

## CAHIER DES CHARGES

pour la création, par extension d'établissement existant, d'**unités renforcées d'accueil de transition (URAT)**, pour personnes présentant des situations complexes de troubles du spectre de l'autisme (TSA) réparties ainsi :

- Deux unités à vocation interdépartementale pour adolescents et jeunes adultes :
  - Secteur 1 : Paris, Hauts-de-Seine
  - Secteur 2 : Seine-et-Marne, Val-de-Marne, Seine-Saint-Denis
  
- Trois unités pour adultes intervenant chacune sur un secteur de référence :
  - Secteur 1 : Paris, Hauts-de-Seine
  - Secteur 2 : Yvelines, Essonne, Val-d'Oise
  - Secteur 3 : Seine-et-Marne, Val de Marne, Seine-Saint-Denis

## Table des matières

<b>I. Contexte</b> .....	3
A. Contexte général .....	3
B. Contexte propre à l'Ile-de-France .....	3
<b>II. Cadrage juridique</b> .....	4
A. Dispositions légales et règlementaires .....	4
B. Documents de référence.....	4
<b>III. Eléments de cadrage</b> .....	5
A. Structures éligibles.....	5
B. Capacité d'accueil et public concerné.....	5
C. Enjeux et objectifs du projet.....	6
D. Zone d'implantation et territoire d'intervention.....	6
E. Amplitude d'ouverture.....	6
F. Délai de mise en œuvre .....	7
<b>IV. Environnement et partenariats</b> .....	7
<b>V. Stratégie, gouvernance et pilotage du projet</b> .....	8
A. Gouvernance et organisation et fonctionnement de la structure .....	8
B. Admission au sein de l'unité renforcée de transition .....	8
<b>VI. Accompagnement médico-social proposé</b> .....	10
A. Modalités d'accompagnement.....	10
La mission de l'unité renforcée s'inscrivant comme accueil de transition, une partie du personnel de l'unité devra être dédiée à l'élaboration du projet de sortie de la personne.....	10
B. Démarche d'amélioration continue de la qualité .....	11
C. Place de la famille .....	11
<b>VII. Moyens humains, matériels et financiers</b> .....	11
A. Ressources humaines.....	11
B. Projet architectural et environnement .....	12
C. Budget et investissements.....	12
<b>VIII. Evaluation</b> .....	13

## I. Contexte

### A. Contexte général

Dans le domaine des TSA, les ruptures de parcours et les obstacles à l'accessibilité aux soins, services et aux droits sont nombreux, avec une récurrence particulière aux périodes d'âges charnières (adolescence, âge adulte) et également du fait de « comportements-défis ».

Le rapport final piloté par le CREAL, l'INSERM et l'IReSP, datant de décembre 2022 portant sur « L'analyse des parcours de vie des personnes présentant un Trouble du Spectre de l'Autisme suivies par le dispositif SCATED (Situations Complexes en Autisme et Troubles Envahissants du Développement) en Ile-de-France depuis sa création a identifié un certain nombre de facteurs qui contribuent à cet état de fait :

- La fragmentation de l'offre, de l'organisation et du fonctionnement des établissements et services ;
- L'inadéquation des réponses
- Un cloisonnement des dispositifs, insuffisamment articulés
- Un manque de lisibilité des organisations territoriales
- Une offre parfois insuffisante
- L'insuffisance de la coopération des acteurs, de l'intégration des pratiques et des organisations au niveau des territoires notamment autour des situations complexes d'autisme même si cette coopération tend de plus en plus à se structurer en Ile-de-France notamment

En effet, la création des Dispositifs d'Appui à la Coordination, des Dispositifs Intégrés Handicap puis des communautés 360 ont contribué à développer des réponses mieux coordonnées, davantage concertées intervenant en faveur d'un ajustement plus efficient des réponses. Ces dernières demeurent néanmoins quantitativement insuffisamment nombreuses.

La Stratégie Nationale Autisme 2018-2022 a par ailleurs contribué à faire émerger des projets de petites unités résidentielles permettant l'accueil pérenne mais non définitif de personnes autistes présentant des situations très complexes avec comorbidités. Ces nouvelles réponses s'inscrivent dans le cadre d'une organisation graduée de l'accompagnement de la grande complexité en Ile-de-France.

### B. Contexte propre à l'Ile-de-France

La Région Ile-de-France dispose depuis 2009 d'un dispositif spécifique destiné à prendre en charge les situations complexes de personnes avec autisme et troubles envahissants du développement (TED).

Cette organisation s'articule autour de :

- trois Unités Mobiles d'Intervention (UMI), agissant en appui des institutions, services demandeurs et au domicile ; ces unités mobiles interdépartementales sont aujourd'hui missionnées pour développer une partie de leurs missions de manière adaptée à la configuration de chaque territoire dans le cadre d'une départementalisation en faveur de réponses plus ajustées et concertées avec les acteurs de la RAPT de chaque département ;
- d'une unité sanitaire d'accueil temporaire d'urgence (USIDATU) située au Centre Hospitalier de la Pitié Salpêtrière. Celle-ci développe une réponse sanitaire d'accueil à des fins d'exploration somatique et déploie des réponses qui ont peu à peu vocation à être davantage externalisées et en appui notamment des URAT et des futures Petites Unités Résidentielles.
- Enrichi de 4 Unités Renforcées d'Accueil de Transition, le schéma d'accompagnement de la grande complexité en Ile-de-France voit, avec la désignation de 7 porteurs de futures petites unités résidentielles, s'étoffer une réponse articulée qui permet la prise en compte d'une graduation des différents types et niveaux de complexité à travers un schéma régional qui tend à se stabiliser.

La situation des jeunes apparaît comme plus sévère que celle des adultes, complexe, avec de nombreuses comorbidités somatiques (syndrome génétique rare, troubles sensoriels, épilepsie, automutilations sévères...), d'où la nécessité de renforcer les solutions mises en œuvre pour les adolescents et jeunes adultes d'une part et les adultes d'autre part.

## Données issues du bilan national du dispositif situations critiques au 31 décembre 2015 :

Il ressort de ce bilan que la typologie des personnes concernées est la suivante :

- la tranche d'âge principale est 12-19 ans (plus de 45% des situations), les 20-25 ans représentent 29% des situations critiques
- la question des « comportements- problèmes » est citée dans la moitié des situations traitées
- les personnes sont majoritairement à domicile
- l'autisme apparaît comme le handicap principal des situations critiques
- un fort besoin d'articulation avec le secteur psychiatrique pour les situations remontées au niveau national

La création d'unités renforcées d'accueil de transition pour personnes présentant des troubles du spectre autistique (TSA) s'inscrit dans l'organisation régionale mise en œuvre pour éviter les ruptures de parcours des situations particulièrement complexes, en lien avec le dispositif spécifique UMI-USIDATU et favorisant la réintégration des personnes dans les ESMS ordinaires après un accompagnement transitoire de 6 mois prorogable 3 mois.

## II. Cadrage juridique

### A. Dispositions légales et réglementaires

- Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;
- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ;
- Décret n°2009-322 du 20 mars 2009 relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie (articles D 344-5-1 à 16 du CASF) ;
- Décret du 9 mai 2017 relatif à la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques.

Les structures se portant candidates devront par conséquent respecter ce cadre juridique, et à défaut, feront l'objet d'un refus préalable.

### B. Documents de référence

Les dossiers de candidatures devront notamment s'inscrire dans le cadre de référence suivant :

- **Recommandations de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM)<sup>1</sup>, et Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS)<sup>2</sup> et plus particulièrement :**
  - Recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme (enfants et adolescents), HAS-FFP, juin 2005.
  - Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement (TED), ANESM, juin 2009.
  - Etat des connaissances, HAS, janvier 2010.
  - Autisme et autres troubles envahissants du développement : diagnostic et évaluation chez l'adulte, HAS, juillet 2011
  - Interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent, HAS-ANESM, mars 2012.
  - Les « comportements-problèmes » : prévention et réponses au sein des établissements et services intervenant auprès des enfants et adultes handicapés, ANESM, juillet 2016
  - Qualité de vie : handicap, les problèmes somatiques et les phénomènes douloureux (guide de l'ANESM, avril 2017) ;
  - Trouble du spectre de l'autisme : interventions et parcours de vie de l'adulte (HAS, Décembre 2017).
- Plan autisme 2013-2017 ;

<sup>1</sup> [www.anesm.sante.gouv.fr](http://www.anesm.sante.gouv.fr)

<sup>2</sup> [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

- Circulaire N°DGCS/SD3B/SDR4/DGESCO/CNSA/2014/52 du 13 février 2014 relative à la mise en œuvre des plans régionaux d'action, des créations de places et des unités d'enseignement prévus par le 3ème plan autisme (2013-2017) ;
- Rapport « zéro sans solutions », Denis Piveteau, Ministère des affaires sociales et de la santé, juin 2014 ;
- Démarche « Une réponse accompagnée pour tous »
- Instruction n° DGCS/3B/DSS/1A/CNSA/2016/22 du 22 janvier 2016 relative à la mise en oeuvre du plan de prévention et d'arrêt des départs non souhaités de personnes handicapées vers la Belgique.
- Instruction interministérielle N°DGCS/SD3B/DGOS/DGS/CNSA/2019/44 du 25 février 2019 relative à la mise en œuvre de la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement 2018-2022

### III. Éléments de cadrage

#### A. Structures éligibles

Les unités adultes devront être adossées à une Maison d'accueil spécialisée (MAS). Les unités pour adolescents seront adossées à un Institut Médico-éducatif (IME). Chaque unité sera installée par extension d'un établissement existant.

#### B. Capacité d'accueil et public concerné

Le projet porte sur la création, par extension non importante d'IME ou de MAS – par exception d'EAM avec l'accord du Conseil départemental concerné, d'unités renforcées de transition réparties comme suit :

- Deux unités de 5 places d'internat pour adolescents et jeunes adultes jusqu'à 20 ans à vocation interdépartementale corrélées aux UMI Centre et UMI Est (l'URAT adolescents portée par l'IME de Montlignon passant d'une vocation régionale à une vocation interdépartementale 78-91-95 puisqu'implantée sur le Val d'Oise corrélée à l'UMI Ouest)
- Une unité de 6 places d'internat pour adultes intervenant sur le secteur de Paris et Hauts-de-Seine
- Une unité de 6 places d'internat pour adultes intervenant dans les départements des Yvelines, de l'Essonne et du Val-d'Oise
- Une unité de 6 places d'hébergement pour adultes intervenant dans les départements de la Seine-et-Marne, de la Seine-Saint-Denis et du Val-de-Marne

L'objet de ces unités n'est pas de se substituer à la prise en charge de situations complexes de TSA dans les établissements médico-sociaux ou sanitaires. Elles ont vocation à accompagner de manière transitoire des personnes avec troubles du comportement majeurs ou troubles associés et nécessitant un accompagnement très renforcé.

Selon les recommandations de l'ANESM sur les « comportements-problèmes », « la définition du « comportement-problème » va reposer sur des critères précis, observables, mesurables et objectivables afin que leurs manifestations ne soient pas confondues avec l'expression, par exemple, d'un mécanisme autistique.

Le « comportement-problème » est considéré comme un problème grave quand les actes posés par la personne sont particulièrement sévères, intenses, persistants et répétés et que, soit :

- Ils interfèrent avec les apprentissages qu'elle cherche à mettre en œuvre ou les rend impossible ; et/ou
- Ils compromettent l'intégrité, la sécurité de la personne et de son entourage (personne accueillie, famille, professionnels proches, aidants) ; et/ou
- Ils nécessitent une surveillance continue »

L'admission en unité renforcée de transition fera l'objet d'une orientation par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH), siégeant à la MDPH de chaque département.

Chaque unité accueillera des personnes présentant des troubles du spectre de l'autisme, avec des « comportements-problèmes » majeurs et/ou des troubles associés ne permettant pas leur maintien au domicile ou dans la structure initiale d'accueil et qui sont :

- en sortie de l'USIDATU ou répondant au cadre dérogatoire permettant un accès direct hors passage par l'USIDATU (cf. *infra*, p. 9 et 10)
- Identifiée par les dispositifs d'orientation permanents pilotés par les MDPH comme prioritaires
- répondant aux cadres dérogatoires explicités plus bas (cf. *infra*, p. 9 et 10)

## C. Enjeux et objectifs du projet

Les multiples conséquences néfastes occasionnées par les « comportements-problèmes » mettent les personnes en situation de handicap, les familles, leurs proches et les professionnels en grande difficulté.

En conséquence les objectifs sont multiples et multidirectionnels :

- Répondre à des situations de crises en contribuant à la stabilisation de la personne avec l'appui de l'USIDATU et des UMI
- Analyser les « comportements-problèmes » de la personne accueillie, mettre en œuvre des réponses adaptées, proposer et accompagner vers un projet de vie
- Soutenir les aidants familiaux ;
- Accompagner les équipes des établissements médico-sociaux rencontrant des difficultés dans la prise en charge d'adolescents et de jeunes adultes du fait de troubles du comportement majeurs ;
- Assurer le lien avec les partenaires extérieurs en vue de rechercher une cause somatique aux troubles du comportement ;
- Contribuer à enrichir la réflexion autour des actions conjointes portées par les acteurs du schéma régional de la grande complexité en Ile-de-France

## D. Zone d'implantation et territoire d'intervention

Les deux nouvelles unités pour adolescents, de 5 places chacune, auront une vocation interdépartementale, en complément de l'actuelle unique URAT régionale ; elles seront réparties pour les deux secteurs géographiques d'intervention de l'UMI Centre (75, 92) et l'UMI Est (77, 93 et 94). A la suite de quoi, l'URAT de Montlignon trouvera une vocation désormais interdépartementale correspondant au secteur de l'UMI Ouest (78, 91 et 95).

Les unités pour adultes, de 6 places chacune, seront réparties sur 3 secteurs, en référence aux zones géographiques d'intervention de l'UMI Centre (75, 92), de l'UMI Est (77, 93 et 94) de l'UMI Ouest (78, 91 et 95) :

Secteur 1 : Paris, Hauts-de-Seine

Secteur 2 : Yvelines, Essonne, Val-d'Oise

Secteur 3 : Seine-et-Marne, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne

Les unités pour adultes accueilleront en priorité les personnes relevant de leur secteur géographique de référence. Néanmoins, le dispositif UMI/USIDATU ainsi que le dispositif d'orientation permanent pourront parfois identifier des situations d'urgence à admettre en priorité au sein de ces unités, sans référence à un secteur géographique déterminé.

Les unités renforcées de transition s'engagent à informer en temps réel les différents partenaires (MDPH, UMI, USIDATU, ARS) des places vacantes dans l'attente du déploiement du Système d'Information suivi des orientations et du ROR handicap (qui devront également être régulièrement actualisés). Elles font l'objet d'un suivi d'occupation des places à un rythme trimestriel par l'ARS.

## E. Amplitude d'ouverture

Les unités réservées aux adultes devront fonctionner toute l'année, 365 jours par an et 24 heures sur 24.

Les unités adolescents devront être ouvertes au minimum 300 jours par an, en internat et devront trouver des solutions alternatives pour un accueil sur 365 jours.

Les structures devront s'organiser pour pouvoir répondre tout au long de l'année aux différentes demandes d'admission au sein de ces unités, à l'exception éventuelle de l'unité adolescents durant l'été. Pour cette dernière, le projet devra préciser le calendrier annuel d'ouverture et l'organisation mise en place pour l'accueil des personnes pendant les périodes de fermeture.

Les candidats préciseront les modalités d'organisation de l'activité de l'unité renforcée de transition, et notamment l'organisation des équipes de jour et de nuit.

## F. Délai de mise en œuvre

Le projet commencera à être mis en œuvre dès la date de notification de la décision d'autorisation.

Le candidat précisera le calendrier prévisionnel intégrant les délais des différentes étapes de réalisation du projet depuis l'obtention de l'autorisation et dans une perspective d'ouverture dans un délai maximum de 18 mois après la date de notification de cette décision.

L'autorisation ne sera acquise qu'après le contrôle de conformité effectué avant l'ouverture de l'établissement par l'ARS et – par exception - conjointement avec le conseil départemental si la structure porteuse est un FAM.

## IV. Environnement et partenariats

L'articulation de l'établissement avec son environnement ainsi que le développement des partenariats constituent des aspects importants du projet, de par la nature même des missions de cette unité renforcée de transition, notamment le partenariat avec les opérateurs sanitaires du territoire d'implantation de l'URAT.

Le projet doit être conçu dans le cadre d'un dispositif global et coordonné avec l'offre de diagnostic et d'évaluation, les ressources sanitaires spécialisées de la région, les autres structures d'accueil et d'accompagnement ainsi que les dispositifs susceptibles de constituer une ressource pour l'établissement. Il est également nécessaire que le porteur s'inscrive dans une démarche de coopération avec l'ensemble des acteurs de la grande complexité en Ile-de-France également en faveur d'une culture partagée et dans une logique de partage d'expérience à travers une dimension de ressource.

Le candidat devra veiller à développer des partenariats avec :

- Les MDPH
- Les UMI ;
- L'USIDATU ;
- Les Petites Unités Résidentielles pour personnes autistes présentant des situations très complexes avec comorbidités ;
- Les URAT existantes ;
- Le CRAIF et autres centres de ressources ;
- Le Centre Régional Douleur et Soins Somatiques en Santé Mentale de l'Etablissement Public de Santé Barthélémy Durand ;
- L'Equipe Mobile d'Accompagnement (EMA 91) et le réseau de santé AURA 77 pour les départements concernés ;
- Les dispositifs intégrés TSA pour les départements des Yvelines et de l'Essonne ;
- Les secteurs de psychiatrie ;
- L'Equipe Relais Handicap Rare ;
- Les centres de référence ;
- Les partenaires associatifs spécialisés dans la prise en charge de l'autisme afin de permettre un échange de bonnes pratiques (recommandations HAS) et élaborer un projet de vie adapté pour la personne ;
- Les services hospitaliers somatiques et consultations dédiées ;

Il précisera le degré de formalisation, les modalités opérationnelles de travail et de collaboration, et joindra tout élément d'information utile (lettres d'intention des partenaires, convention de partenariat...).

Le porteur veillera enfin à inscrire l'action de l'unité renforcée d'accueil de transition dans le schéma global d'accompagnement territorial de la complexité, dans une concertation étroite et régulière avec les acteurs médico-sociaux et sanitaires identifiés pour leur expertise dans l'accompagnement des situations très complexes afin d'améliorer la fluidité d'accompagnement des personnes dans leur parcours et toujours en relation étroite avec les acteurs de la RAPT.

## V. Stratégie, gouvernance et pilotage du projet

### A. Gouvernance et organisation et fonctionnement de la structure

Le projet de gouvernance sera précisé (liens entre l'organisme gestionnaire et l'établissement, fonctionnement de l'équipe de direction...) de sorte que la cohérence du projet associatif avec les interventions recommandées puisse être appréciée.

Le candidat mentionnera le cas échéant l'existence d'un siège social et devra préciser la nature des missions accomplies par le siège pour le compte de la structure.

### B. Admission au sein de l'unité renforcée de transition

Deux conditions **cumulatives** devront nécessairement être vérifiées avant toute admission par le directeur de l'établissement porteur de cette unité renforcée de répit :

#### 1°) Orientation par la MDPH et notification adéquate de la CDAPH en cours de validité.

Dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous », le candidat devra travailler en étroite collaboration avec les MDPH, pilotes des dispositifs d'orientation permanents (DOP).

Le candidat devra s'engager à mettre en œuvre les plans d'accompagnement globaux (PAG) et accueillir les situations prioritaires identifiées par la MDPH.

Dans ce contexte une procédure accélérée d'orientation vers ces unités d'accueil renforcé devra être mise en place avec les MDPH.

#### 2°) Orientation vers l'unité par l'un des acteurs suivants :

- Unité Mobile Interdépartementale (UMI)
- USIDATU

L'Equipe Relais Handicap Rare pourra identifier des situations complexes de TSA qui pourraient relever de ces unités et solliciter l'UMI du secteur concerné et l'USIDATU.

Par ailleurs, si l'accueil dans la structure médico-sociale d'origine s'avère adaptée, l'unité renforcée devra s'assurer, en amont de l'admission, du maintien des modalités d'accueil précédant le séjour au sein de l'unité afin de garantir le caractère temporaire de l'accueil au sein de l'unité. Les Etablissements Médico-Sociaux (EMS) devront notamment s'engager à maintenir à disposition la place laissée temporairement vacante pour permettre un retour de la personne à l'issue de son séjour dans l'unité renforcée d'accueil de transition. Ils pourront toutefois proposer une admission en accueil temporaire dans la structure médico-sociale, durant le temps d'hébergement du résident dans l'unité renforcée. Des conventions devront être établies entre l'établissement médico-social d'origine et la structure d'accueil renforcé de transition. Le candidat devra préciser les modalités d'accompagnement des structures d'origine permettant un retour, instaurer un système de relais afin de réduire les exclusions et répondre au besoin de soutien des professionnels.

Certaines conditions dérogatoires au process d'admission en URAT ont été préalablement identifiées, au regard des conditions d'activité des premières URAT installées à Montreuil (75 – 92), à Villepinte (77 – 93 – 94), et à Montlignon (URAT adolescents régionale) et en concertation avec les acteurs UMI, USIDATU et MDPH.

#### 3°) Les conditions dérogatoires au process d'admission en URAT pouvant être observées :

- a. Dérogation relative à la désignation de l'établissement-cible dès la sortie de l'USIDATU et avant l'entrée à l'URAT

L'URAT est un service d'accueil temporaire (6 mois maximum reconductible 3 mois) et ne doit pas être engorgé par l'absence de solution d'aval. C'est pourquoi le PAG qui établit l'orientation de sortie de l'USIDATU vers l'URAT doit nommer les établissements - cibles retenus à la sortie par la recherche conjointe (préalable à la sortie) de L'USIDATU, l'UMI, la MDPH, l'ARS.

Toutefois, **certaines** « situations complexes » stabilisées en USIDATU ne trouvent pas d'établissements-cibles car le « cahier des charges » de l'accueil en service médico-social n'existe pas encore de manière personnalisée, l'USIDATU étant un service hospitalier temps plein aux conditions d'accueil très différentes du médico-social. Dans ces cas-là, le blocage de la sortie de l'USIDATU est prolongé, et le but même de la création des URAT (augmenter le turn over de l'USIDATU) est contredit.

Pour ces situations, dûment notifiées et justifiées lors du PAG, **l'orientation de sortie vers l'URAT peut être décidée afin que ce soit l'URAT qui, par l'expérience de son accueil de la personne, établisse le cahier des charges utile à de futurs établissements cibles dans le médico-social.**

Cette dérogation implique comme condition *sine qua non* que durant les 3 à 6 premiers mois de l'accueil en URAT, ce cahier des charges soit établi et puisse servir à l'UMI, à la MDPH, et l'ARS pour le proposer à des établissements cibles qui pourront se préparer à l'accueil de la personne par des échanges soutenus avec l'URAT et seront alors notifiés dans un nouveau PAG. L'appui de l'ARS sera particulièrement crucial pour encourager et détecter les établissements et services susceptibles de faire évoluer leur offre d'accompagnement dans le sens d'un accueil expert des personnes présentant des situations complexes.

Il est nécessaire de souligner que cette recherche intensive de relais qui se fera pendant le séjour en URAT ne peut attendre les dernières semaines de l'accueil sans quoi l'URAT devra le prolonger d'autant, au-delà de la période réglementaire.

b. Dérogation relative aux admissions à l'URAT hors sortie directe de l'USIDATU.

Ces admissions concerneront certains patients qui relèveraient de la compétence « d'hospitalisations de sauvegarde » (impossibilité des familles d'avoir leur enfant à domicile, épuisement important), temporaires, dans les services de psychiatrie de secteur<sup>3</sup>. Dans certains cas, ces services rencontrent de telles difficultés pour les accueillir (depuis le refus de leur admission jusqu' à l'accueil par défaut en cellule d'isolement) qu'une alternative par le passage en URAT peut leur être bénéfique<sup>4</sup>.

Dans tous les cas, ces admissions ne pourront avoir lieu que si le turn-over principal USIDATU vers URAT en laisse la possibilité (périodes de vacances ou autres, laissant des places libres pour quelques semaines). »

Les « Situations types »<sup>5</sup> pour une admission URAT, hors sortie directe USIDATU, pouvant bénéficier de ce type de situation :

- Patient déjà connu de l'USIDATU (dans les derniers mois/années) mais ne relevant pas d'une nouvelle admission à l'USIDATU
- Notamment pas de nécessité de soins somatiques (car dans ce cas, la nécessité d'un nouveau passage par l'USIDATU ou de soins ambulatoires préalables est indispensable)
- Patient(e) dans une phase aigüe, trouble du comportement majoré, épuisement de l'entourage immédiat, avec rupture de parcours effective ou annoncée ou à risque).

Pour ces situations, il s'agit donc le plus souvent d'une demande de répit immédiat (pour les équipes et/ou les familles), avec résidence.

Les dispositifs d'accueils d'urgence en internat, autres que les associations de loisirs (dont le coût à place est élevé et le temps d'accueil souvent court) sont inexistantes ou en incapacité de recevoir ces patients.

Outre le manque de place, la complexité de ces patients ne permet pas non plus de projeter un accueil pérenne en résidence sur le territoire dans un ESMS dans des délais suffisamment courts pour répondre à l'urgence et sans une stabilisation minimale en amont. L'URAT intervient alors avec les objectifs suivants, gradués selon la durée de l'accueil proposé <sup>6</sup> :

<sup>3</sup> On peut voir le nombre et le détail de ces situations dans les rapports d'activité annuels successifs de l'UMI Centre pour l'ARS.

<sup>4</sup> Certaines familles dans ces situations d'urgence se sont vues proposer des solutions d'internat en Belgique par des partenaires (où le dispositif est considéré comme plus réactif) : propositions refusées par les familles du fait de l'éloignement et de l'inquiétude d'un tel départ, et par ailleurs contradictoires au « Plan Belgique » concernant les TSA.

<sup>5</sup> Extraits des Rapports d'activités de l'UMI Centre

<sup>6</sup> L'ensemble de ces objectifs ne peuvent alors être assumés par une équipe associative (comme TJV ou Tes Vacances) qui proposent un cadre en 1p1 mais non institutionnel. Quand nous avons recours à leurs services pour certains cas, nous ne pouvons leur demander d'assumer les objectifs de l'URAT.

- Sauvegarde des personnes, en « H24 ».
- Contribution à la stabilisation de la situation et au soulagement des familles/des institutions, qui sont au bord de la rupture avec appui de l'UMI et de l'USIDATU qui pourra prendre une forme externalisée auprès de la personne et/ou de l'équipe pour guidance
- Limiter le nombre de recours à l'hospitalisation psychiatrique.
- Évaluation de la personne pouvant être complétée par l'équipe de l'USIDATU en mode externalisé dans l'optique d'une réorientation (vers de l'internat le plus souvent).
- Établir un cahier des charges (psycho-éducatif et institutionnel) pour la future équipe accueillante
- Réhabilitation vers le dispositif spécialisé avec appui de l'UMI (souvent progressif et sur mesure).

#### Dispositions prises en amont de ces admissions :

- Recherche, en premier lieu, de solutions alternatives sur le territoire notamment avec MDPH/ARS(DD)
- Discussion avec le dispositif USIDATU/URAT/UMI de la faisabilité d'une telle admission : vérification collégiale qu'il n'y a pas d'impact sur les admissions à venir et sur le turn over USIDATU/URAT.

Organisation d'un PAG pour confirmer cette indication avec l'ensemble des partenaires et définition de la solution cible post-URAT, y compris la définition des échéances pour respecter la temporalité d'un accueil à l'URAT (de quelques semaines à 6 mois maximum avec reconduction de l'accueil pour 3 mois supplémentaires si nécessaire).

## **VI. Accompagnement médico-social proposé**

### **A. Modalités d'accompagnement**

**Dans la mesure du possible, et en fonction du projet d'accompagnement défini avec la MDPH, la durée de l'accueil dans l'unité ne devra pas excéder, y compris selon les options dérogatoires explicitées ci-avant, une durée de 6 mois, renouvelables 3 mois une fois.**

La mission de l'unité renforcée s'inscrivant comme accueil de transition, une partie du personnel de l'unité devra être dédiée à l'élaboration du projet de sortie de la personne.

Cette unité sera installée par extension d'un établissement existant, de type MAS, elle devra faire l'objet d'un projet spécifique au sein du projet d'établissement de la structure support, dans le cadre des conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement visées aux articles D. 312-11 ou D.344-5-1 et suivants du CASF. Les articulations avec le fonctionnement courant de la structure support de l'unité devront être précisées : mutualisations, activités communes...

Le projet présenté par le candidat devra être conçu dans le respect des recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM).

Les « comportements-défis » peuvent être multifactoriels et nécessitent une analyse multimodale.

Le projet détaillera les modalités d'évaluation, d'accompagnement, les méthodes d'intervention retenues, les modalités de coordination entre les volets éducatifs et thérapeutiques, ainsi que les modalités de mise en œuvre et d'évaluation du projet personnalisé d'accompagnement. Le candidat précisera également les outils utilisés (grille d'analyse fonctionnelle des troubles du comportement...).

Pour le cas où la personne accueillie temporairement dans cette unité renforcée de transition ferait déjà l'objet d'une prise en charge en établissement, l'unité veillera à travailler en partenariat avec ce dernier. L'unité renforcée devra maintenir le lien avec la structure médico-sociale d'origine, notamment avec le référent de la personne et préparer le retour dans cette structure, si celle-ci s'avère adaptée. **Le dossier de candidature devra préciser les modalités pratiques de mise en œuvre de ces objectifs.** A noter que l'unité renforcée de transition sera parfois amenée à interroger l'organisation des modalités d'accueil de la personne à l'issue de son séjour dans l'unité, en recherchant le cas échéant une solution plus adaptée à ses besoins.

Le projet d'accompagnement devra être particulièrement individualisé, prenant en compte notamment l'adaptation de la personne aux temps collectifs/individuels. Les horaires seront individualisés (lever, repas...) selon les besoins. Les candidats devront fournir des plannings, avec exemples d'activités, ainsi que les ratio d'encadrement par tranches horaires d'activités.

Le projet s'inscrira en coordination permanente avec les professionnels, structures et services du territoire (ou à un niveau régional) afin d'assurer la globalité de l'accompagnement dans le cadre de la prise en charge partagée.

Si la personne accueillie dans l'unité était au domicile de parents, il conviendra de mobiliser la famille et de co-construire avec elle le projet de vie adapté au résident.

Dans un délai de 3 mois après la sortie de l'unité de transition, il conviendra d'évaluer le projet de vie de la personne, en lien avec les professionnels d'accompagnement de la structure d'aval et la famille.

## B. Démarche d'amélioration continue de la qualité

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 du 2 janvier 2002 devront impérativement être mis en œuvre.

Le candidat précisera les modalités d'admission, d'accueil et de sortie. Un pré-projet de règlement de fonctionnement appliqué par le service est également demandé.

Afin de prévenir et d'éviter la maltraitance, le projet devra prendre en compte les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM ([www.anesm.sante.gouv.fr](http://www.anesm.sante.gouv.fr)).

## C. Place de la famille

La participation de la famille contribue directement à la qualité de l'accompagnement et aux progrès de la personne. Le projet explicitera :

- les modalités d'accompagnement des projets de vie individualisés ;
- les garanties et modalités de participation à la vie institutionnelle, et à l'organisation de la prise en charge de leur enfant ;
- les modalités de soutien et d'accompagnement des familles : guidance parentale, information, sensibilisation et formation.

## VII. Moyens humains, matériels et financiers

### A. Ressources humaines

Le projet fera appel à une équipe pluridisciplinaire, adaptée au public accueilli, dont la composition sera détaillée sous forme de tableaux qui préciseront les ratios de personnels éducatifs, soignants, administratifs et techniques. Les effectifs de personnel y seront quantifiés en équivalents temps plein (ETP).

Les prestations sous-traitées devront également être traduites en ETP et figurer de manière distincte dans le tableau des effectifs.

Des projets de fiches de poste et l'organigramme prévisionnel devront être joints au dossier.

Le personnel devra être composé a minima des professionnels suivants :

- ✓ Personnel éducatif et soignant (éducateur spécialisé, AMP, aide-soignant)
- ✓ IDE
- ✓ Psychologue
- ✓ Psychiatre

Il conviendra de préciser les modalités de surveillance de nuit (personnel affecté à la surveillance de nuit, nombre d'ETP, qualifications, organisation, mutualisation, recours en tant que de besoin à la structure de rattachement) ainsi que les modalités de sécurisation et les dispositifs d'astreintes prévues durant la nuit et les week-ends.

Concernant le temps de psychiatre, celui-ci n'est pas à inclure dans le budget des unités d'accueil renforcé. En effet, le psychiatre, qui sera mutualisé entre les quatre unités d'accueil renforcé de transition de la région, sera financé sur l'enveloppe psychiatrie. Il sera le coordonnateur médical, permettra de mettre en œuvre une cohérence des projets de soins et fera le lien avec l'USIDATU, les UMI et autres partenaires de soins.

Après la sélection des candidats, une réunion des porteurs, des 3 UMI et de l'USIDATU sera organisée en vue de la mise en place du dispositif, et plus spécifiquement seront évoqués :

- ✓ La conclusion d'une convention entre les unités et les UMI/USIDATU, qui définira notamment les critères d'inclusion dans les unités
- ✓ Le poste de psychiatre : ses missions, son profil, le porteur des crédits
- ✓ La mise en place d'une équipe « volante » : il pourra être octroyé, en sus du personnel propre à chaque unité, 2 ETP formant une « équipe volante », mutualisée entre les unités adolescents d'une part, et 2 ETP formant une « équipe volante » mutualisée entre les unités adultes d'autre part, permettant un renforcement temporaire de personnel en cas d'admission d'une situation avec troubles du comportement particulièrement majeurs. Un des professionnels (ergothérapeute, psychomotricien...) pourra également être chargé plus particulièrement du transfert de compétences entre l'USIDATU et les unités d'accueil renforcé. Le budget de cette « équipe volante » sera défini à l'occasion du conventionnement.

Les professionnels devront être formés ou se former aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles sur l'accompagnement des personnes avec TSA 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 problématiques. Le recrutement de personnel expérimenté serait apprécié et la formation de celui-ci à son arrivée en l'absence de qualification estimée insuffisamment adaptée à la complexité des situations accueillies. Prenant en compte les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles, le porteur proposera des formations permettant de prévenir et de répondre aux comportements défaits et notamment PCMA (Professional Crisis Management Association)

Un projet du plan de formation à mettre en œuvre sera joint en veillant à indiquer le type de formations proposées et leurs objets, en concordance avec les spécificités du public accueilli, et les interventions proposées dans le projet.

Le promoteur devra également présenter le dispositif d'analyse des pratiques qu'il entend mettre en œuvre.

## B. Projet architectural et environnement

Un descriptif détaillé des locaux et de leur environnement, précisant l'organisation de l'unité ainsi que des plans devront être fournis par le candidat.

Le candidat proposera un aménagement et fournira les croquis des différents niveaux, et espaces conçus.

Le projet devra prendre notamment en compte les considérations suivantes : respect de la réglementation en vigueur (code de la construction et de l'habitat, code du travail...), accessibilité à tous les types de handicap, réflexion sur l'adéquation des locaux et aménagements avec les spécificités de fonctionnement des personnes avec TSA : la diminution et l'adaptation des stimulations sensorielles, l'organisation d'un environnement concerté et humain repérable et prévisible, l'organisation d'un environnement facilitant la compréhension des informations importantes, recours privilégié à des supports et repérages visuels, recours à un lieu de calme-retrait, d'apaisement.

La prise en compte des troubles sensoriels, l'aménagement d'espaces de retraits et/ou d'hypostimulation constitueront un gage d'adéquation de la réponse aux situations complexes

Une attention particulière devra être portée aux matériaux, compte tenu des troubles du comportement majeur des personnes accueillies.

## C. Budget et investissements

- ✓ **Concernant les unités adultes :**

le coût à la place annuel ne devra pas dépasser 193 617 €, soit un budget annuel maximum de 1 161 702 € pour 6 places pour 365 jours de fonctionnement.

Si la structure porteuse est un FAM, l'unité sera agréée en tant que MAS, et à ce titre, toutes les charges imputables à cette unité seront à la charge de l'Assurance Maladie.

✓ **Concernant l'unité adolescents :**

le coût à la place annuel ne devra pas dépasser 173 617 €, soit un budget annuel de 868 085 € pour 5 places avec un minimum de 300 jours d'ouverture dans l'année. Le budget sera éventuellement réévalué si le nombre de jours d'ouverture annuel est plus élevé et si l'Agence régionale de santé dispose de crédits disponibles.

**Ce coût à la place ne prend pas en compte le temps de psychiatre, ni celui de l'équipe « volante ».**

Ce budget doit permettre d'assurer le fonctionnement de l'unité ainsi que les surcoûts éventuels liés au projet d'investissement des locaux.

Une proposition budgétaire sera adossée au dossier de candidature, comportant notamment une répartition par groupe ainsi que tous les éléments nécessaires à la réalisation d'un budget prévisionnel, conformément au cadre normalisé des articles R. 314 et suivants du Code de l'action sociale et des familles.

Le candidat indiquera également les modalités de financement qu'il envisage de mettre en place (fonds propres, emprunts, subventions éventuelles, dons, etc.).

Le fonctionnement de l'unité devra faire l'objet d'un compte-rendu financier distinct de la structure d'adossement.

Une attention particulière sera portée à la capacité financière du candidat à mettre en œuvre le projet (taux d'endettement, réserves disponibles...).

## **VIII. Evaluation**

La structure porteuse du dispositif adressera à l'Agence régionale de santé Ile-de-France au 30 avril de chaque année un rapport d'activité spécifique à l'unité d'accueil renforcé de transition ainsi que les indicateurs qui seront définis lors de la mise en place du dispositif.