolaires, cf. voir avantages proposés pour les zones sous denses dans le sanitaire).

De plus doivent être décrits :

- Les modalités de préservation de la qualité de vie au travail, favorisant la bientraitance des personnes accueillies, comme des personnels, qui peuvent inclure à titre d'exemple :
  - Un temps de mise en condition physique sur conseils de l'éducateur sportif,
  - L'accès et le droit d'utilisation du matériel sportif sur les temps de pause,
- Les protocoles et procédures en cas d'atteinte corporelle pour le personnel comme pour les résidents ;
- Un protocole de gestion des situations traumatiques vécues par les salariés comprenant :
  - Un accompagnement immédiat des salariés concernés suite à une crise, organisé de façon individuelle et groupale qui peut comprendre différents outils de soutien éventuellement combinés tels que groupe d'expression, d'analyse de pratiques ou de séances de débriefing,
  - La possibilité pour un salarié de prendre rendez-vous avec un psychologue extérieur (le cas échéant conventionné avec l'établissement), de façon anonyme et 3 séances prises en charge par l'établissement.

- Des dispositifs de sécurité au travail :
  - Un matériel de protection et de communication inter-équipe doit être <u>obligatoirement</u> proposé aux salariés.
  - Un dispositif de surveillance adapté sera installé.

Le dossier décrira de manière détaillée l'ensemble des éléments ci-dessus

D. Démarche d'amélioration continue de la qualité et évaluation des unités

Le candidat précisera les modalités de pilotage de l'amélioration continue de la qualité et notamment les modalités prévues d'évaluation de la qualité du service rendu aux usagers.

Dans ce cadre, le candidat listera les indicateurs sur lesquels reposera sa démarche et indiquera le référentiel utilisé dans le cadre de l'évaluation interne.

L'ensemble des outils et protocoles relatifs aux droits des usagers et aux évaluations interne et externe prévus par la loi la Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale devront impérativement être mis en œuvre.

Le candidat évoquera le protocole interne à tenir en cas de maltraitance au sein de l'établissement.

De la même façon, le candidat devra prévoir un protocole de recours aux espaces de retrait (localisation, sécurisation…) conforme aux RBPP et à la législation en vigueur.
Le recours exceptionnel à la contention, en dernier recours, en réponse à une violence immédiate devra être mis en œuvre dans un cadre strict (proportionnalité, prescription médicale, limite dans le temps, traçabilité…) et avec l'accord des proches.

Le projet devra en outre présenter une démarche d'évaluation conformément aux dispositions des articles L 312 -8 et D 312-203 et suivants et du Code de l'Action sociale et des Familles.

E. Mise en place d'un système d'information

Le candidat devra proposer une solution de suivi du fonctionnement des unités.

VII. Projet architectural

Le projet présenté devra obligatoirement détailler le projet architectural, qui doit être spécialement adapté à ce type de public, en sollicitant l'avis et le cas échéant l'appui du centre ressource autisme (CRA) ou d'experts reconnus dans l'aménagement de ce type de structures. La préservation de la santé, de la sécurité et du bien-être des résidents est intrinsèquement liée à la qualité de l'architecture, aux différents équipements et à la configuration des locaux.
Le projet architectural proposera la configuration des locaux la plus adaptée à l'accueil du public cible (par exemple petits lieux de vie cloisonnés pour deux habitats pour trois personnes ou trois habitats pour deux personnes).

Les lieux de vie sont autonomes. Leur disposition permet toutefois le passage facile d'un lieu de vie à l'autre, notamment pour les professionnels. Certains espaces peuvent être partagés (infirmerie, bureaux des professionnels du quotidien, laverie, locaux techniques).

Il convient d'intégrer dans l'aménagement des locaux :

- Le dispositif de surveillance;
- Les modalités de diminution et d'adaptation des stimulations sensorielles : sonores (insonorisation), visuelles (diminuer autant que possible les sur-stimulations dans les lieux sensibles), vestibulaires, tactiles, gustatives et olfactives. Une vigilance sera portée à la place des cuisines et sanitaires dans les lieux de vie notamment);
- Un mobilier, solide et adaptatif, des espaces de circulation dégagés, en prenant en compte la nécessité de protection du mobilier, pour éviter que les personnes autistes en crise ne se blessent ;
- Les salles de repos particulières : espaces de ressourcement, calmes et salles de retrait ;
- L'organisation de l'intervention des services logistiques et techniques ;

- L'organisation de l'accès aux consultations et notamment l'équipement pour la télésanté ;
- Le recours aux pictogrammes et aux informations visuelles pour rendre lisibles et identifiables les différents espaces ;
- Le confort et l'aspect esthétique des locaux ;
- Un espace dédié aux familles pour recevoir les proches des personnes accompagnées (type studio aménagé).

Le Guide d'accompagnement environnemental du CEAA (2015) est un outil de réflexion possible quant à l'aménagement des locaux.

Le budget prévisionnel devra tenir compte des réparations dues aux éventuelles dégradations et aux besoins d'aménagements spécifiques et évolutifs en lien avec les besoins des personnes.

VIII. Modalités de financement

Chacun des projets bénéficie d'une enveloppe limitative maximale de 1 266 000€ soit un coût place à hauteur de 211 000 €.
Ces crédits seront versés au candidat retenu sous forme de dotation globale, dans le cadre d'un budget spécifique, distinct et annexé au budget principal de l'établissement médico-social bénéficiaire de l'unité de vie résidentielle.
Le non-respect de l'enveloppe limitative vaut rejet du dossier de candidature.

IX. Délai de mise en œuvre

L'installation effective sera mise en œuvre dès que possible en **cours d'année 2025 ou 2026**, **une ouverture étant aussi envisageable dans des bâtiments provisoires.**
La capacité de mise en œuvre dans un délai court du projet tel que détaillé dans le présent cahier des charges sera prise en compte dans la détermination du candidat sélectionné.

X. Implantation géographique

Le présent appel à candidature prévoit donc la création de **2 unités de 6 places :**

- **Une unité en Isère (38)**
- **Une unité couvrant le territoire interdépartemental de Savoie (73)/Haute-Savoie (74)**. L'unité interdépartementale 73-74 sera ouverte à l'admission de personnes résidentes sur l'un ou l'autre des deux départements, quel que soit le lieu d'implantation de l'unité sur l'un des deux départements précités.

XI. Dossier de candidature

Les projets devront répondre impérativement et intégralement au présent cahier des charges. La formalisation des partenariats peut prendre la forme d'une charte, d'une lettre d'engagement. Tout dossier incomplet sera déclaré irrecevable.

XII. Modalités d'envoi

Les candidats devront déposer un dossier complet de candidature auprès de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes.

L'envoi des dossiers se fait prioritairement sous format dématérialisé par courriel à la direction de l'autonomie, pôle Personnes en situation de handicap de l'ARS Auvergne Rhône-Alpes :

ars-ara-da-ph-offre-cpom@ars.sante.fr

Le candidat fera figurer en objet du courriel mail « Candidature AAC unité résidentielle TSA département 38 **ou** 73-74 ».

En cas d'impossibilité, les dossiers pourront également faire l'objet d'un envoi postal, les dossiers sous format papier seront accompagnés d'une clé USB comportant les éléments du dossier :

Agene Régionale de Santé Auvergne Rhône- Alpes
Direction de l'Autonomie
Pôle personnes en situation de handicap
241 rue Garibaldi
CS 93383
69418 Lyon cedex 03

La date limite de réception des dossiers est fixée au 31 octobre 2024 à 23h59 (horaire d'arrivée de l'email dans la boîte dédiée ou cachet de la poste faisant foi).

Les dossiers parvenus ou déposés après la date limite de dépôt des dossiers ne seront pas recevables.

XIII. Modalités d'instruction et critères de sélection

Les projets seront analysés par des instructeurs désignés par le Directeur général de l'Agence régionale de santé, selon la grille ci-dessous.

A l'issue de la tenue de la commission, les résultats seront communiqués aux candidats.

Thèmes	Critères	Cotation	
Stratégie, gouvernance, pilotage du projet	Expérience du promoteur dans le médico-social, connaissance experte du public TSA et des territoires Cohérence du projet associatif avec les interventions recommandées.	20	60
	Projet co-construit avec les acteurs : co-construction avec les familles et les usagers, co-construction avec les professionnels du territoire (secteurs sanitaires, médico-sociaux, sociaux, de loisirs, sportifs).	10	
	Nature et appréciation des modalités d'un partenariat soutenu avec le sanitaire dans le cadre de la gestion des troubles du comportement notamment ; élaboration concertée d'un protocole à la fois interne à la structure, articulé et concerté avec les acteurs hospitaliers du territoire et les unités de soin psychiatrique.	30	
Accompagnement médico-social proposé	Respect des recommandations nationales de bonnes pratiques HAS et ANESM dans le pré-projet d'établissement et de service	15	80
	Projets d'accompagnement individualisé conformes à la description RBP : inscription dans une logique de procédure d'admission à construire avec les instances régionales ; Modalités d'élaboration du PAI (adaptation aux capacités de la personne, méthodes d'intervention conformes aux RBP, co-élaboration avec l'usager, la famille, réévaluation…) ; Développement de la personne dans les différents domaines fonctionnels (cognitif, autonomie dans la vie quotidienne…) ; recours aux outils recommandés par la HAS notamment dans le domaine des modes de communication alternatifs et/ou augmentés. Organisation de l'accès aux soins et à la santé ; Organisation des interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées (organisation du travail transdisciplinaire, activités, loisirs, cohérence et continuité des interventions.)	30	
	Participation et soutien de la famille et de l'entourage dans l'accompagnement mis en place : réflexion sur l'accueil des familles, modalités d'appui aux familles (informations, interventions proposées, guidance…), modalités de participation collective des familles.	15	
	Stratégie d'amélioration continue de la qualité et du service rendu aux usagers : modalités de pilotage de l'amélioration continue de la qualité et de l'évaluation ;	10	
	Garantie des droits individuels et collectifs des usagers et modalités de mise en place des outils de la loi 2002-2.	10	
Moyens humains matériels et financiers	Ressources humaines : cohérence de la composition des équipes avec le projet global, plan de formation continue, supervision des équipes, reprises cliniques et analyse des pratiques professionnelles ; planification des temps de travail des professionnels au sein de l'unité en alternance avec d'autres lieux d'exercice ; accueil de stagiaires pour accompagner une montée en compétence des professionnels des établissements médico-sociaux TSA dans la gestion de situations de crise.	30	90
	Adéquation du projet architectural et conditions de fonctionnement : autorisation et capacité, localisation géographique, locaux et aménagement (locaux adaptés au public avec TSA, aménagement adapté aux troubles de la sensorialité, à la gestion structurée de l'espace et du temps pour les personnes). Sécurisation des personnes avec espaces de retrait, prévision du matériel spécifique pour protection des personnes et des professionnels	30	
	Calendrier de mise en œuvre (rétro-planning, respect des délais). Capacité de mise en œuvre du projet : Capacité financière et cadrage financier (situation financière de l'organisme gestionnaire, coût de l'investissement et plan de financement, respect des enveloppes)	30	

	Anticipation des coûts liés aux réparations dans les locaux.		
Total		230	

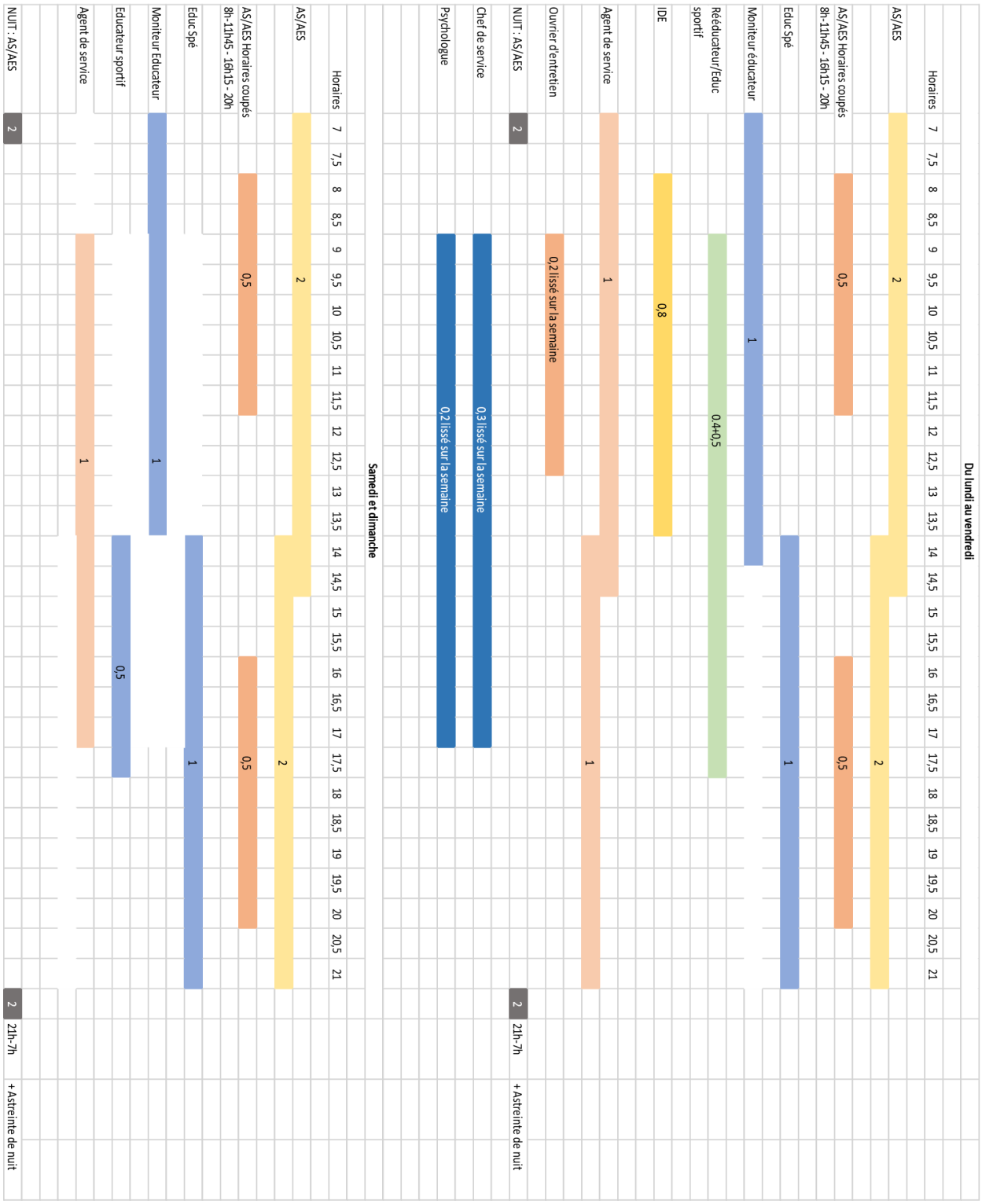
XIV. Composition du dossier

Le candidat doit soumettre un dossier complet comprenant deux parties distinctes (candidature et projet) répondant aux différents critères du cahier des charges.

Les documents suivants seront également joints :

- toutes conventions et /ou lettres d'intention avec les établissements de santé qui appuieront l'unité ;
- le calendrier de mise en œuvre
- le pré-projet architectural et les aménagements envisagés ;
- l'énoncé des dispositions propres à garantir les droits des usagers en application des articles L 311-3 à L 311-8 ;
- les partenariats et les modalités de coopération ;
- le budget de fonctionnement détaillé et selon le cadre normalisé en vigueur ;
- le plan d'investissement
- le tableau des effectifs, description de l'organisation de l'équipe (missions, qualifications), ratios d'encadrement, les plans de formations envisagées.

Annexe 1 Tableau des effectifs cibles



ANNEXE 2 GUIDE DE RECOMMANDATIONS ET DE BONNES PRATIQUES ARCHITECTURALES

GOUVERNEMENT

https://www.cra-pc.fr/wp-content/uploads/2021/06/Favoriser-lacces-au-logement.pdf