

APPEL A CANDIDATURES (AAC)

Pour la création de :

d'une Unité résidentielle (UR) TSA de 6 places spécialisée dans l'accueil d'adultes avec troubles du spectre de l'autisme (TSA) associés à des comorbidités relevant d'autres troubles du neurodéveloppement (TND) en situation très complexe sur le département des Hauts-de-Seine

CAHIER DES CHARGES

Autorité responsable de l'appel à candidatures :

Le Directeur général de l'Agence régionale de santé Ile-de-France
Immeuble « Le Curve »
13 rue du Landy
93200 Saint-Denis

Date de publication de l'avis d'appel à candidatures : 12 novembre 2025

Date limite de dépôt des candidatures : 13 janvier 2026

Pour toute question : ars-dd92-etab-medico-sociaux@ars.sante.fr

Sommaire

1	CONTEXTE	3
1.1	Contexte national	3
1.2	Contexte régional	3
1.3	Contexte départemental	4
2	CADRAGE JURIDIQUE	4
2.1	Dispositions légales et réglementaires	4
2.2	Documents de référence	5
2.3	Enjeux et objectifs du projet	5
2.4	Public cible	6
2.5	Cadre général d'intervention	6
2.3	Respect des bonnes pratiques professionnelles (RBPP)	7
2.4	Structures porteuses éligibles	8
2.5	Zone d'implantation	9
2.6	Admission au sein de l'Unité résidentielle TSA	9
3	PARTENARIATS POUR GARANTIR L'ACCES AUX SOINS	10
4	Accompagnement médico-social et sanitaire	11
4.1	L'évaluation méthodique de la personne avec TSA en situation très complexe	11
4.2	L'évaluation méthodique de la personne avec TSA en situation très complexe	12
4.3	Participation de la famille	13
5	MOYENS HUMAINS, MATERIELS ET FINANCIERS	14
5.1	Financements	14
5.2	Ressources humaines	14
5.2.1	Composition cible de l'équipe pluridisciplinaire	15
5.2.2	Le temps de travail partagé et les éléments pour le calcul des effectifs	15
5.3	La formation	16
5.4	Qualité de vie au travail, sécurité et avantages sociaux	16
5.5	Démarche d'amélioration continue de la qualité	17
5.6	Mise en place d'un système d'information	17
6	Projet architectural	17
7	CALENDRIER DE MISE EN ŒUVRE	18
7.1	Calendrier de mise en œuvre	18
7.1.1	Rétroplanning	18
7.1.2	Démarrage	18
8	COMPOSITION DU DOSSIER DE CANDIDATURE	18
•	Concernant la candidature	18
•	Concernant le projet	19
9	CRITERES DE SELECTION	20

1 CONTEXTE

1.1 Contexte national

Le champ médico-social connaît de nombreuses évolutions pour répondre aux besoins, attentes et aspirations des personnes en situation de handicap. Notamment le virage inclusif et l'adaptation des structures et des pratiques pour rendre l'accompagnement plus modulable, agile, adapté aux choix et préférences des personnes, dans le respect de leurs droits, y compris pour les situations les plus complexes. Ainsi, le mouvement de transformation de l'offre est engagé pour tenir compte de la diversité des aspirations et des souhaits des personnes et reconnaître et promouvoir leurs capacités et leur participation.

La démarche « une réponse accompagnée pour tous » en est le socle et a été complétée dès 2017 par la circulaire de transformation de l'offre médico-sociale qui prévoit une plus grande modularité des réponses, l'inconditionnalité de l'accueil et la co-responsabilité des différents acteurs.

La sixième Conférence nationale du handicap (CNH), tenue le 26 avril 2023, a rappelé la nécessité d'accroître l'offre pour les publics requérant un accompagnement renforcé et maintient l'ambition d'une évolution pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes concernées et la garantie de l'effectivité de leurs droits. Le Président de la République a alors annoncé un plan de développement pluriannuel ambitieux de création de 50 000 nouvelles solutions à horizon 2030, pour apporter une réponse aux enfants et aux adultes en situation de handicap sans solution adaptée à leurs besoins. Ce plan doit permettre d'amplifier l'effort global d'évolution et de transformation de l'offre d'accompagnement débuté depuis plusieurs années, tout en réduisant les inégalités territoriales d'accès à l'offre.

La mobilisation des associations a permis de mettre en lumière la situation critique des adultes autistes avec des troubles du comportement très sévères, souvent confrontés à des parcours de vie chaotiques fait de ruptures et d'isolement. Ces troubles sont insuffisamment pris en charge, soit par manque d'exploration des causes somatiques, soit parce que ce public résiste aux approches recommandées.

Les difficultés rencontrées dans les parcours sont notamment dues à :

- un sous-équipement en ESMS spécialisés, qui conduit parfois à des pratiques d'admission inopérantes envers ce public présentant des spécificités comportementales, qui de fait se voit souvent exclu de cette offre d'accompagnement ;
- des orientations inadéquates en établissements de santé autorisés en psychiatrie, en Belgique, ou un maintien en famille, avec des risques majeurs de maltraitance pour la personne et pour sa famille, en l'absence de toute réponse adaptée.

Les acteurs des territoires (MDPH, autorités de tutelles, opérateurs...) rencontrent de grandes difficultés à organiser des parcours coordonnés entre acteurs médico-sociaux et sanitaires.

La démarche « Réponse accompagnée pour tous » et ses outils (plans d'accompagnement globaux...) trouvent ainsi leurs limites avec ces situations.

Pour répondre à ces enjeux, l'État a acté la création de structures de vie pérennes, hautement spécialisées, capables d'apporter des réponses durables et adaptées. Ces unités résidentielles, dotées d'une expertise pointue, ont aussi un rôle de soutien aux autres établissements dans l'accompagnement, la formation et la recherche sur les cas très complexes. Ces unités résidentielles viendront compléter l'offre existante d'accompagnement des personnes en situation complexe, très complexe, d'accueil transitoire ou séquentiel, d'accueil en urgence crise, d'accueil de répit. Il est prévu en Île-de-France l'ouverture d'une unité de 6 places dans chaque département.

Cet appel à candidatures permet aux Hauts-de-Seine de se doter d'une Unité résidentielle (UR) TSA.

1.2 Contexte régional

Lancé le 12 octobre 2023, le Plan Inclus'IF 2030 a pour ambition de soutenir l'amélioration de la qualité de vie des personnes en situation de handicap, de promouvoir l'effectivité de leurs droits, d'encourager la création

de solutions novatrices les plus inclusives possibles et de favoriser l'autodétermination des personnes en situation de handicap.

317 millions d'euros de crédits en fonctionnement seront mobilisés pour développer, d'ici 2030, des solutions nouvelles pour l'accueil et l'accompagnement des personnes en situation de handicap

Sa mise en œuvre doit se faire en lien étroit avec les recommandations de la deuxième stratégie de mobilisation et de soutien des aidants parue le 6 octobre 2023 et de la stratégie nationale 2023-2027 pour les troubles du neurodéveloppement annoncée en novembre 2023.

1.3 Contexte départemental

Le département des Hauts de Seine présente un niveau de sous équipement notable relativement à la moyenne nationale selon le diagnostic départemental publié en 2023 et se situe à la 88e place avec un ratio de 0.55 places pour 1000 habitants (contre 0.97 % en France métropolitaine). Le manque est particulièrement aigu sur les structures d'hébergement.

Le département compte 130 054 personnes en situation de handicap en 2022, dont 91 % d'adultes ; 12 % des personnes sont orientées vers un ESMS.

7 % des adultes TSA sont sans solution en 2023.

Le diagnostic territorial partagé (ARS/MDPH92/CD92) a permis de dresser un bilan des personnes en situation de handicap en recherche d'une solution médico-sociale. Fort de ce constat, la délégation départementale des Hauts-de-Seine met en œuvre une stratégie de développement d'une nouvelle offre à destination des adultes en situation de handicap avec TSA.

Ces constats nous engagent à développer des solutions institutionnelles pour la création de places d'Unité résidentielle (UR) TSA, tout en nous inscrivant dans une **dynamique forte d'inclusion, en partenariat avec les acteurs du territoire** (Conseil départemental des Hauts-de-Seine, Caisse primaire d'assurance maladie des Hauts-de-Seine, organismes gestionnaires, association de familles et d'usagers...).

2 CADRAGE JURIDIQUE

2.1 Dispositions légales et réglementaires

Le présent appel à candidatures s'inscrit dans le cadre des articles L.313-1 et suivants et R.313-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles (CASF).

Les établissements médico-sociaux sont régis par les textes suivants :

- Les articles L. 312-1 et suivants, et D. 312-11 et suivants du Code de l'action sociale et des familles (CASF) ;
- Les dispositions des articles D312-55 à 59 du CASF devront également être respectées.

L'élaboration du cahier des charges s'inscrit dans la continuité des démarches suivantes :

- La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;
- La loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ;
- La loi de modernisation du système de santé du 23 janvier 2016 ;

- La circulaire n° DGCS/ 3B/ 2017/ 148 du 2 Mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous » de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017-2021) et de la mise en œuvre des décisions du CIH du 2 décembre 2016 ;

Également, il s'inscrit dans le cadre des politiques récentes suivantes :

- Le décret du 9 mai 2017 relatif à la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques ;
- La stratégie nationale 2023-2027 pour les troubles du neurodéveloppement ;
- La circulaire n° DGCS / 3B / 2023 du 7 décembre 2023 relative à la mise en œuvre du plan de création de 50 000 nouvelles solutions et de transformation de l'offre médico-sociale à destination des personnes en situation de handicap 2024-2030, issue de la Conférence nationale du handicap 2023.

2.2 Documents de référence

L'élaboration du cahier des charges s'effectue en référence aux publications suivantes :

- Rapport « zéro sans solution », Denis Piveteau, Ministère des affaires sociales et de la santé, juin 2014 et la démarche « une réponse accompagnée pour tous » ;
- Rapport « experts, acteurs, ensemble... pour une société qui change », Denis Piveteau, 2022 ;
- Conduire l'innovation en action sociale et médico-sociale à l'heure de la transformation de l'offre, Jean-René Loubat 2022 ;
- Pour une (vraie) transformation de l'offre dans le champ du handicap et du grand âge sans « rupture de parcours », Marie-Aline Blosh, 2022 ;
- Handicap, pour une révolution participative, Loïc Adrien et Carole Sarrazin, 2022.

Et selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) et plus particulièrement :

- Recommandations de bonnes pratiques professionnelles ;
- La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre (ANESM juillet 2008) ;
- Etat des connaissances, HAS, janvier 2010 ;
- Interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent, HAS, 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).
- Démarche « Une réponse accompagnée pour tous » ;
- Stratégie nationale pour les troubles du neurodéveloppement 2023-2027 ;
- Dossier de presse de la conférence nationale du handicap, publié le 26 avril 2023 ;

ELEMENTS DE CADRAGE DU PROJET

Le porteur devra s'engager à mettre à jour son projet, en cas de révision du cahier des charges national.

2.3 Enjeux et objectifs du projet

Le présent appel à candidatures a pour objectif la **création d'une Unité résidentielle (UR) TSA** médico-sociale pour adultes avec des troubles du spectre autistique le plus souvent associés à des comorbidités relevant d'autres troubles du neurodéveloppement, constituée de 2 groupes de 3 personnes, soit 6 personnes au total.

Elle fonctionnera 365 jours par an et 24h sur 24.

2.4 Public cible

Cette unité s'adresse plus particulièrement aux personnes de plus de 16 ans (des dérogations pourront être envisagées 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 neurodéveloppement.

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

Les personnes présentant ces troubles majeurs du comportement en situation complexe 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...) ;
- des troubles communs dans un cadre de pathologies ordinaires (digestive, ORL, cutané...) ;
- des troubles du sommeil importants et fréquents (SAOS, inversion du cycle nycthémeral...) ;
- d'éventuelles comorbidités psychiatriques, qui peuvent être rencontrées au-delà de la symptomatologie principale.

La situation peut être qualifiée de très complexe lorsqu'elle confronte par ailleurs les équipes de façon permanente aux limites de leur accompagnement dans différents lieux communément dédiés pourtant à l'accueil et au soutien spécialisé d'adultes en situation complexe. En conséquence, la très grande complexité tient à la fois à la situation clinique de la personne et à l'inadéquation fondamentale avec les moyens et l'environnement de l'accompagnement, aboutissant à une impossibilité pour les accompagnants de poursuivre leur mission au quotidien, ce décalage engageant la sécurité de la personne ou de son entourage familial et professionnel. L'évaluation du degré de complexité de la situation fera l'objet d'un recours à des outils dédiés tels que la grille de critère figurant en annexe du présent cahier des charges.

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 :
 - o la plupart des activités relevant de l'entretien personnel et le cas échéant de la mobilité ;
 - o la communication et l'expression de leurs choix et attentes ;
 - o tout ou partie des tâches et exigences générales et pour la relation à autrui ;
 - o le maintien et le développement des acquisitions cognitives ;
 - o 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.

2.5 Cadre général d'intervention

L'accompagnement de grande proximité requiert :

- une transversalité et une mutualisation solide entre les secteurs médico-social et sanitaire ;
- un niveau de formation et de supervision important, des pratiques éducatives et thérapeutiques garantissant le respect des RBPP publiées par la HAS ;
- une architecture et un aménagement des différents espaces adaptés aux besoins des personnes et à la qualité de vie au travail pour les professionnels.

Les volets d'intervention principaux sont les suivants :

- volet évaluation : évaluation fonctionnelle, problèmes somatiques, troubles socio-communicatifs, spécificités cognitives et sensorielles ;
- volet intervention environnementale : cadre apaisé et sécurisé, lieux de calme - retrait, recours à du matériel de contention dans le respect d'une procédure lisible et définie (prescription médicale et protocole signé par les parents ou le tuteur) ;
- 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 médicaments.

Cette unité doit impérativement être articulée d'une part à des plateaux techniques sanitaires, en particulier somatiques et d'autre part aux autres structures médico-sociales en proximité via des conventions dédiées (voir infra 5).

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, cette unité résidentielle doit constituer, sur le territoire des Hauts-de-Seine, une solution complémentaire à d'autres, dans le cadre de parcours d'accompagnement fluides et adaptés aux besoins évolutifs des personnes. Il est attendu que l'unité résidentielle soit en interface avec les ESMS du territoire et avec les partenaires clés tels que le DIH et l'UMI.

Enfin, grâce à l'expertise développée en leur sein, cette unité a vocation à constituer un pôle ressource territorial et les professionnels à intervenir sur une partie de leur temps auprès d'autres établissements sanitaires ou médico-sociaux du territoire afin de prévenir tout risque psycho-social (voir infra VI).

2.3 Respect des bonnes pratiques professionnelles (RBPP)

Le candidat doit porter un engagement déterminé concernant le respect des bonnes pratiques professionnelles et des recommandations de la HAS, de la dignité, des droits des personnes accueillies et de leur famille.

Le projet sélectionné devra impérativement s'inscrire dans le cadre :

- des orientations de la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neurodéveloppement ;
- des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS)¹ (cf. infra III.D).

Le projet d'établissement devra ainsi être particulièrement attentif :

- au respect des droits des personnes : la compréhension et l'adhésion de la personne aux soins doivent être recherchées autant que possible et à toutes les étapes de la prise en soin ou de l'accompagnement,
- au respect de la législation concernant la bientraitance et la lutte contre la maltraitance, ainsi une procédure spécifique précisera les modalités de recours aux espaces calme retrait apaisement sous forme de protocoles validés par les personnes ou les représentants légaux/ familles, à la recherche constante de l'autonomie et de l'autodétermination des personnes : les activités envisagées et les axes de progrès doivent être basés sur le bilan développemental et les marges de progrès clairement identifiées dans le projet de la personne,
- au respect et à la reconnaissance des équipes, à travers un projet de qualité de vie au travail, adapté spécialement à cette unité.

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 majeurs du comportement,

¹ www.has-sante.fr

- recommandées par la HAS, de type analyse fonctionnelle (ABC, EPOCAA, SEFIC (CEEA 2018 guide d'accompagnement environnemental)², etc.),
- un plan de formation et l'organisation d'une supervision des pratiques adaptés et robustes, une légitimité qui facilite l'inscription territoriale de l'Unité résidentielle TSA au service de l'ensemble des acteurs du territoire,
- une capacité à coopérer avec le secteur sanitaire.

Le projet devra s'inscrire en lien étroit avec les acteurs de la Réponse Accompagnée Pour Tous. 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.

2.4 Structures porteuses éligibles

L'unité sera adossée à des structures d'hébergement médico-sociales, type MAS, EAM. Dans certains cas, elle pourra être créée sous forme de structure expérimentale au sens de l'article L312-1 I 12° du CASF.

Cette unité pourra être déployée (y compris progressivement) par :

- extension d'une MAS existante sous réserve du respect des limites réglementaires accordées par les extensions non importantes (*),
- transformation de structures existantes (médico-sociales ou sanitaires³),
- requalification d'une partie de la capacité d'ESMS existants avec une mise en conformité du présent cahier des charges.

(*) Les projets pouvant être étudiés dans le cadre de cet appel à candidatures sont ceux conduisant à :

1° une extension de capacité inférieure à 30% de la capacité de l'établissement. La capacité retenue pour l'application de ce seuil est celle définie à l'article D313-2 du Code de l'action sociale et des familles.

2° une extension de capacité jusqu'à 200% de la capacité de l'établissement, par dérogation, sous réserve de la qualité et de la pertinence du projet, et si un motif d'intérêt général le justifie et pour tenir compte des circonstances locales. La capacité retenue pour l'application de ce seuil est celle définie à l'article D313-2 du Code de l'action sociale et des familles.

3° une extension jusqu'à 15 places de l'établissement dont la capacité n'excède pas dix places

Les opérateurs susceptibles de créer cette Unité résidentielle TSA sont des gestionnaires ou des établissements de santé disposant d'une autorisation médico-sociale et d'une expertise reconnue dans le domaine de la gestion des troubles graves du comportement, des troubles du spectre de l'autisme et plus

² 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/extraitspriseencharge.pdf>

- SEFIC » Centre expertise autisme adultes, Centre hospitalier de Niort. Guide à l'usage des structures d'accueil d'adultes avec autisme sévère. Niort : CEEA; 2018 ».
- 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. ».

³ S'agissant du 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.

largement des troubles du neurodéveloppement.

2.5 Zone d'implantation

L'implantation de cette unité sera définie en fonction des spécificités territoriales. Elle devra dans la mesure du possible :

- être située en zone urbaine ou périurbaine ;
- être accessible aux professionnels et aux familles (transports en commun, infrastructures routières...);
- être à proximité de ressources essentielles et notamment :
 - o 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) ;
 - o 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 ;
 - o d'espaces verts suffisants, permettant une activité physique (qui ne pourra pas se faire en milieu ordinaire).

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.

2.6 Admission au sein de l'Unité résidentielle TSA

Les modalités d'orientation et d'admission des personnes au sein de cette unité devront impérativement s'inscrire dans une dynamique territoriale de coresponsabilité des acteurs associant l'ARS, la MDPH et les acteurs du territoire disposant d'une expertise particulière :

- dans le repérage des personnes en situation très complexe,
- dans le diagnostic et l'évaluation des adultes autistes,
- dans l'accompagnement des personnes (structures médico-sociales et sanitaires spécialisées).

Afin de s'assurer d'une réponse graduée aux besoins des personnes avec troubles du spectre de l'autisme, une procédure régionale d'admission est mise en œuvre, par application des orientations nationales, en Île-de-France.

L'admission au sein de cette unité résidentielle médico-sociale s'effectue sur notification de la CDAPH (MAS) selon le porteur avec mention spécifique vers l'unité résidentielle dans la mesure du possible.

Le process d'admission à l'Unité résidentielle TSA doit se conformer au cahier des charges national des Unités résidentielles TSA et comporte, en Île-de-France, trois étapes :

- 1) Les situations font l'objet d'un premier ciblage au niveau du département des Hauts-de-Seine, des représentants de l'UMI Centre, du DIH, de la MDPH, de la Délégation départementale de l'ARS et des autres acteurs de la RAPT ;
- 2) Les dossiers identifiés sont ensuite transmis au niveau régional pour un avis expert dans le cadre des Réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) ;
- 3) La commission d'admission départementale composée de la direction de l'Unité résidentielle, la MDPH des Hauts-de-Seine et les acteurs territoriaux priorise les situations.

Ainsi, **l'admission au sein de l'unité s'effectuera strictement dans le cadre de l'article L.114-1-4 du CASF, qui prévoit la possibilité pour les MDPH d'établir un plan d'accompagnement global (PAG)** en cas de complexité de la réponse à apporter, coconstruit avec la personne et avec sa famille, qui identifie nominativement la ou les structures correspondant aux besoins de la personne.

Les admissions seront ainsi conditionnées à l'élaboration d'un PAG associant la MDPH, l'ARS, la structure porteuse de l'unité, la structure sanitaire de proximité et éventuellement d'autres structures ressources dans une logique de coresponsabilité territoriale.

Enfin, conformément aux exigences du cahier des charges, suite à l'élaboration du PAG, 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.

Le candidat s'engagera dans le cadre de sa candidature à respecter la priorisation des admissions qui sera définie par les acteurs du parcours et travaillée avec le DIH. Son engagement pourra être utilement appuyé par des recommandations des établissements de santé mentale de son territoire ainsi que de la MDPH et des acteurs du parcours.

Le candidat devra en outre proposer un protocole d'admission global comprenant trois volets qui encadreront l'accueil du nouvel arrivant :

1. La procédure de préadmission comprenant des informations recueillies en amont :
 - entretiens préparatoires avec la famille et structures qui ont accueilli la personne, pour recueillir les informations essentielles à l'adaptation de la personne ;
outils utilisés ou à construire ;
 - traitements médicamenteux ;
 - évaluations complémentaires à réaliser et notamment :
 - o évaluations diagnostiques,
 - o bilans somatiques complets,
 - o évaluations du fonctionnement,
 - o évaluation fonctionnelle des troubles du comportement par le biais d'une méthode recommandée (ABC, SEFIC, EPOCAA, etc...) ;
 - o identification d'éventuelles comorbidités somatiques et psychiatriques.
2. Le protocole d'admission :
 - a) consentement, 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,
 - b) évaluation des traitements médicamenteux,
 - c) détermination du rythme d'immersion de la personne (immersion progressive ou immédiate).
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 éventuellement aux intervenants extérieurs si besoin (médecin, kinésithérapeutes...).

3 PARTENARIATS POUR GARANTIR L'ACCES AUX SOINS

Cette unité doit impérativement fonctionner par association étroite et coordonnée des secteurs médico-social et sanitaire sur la base de partenariats explicites. Le candidat adossera à sa candidature des conventions déjà passées ou toute lettre d'engagement des établissements sanitaires partenaires.

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 l'offre de soins régionale (eu égard à la dimension somatique prégnante dans la survenue des comportements-problèmes), les autres structures d'accueil et d'accompagnement ainsi que les dispositifs susceptibles de constituer une ressource pour l'établissement.

Il doit recenser tous les partenariats pertinents et préciser les modalités opérationnelles de travail et de collaboration, ainsi que le degré de formalisation avec chacun des partenaires. Il joindra à cet effet, tout élément d'information utile (lettres d'intention des partenaires, convention de partenariat...).

S'agissant 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 :

- une convention avec une structure hospitalière, qui prévoit notamment :
 - o la priorité pour l'accueil en urgence,
 - o l'identification d'un plateau technique de spécialistes référents -stomato, gastro, douleur, neurologue spécialisé TSA et apparentés, gynéco, urologue, anesthésiste, etc.
 - o l'accès à la télésanté pour certaines spécialités,
 - o la prise en compte des handicaps associés (cécité, surdité...) et maladies rares,
 - o 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), et avec le réseau médico-social et social :
- une coordination avec la MDPH, le DIH, la Délégation départementale des Hauts-de-Seine de l'ARS et l'ASE dans le cadre d'une convention ;
- une convention avec le Centre de Diagnostic et d'Evaluation Autisme Adultes du Centre du Neuro-développement Adultes de la Pitié Salpêtrière - APHP (notamment pour une réévaluation du diagnostic, des expertises spécifiques ou encore l'organisation des formations à destination des familles).

4 Accompagnement médico-social et sanitaire

4.1 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. L'articulation des évaluations et des bilans avec les objectifs et avec les résultats constatés des interventions réalisées est un mouvement cyclique constant.

Il sera en effet nécessaire de conduire **des évaluations continues et partagées**, notamment sur le plan comportemental et d'assurer la **révision des bilans selon une périodicité adaptée** suffisamment fréquente et régulière - d'une à deux fois par an au minimum.

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 RBPP et l'actualisation des données de référence.

Les observations informelles seront consignées dans un logiciel informatisé de dossier résident.

Elles reprennent, en s'appuyant sur les intérêts évalués et partagés de la personne :

- 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, pictogrammes, photo, verbal),
- 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,
- 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.

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

Les activités, modes de communication et accompagnements seront adaptés à chaque résident de l'unité. L'expérience de la famille doit être prise en compte dans le projet individuel de la personne, afin de mutualiser les stratégies mises en place par les proches 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

Il est attendu de l'unité qu'elle :

- Propose 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,
 - o Etablit une continuité avec le mode de communication utilisé pour la personne avant son arrivée dans l'unité.

Activités et accompagnements

Il convient de 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.

Il est également nécessaire de proposer et permettre aux familles de participer à certaines activités (repas, promenades, ateliers...) 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 plus haut. Seront mis en place :

- des outils de dépistage (EDAPP-2, GED-DI, ESDDA,...) et de prévention de la douleur alimentés 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 régulière 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 strict de la réglementation et des RBPP sont prises en compte :

- la question des espaces calme-retrait-apaisement ;
- la question des contentions, en déterminant une procédure à suivre, variable en fonction des personnes.

Le candidat explicitera les différentes modalités de mise en œuvre de ces pratiques. Un médecin pourra envisager d'hospitaliser la personne, en dernier recours, si cette dernière :

- le demande ;
- se met en danger ;
- met en danger son entourage ;
- présente des troubles du comportement qui semblent avoir une origine somatique, détectable ou guérissable seulement en passant par une hospitalisation.

4.3 Participation de la famille

La participation de la famille contribue 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 soutiennent.
- 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...).

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, le cas échéant, d'organiser pour les familles :

- un temps de formation pour les proches en s'appuyant sur ce qu'ils en connaissent (souvent beaucoup, mais peut-être pas avec les bons mots). Ces formations doivent être poursuivies dans le temps, afin de favoriser les retours en famille et éventuellement un autre type

d'accompagnement de type plus classique. Elles doivent permettre aux proches de s'approprier certaines techniques d'accompagnement utiles pour leur quotidien (guidance).

- le soutien psychologique : il s'agit de répondre aux « pathologies » que les familles peuvent avoir développées, 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 leur proche pour des raisons comportementales, prévoir des temps accompagnés par un professionnel de l'ESMS/unité (qui connaît la personne) pour des retours en famille, pas à pas, le cas échéant.

Si les retours en famille sont possibles, être particulièrement attentif aux besoins de la famille pendant ce temps, même court, d'une journée ou d'un weekend : avec la présence d'un professionnel de l'ESMS ou l'appui de l'UMI par exemple. En cas de sorties dans la famille, toujours prévoir la possibilité d'un retour anticipé 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.

5 MOYENS HUMAINS, MATERIELS ET FINANCIERS

5.1 Financements

Le financement sera accordé par l'Agence régionale de santé Île-de-France via des crédits pérennes de l'ONDAM médico-social.

L'unité bénéficiera d'un budget de fonctionnement de l'Unité résidentielle TSA **s'élevant à 1 268 000 €, en année pleine, sur 365j/an**. Soit un coût place de 211 333 € (211 333 € x 6 places), **revalorisation salariale Ségur incluse**.

Ce budget doit permettre d'assurer le fonctionnement de l'Unité résidentielle TSA ainsi que les frais inhérents à son fonctionnement (ETP, locaux, matériel, restauration, activités, transport). **Seules les dépenses de fonctionnement seront prises en compte dans le cadre de cet appel à candidatures.**

Les budgets proposés reposent sur les coûts places moyens observés au niveau du département des Hauts-de-Seine. Ces coûts sont calculés en tenant compte de la catégorie de l'ESMS, de la déficience accompagnée et du nombre de jours d'ouverture.

Les **besoins en investissement** (véhicules, locaux) devront être précisés. Le projet devra également indiquer les modalités de financement prévu pour la mise en place du dispositif (fonds propres, emprunts, subventions éventuelles, dons, etc.). Une attention particulière sera portée à la capacité financière du candidat à mettre en œuvre le projet (taux d'endettement, réserves disponibles...).

Les candidats devront joindre au sein de la candidature :

- Le **budget établi présenté selon le cadre normalisé en vigueur** ;
- Le projet pluriannuel d'investissement (PPI) selon le cadre normalisé en vigueur

Au regard du retard de déploiement des Unités résidentielles TSA dans les Hauts-de-Seine, l'ouverture rapide du projet d'Unité résidentielle TSA sera valorisée. Les candidats sont libres de proposer notamment l'aménagement ou la transformation de locaux déjà existants.

5.2 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, adaptée en nombre et en type de profils nécessaires, au public accueilli et à sa répartition en petites unités séparées.

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 encore en appui à domicile et en concertation avec la MDPH.

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.

5.2.1 Composition cible de l'équipe pluridisciplinaire

Le personnel devra être composé *a minima* des professionnels dont la liste figure en annexe. Le dossier devra indiquer le détail des Equivalents Temps Pleins affectés aux différentes missions des professionnels ainsi que la répartition de leur temps de travail entre l'unité résidentielle d'une part et les autres types d'intervention envisagés en dehors de celle-ci d'autre part.

Pour les postes mutualisés :

- encadrement ;
- secrétaire, comptable ;
- médecin généraliste, psychiatre, psychologue, psychomotricien, kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste ;
- personnel de restauration, techniciens en blanchisserie.

Pour les postes non-mutualisés :

- chef de service : Coordinateur pour le suivi des prises en soin, l'organisation des séjours de répit, le lien avec les familles et les structures médico-sociales du réseau ;
- personnel éducatif et soignant (infirmier, aide-soignant, AMP, 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 est adapté à la taille de l'unité en privilégiant l'organisation mutualisée avec la structure porteuse, voir avec les autres structures environnantes.

5.2.2 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 20%) 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 qui pourra par exemple être estimée à 0,80 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 d'actions de compagnonnage plutôt dévolues aux AMP, AS, 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) ;
- un apport supplémentaire de ressources nécessité par une situation de crise d'un résident (prestation complexe en réponse à une situation critique).

- 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 d'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.

5.3 La formation

Le recrutement de personnel expérimenté est fortement recommandé, compte tenu du profil des personnes accueillies. La formation 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 avec autisme 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 PCMA,
- un temps de supervision,
- un temps d'actualisation des connaissances,
- un temps d'analyse des pratiques professionnelles et retour d'expérience. Ces formations doivent être faites de manière régulière.

Le promoteur 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.

5.4 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, des dispositions spécifiques additionnelles prenant en compte la pénibilité et les risques au travail sont prévues pouvant aller au-delà du cadre réglementaire standard.

Au regard de la pénibilité de l'exercice dans le cadre de cette unité, des gratifications spécifiques devront être proposés, par exemple :

- reconnaissance de travail « pénible »,
- primes,
- souplesse dans les demandes de congés, indemnités de transport, facilitation dans l'aide au logement ou tout autre moyen permettant de favoriser la qualité de vie au travail et de faciliter la conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle (garde d'enfants par exemple...).

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 :
 - o un temps de mise en condition physique sur conseils de l'éducateur sportif,
 - o 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 :
 - o 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,

- o 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 obligatoirement proposé aux salariés.
 - un dispositif de surveillance adapté sera installé.

5.5 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 prévu par la loi du 2 janvier 2002 devra 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...), aux espaces de contention dans le cadre de la législation en vigueur et des RBPP et de gestion de crise.

5.6 Mise en place d'un système d'information

Le candidat devra proposer une solution de suivi du fonctionnement de cette unité.

6 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 dans l'aménagement de ce type de structures reconnus.

Le projet architectural propose deux habitats pour trois personnes ou trois habitats pour deux personnes.

Les deux unités de vie sont autonomes. Leur disposition permet toutefois le passage facile d'une unité de vie à l'autre, notamment des 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 surstimulations dans les lieux sensibles), vestibulaires, tactiles, gustatives et olfactives (l'ARS sera attentive, dans le cadre de l'instruction des dossiers, à la localisation prévue 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 candidat se référera utilement au guide d'accompagnement environnemental du CEEA (2015).

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.

7 CALENDRIER DE MISE EN ŒUVRE

7.1 Calendrier de mise en œuvre

7.1.1 Rétroplanning

- Co-construction du projet avec les opérateurs : février 2026
- Désignation du lauréat : mars 2026
- Démarrage des travaux : à compter de avril 2026
- Démarrage de l'activité : dernier trimestre 2027

7.1.2 Démarrage

Le calendrier prévisionnel de mise en œuvre du projet devra être détaillé dans le dossier de candidature.

S'agissant des places d'hébergement de l'Unité résidentielle TSA, le démarrage et la montée en charge de l'activité devront être mis en œuvre dès le dernier trimestre 2027 et prévoir une activité pleine et entière au 1^{er} trimestre 2028.

Une attention particulière sera portée sur les délais de mise en œuvre proposés par le candidat.

Les décisions d'autorisation sont valables sous réserve du résultat positif de la visite de conformité prévue par l'article L. 313-6 du CASF.

8 COMPOSITION DU DOSSIER DE CANDIDATURE

Le candidat doit soumettre un dossier complet, comprenant deux parties distinctes (candidature et projet), conforme aux dispositions de l'arrêté du 30 août 2010 et de l'article R 313-4-3 selon les items suivants :

• Concernant la candidature

Les pièces suivantes devront figurer au dossier :

Conformément à l'article R.313-4-3 du code de l'action sociale et des familles, « chaque candidat, personne physique ou morale gestionnaire responsable du projet, adresse en une seule fois à l'autorité ou aux autorités compétentes, [...], les documents suivants :

- les documents permettant de l'identifier, notamment un exemplaire de ses statuts s'il s'agit d'une personne morale de droit privé ;
- une déclaration sur l'honneur certifiant qu'il n'est pas l'objet de l'une des condamnations devenues définitives mentionnées au livre III du présent code ;
- une déclaration sur l'honneur certifiant qu'il n'est l'objet d'aucune des procédures mentionnées aux articles L.313-16, L.331-5, L.471-3, L.472-10, L.474-2 ou L.474-5 ;
- une copie de la dernière certification aux comptes s'il y est tenu en vertu du code de commerce ;

- des éléments descriptifs de son activité dans le domaine social et médico-social et de la situation financière de cette activité ou de son but social ou médico-social tel que résultant de ses statuts lorsqu'il ne dispose pas encore d'une telle activité ;
- la fiche de synthèse annexée au présent avis.

- **Concernant le projet**

Les documents suivants seront joints au dossier :

- tout document permettant de décrire de manière complète le projet en réponse aux besoins décrits par le cahier des charges ;
- un état descriptif des principales caractéristiques auxquelles le projet doit satisfaire, dont le contenu minimal est fixé par arrêté, comportant notamment un bilan financier, un plan de financement et un budget prévisionnel, présentés selon le cadre normalisé en vigueur ;
- dans le cas où plusieurs personnes physiques ou morales gestionnaires s'associent pour proposer un projet, un état descriptif des modalités de coopération envisagées ;

Conformément à l'arrêté du 30 août 2010 (contenu minimal de l'état descriptif des principales caractéristiques de projet) :

1° Un dossier relatif aux démarches et procédures propres à garantir la qualité de la prise en charge comprenant :

- un avant-projet du projet d'établissement ou de service mentionné à l'article L.311-8 ;
- l'énoncé des dispositions propres à garantir les droits des usagers en application des articles L.311-3 à L.311-8 ainsi que, le cas échéant, les solutions envisagées en application de l'article L.311-9 pour garantir le droit à une vie familiale des personnes accueillies ou accompagnées ;
- la méthode d'évaluation prévue pour l'application du premier alinéa de l'article L.312-8, ou le résultat des évaluations faites en application du même article dans le cas d'une extension ou d'une transformation ;
- le cas échéant, les modalités de coopération envisagées en application de l'article L.312-7 ;

2° Un dossier relatif aux personnels comprenant :

- un tableau des effectifs en ETP indiquant les catégories socio-professionnelles, les niveaux de qualification et la convention collective dont relève le personnel ;
- les prestataires de services et les vacations extérieures par type de qualification ;
- l'organigramme prévisionnel ;
- le plan de formation ;

3° Un dossier relatif aux exigences architecturales comprenant :

- une note sur le projet architectural décrivant avec précision le montage juridique, l'implantation, la surface et la nature des locaux en fonction de leur finalité et du public accueilli ou accompagné ;
- des plans prévisionnels qui peuvent, conformément à la réglementation qui leur est applicable, ne pas être au moment de l'appel à candidatures obligatoirement réalisés par un architecte, et exprimés en surface de plancher (Article R 112-2 du code de l'urbanisme et circulaire du 3 février 2012 relative au respect de modalités de calcul de la surface de plancher des constructions) ;
- un calendrier prévisionnel permettant d'identifier les délais pour accomplir les différentes étapes du projet depuis l'obtention de l'autorisation jusqu'à l'ouverture de la structure.

4° Un dossier financier comportant outre le bilan financier du projet et le plan de financement de l'opération, mentionnés au 2° de l'article R.313-4-3 du même code :

- les comptes annuels consolidés de l'organisme gestionnaire lorsqu'ils sont obligatoires ;
- le programme d'investissement prévisionnel précisant la nature des opérations, leurs coûts, leurs modes de financement et un planning de réalisation ;
- les modalités de financement des investissements ;

- les incidences sur le budget d'exploitation de l'établissement ou du service du plan de financement mentionné ci-dessus ;
- le cas échéant, les incidences sur les dépenses restant à la charge des personnes accueillies ou accompagnées ;
- le budget prévisionnel en année pleine de l'établissement ou du service pour sa première année de fonctionnement.

Les modèles des documents relatifs au bilan financier, au plan de financement et au budget prévisionnel sont fixés par arrêté du ministre chargé de l'action sociale.

9 CRITERES DE SELECTION

Thèmes	Critères	Cotation	
Stratégie, gouvernance et pilotage du projet	Expérience du promoteur dans le médico-social, connaissance experte de la grande complexité du public TSA (réalisations) et des territoires ; Cohérence du projet associatif avec les interventions recommandées.	20	50
	Projet co-construit avec les acteurs : co-construction avec les familles et les usagers, co-construction avec les professionnels du territoire (secteurs 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.	20	
Accompagnement médicosocial proposé	Respect des recommandations nationales de bonnes pratiques HAS dans le projet d'établissement et de service.	10	75
	Projets d'accompagnement individualisé conforme à la description RBPP, développement de la personne dans les différents domaines fonctionnels (aspects cognitifs, autonomie...), recours aux outils recommandés par la HAS notamment dans les modes de communication alternatifs ; accès aux soins et à la santé ; organisation des interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées. Projet bientraitance,	35	
	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, guidance...) ; modalité de participation collective des familles.	10	
	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, reprise clinique, analyse des pratiques ; planification de temps de travail en dehors de l'Unité résidentielle TSA, accueil de stagiaires pour monter en compétence des professionnels des établissements médico-sociaux accueillant des personnes avec TSA dans la gestion de crise	25	75
	Adéquation du projet architectural et conditions de fonctionnement : autorisation et capacité, localisation géographique, locaux et aménagement (locaux adaptés au public TSA, aménagement	30	

	adapté aux troubles sensoriels, gestion structurée de l'espace et du temps. Sécurisation des personnes avec espaces de retrait, prévision du matériel spécifique pour protection des personnes et des professionnels.		20
	Calendrier de mise en œuvre (rétroplanning, respect des délais). Capacité de mise en œuvre du projet : capacité financière et cadrage financier, coût de l'investissement et plan de financement, respect des enveloppes soins et hébergement). Anticipation des coûts liés aux réparations.		
TOTAL			200

ANNEXE 1 TABLEAU DES EFFECTIFS CIBLES

QUALIFICATION des PROFESSIONNELS REQUIS
ACCOMPAGNEMENT DIRECT
AS/AES/AMP JOUR
EDUCATEURS SPECIALISES
IDE JOUR
EDUCATEUR SPORTIF
REEDUCATEUR
PSYCHOLOGUE
AS/AES/AMP NUIT
MEDICAL
MEDECIN GENERALISTE
MEDECIN PSYCHIATRE MUTUALISE SANITAIRE
ENCADREMENT/COORDINATION
CHEF DE SERVICE
DIRECTEUR
SERVICES SUPPORT
AGENT DE SERVICE
OUVRIER ENTRETIEN

ANNEXE 2 : GUIDE DE RECOMMANDATIONS ET DE BONNES PRATIQUES ARCHITECTURALES /GUIDE LOGEMENT

(téléchargeable à l'adresse : : https://maisondelautisme.gouv.fr/app/uploads/2024/07/Favoriser-lacces-au-logement_compressed.pdf)

