

Annexe 1 : Cahier des charges pour la création de places de Service d'Education Spéciale et d'Accompagnement à Domicile (SESSAD) spécialisé dans l'intervention précoce auprès d'enfants avec un Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) ou suspicion de TSA en Corrèze, Creuse et Haute-Vienne

Le présent document, annexé à l'avis d'appel à projet (AAP) émis par l'Agence régionale de santé (ARS) de Nouvelle-Aquitaine en vue de la création de places de Service d'Education Spéciale et d'Accompagnement à Domicile (SESSAD) spécialisées dans l'intervention précoce auprès d'enfants avec un Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) ou suspicion de TSA, constitue le cahier des charges auquel les dossiers de candidature devront se conformer.

Il présente les besoins médico-sociaux à satisfaire, notamment en termes d'accompagnement des personnes. Il indique les exigences que doit respecter le projet afin de répondre à ces besoins et invite les candidats à proposer les modalités de réponse qu'ils estiment les plus aptes à satisfaire aux objectifs et besoins qu'il décrit, afin notamment d'assurer la qualité de l'accompagnement des personnes ou publics concernés. Il place les recommandations de bonne pratique HAS au cœur des réponses expertes à mettre en œuvre.

Seul le territoire de l'ex-région Limousin est concerné, en raison des suites de la mission d'appui à la performance (MAP) « parcours autisme en limousin ». A terme, le reste de la Nouvelle-Aquitaine sera maillé essentiellement par évolution et transformation de l'offre existante.

1. IDENTIFICATION DES BESOINS

1.1 Enjeux

La mise en place d'interventions précoces, coordonnées et intensives auprès des jeunes enfants avec TSA constitue un enjeu essentiel du « triptyque » avec le repérage et le diagnostic tel que défini dans le cadre du Plan Autisme 2013-2017. Ces interventions précoces, avant 4 ans, s'inscrivent donc dans un impératif de parcours précoces. Il s'agit d'intervenir tôt, par la mise en œuvre des interventions recommandées par la HAS afin d'impacter positivement le pronostic évolutif de l'enfant et fournir l'aide et la guidance attendues par les parents ; c'est pourquoi l'organisation effective d'un maillage du territoire en vue de repérer, dès le plus jeune âge, les enfants susceptibles d'être pris en charge, d'accélérer le diagnostic et de mettre en œuvre un accompagnement adapté à leurs besoins, ainsi qu'à ceux de leurs familles, est un objectif majeur de la déclinaison en Nouvelle Aquitaine de la Stratégie nationale 2018-2022 dans la continuité du 3ème plan régional autisme.

L'offre de services préconisée a pour but de permettre aux enfants âgés de 0 à 6 ans pour lesquels des signes d'alerte ont conduit à un repérage, d'entamer un processus diagnostic et, concomitamment, des interventions dès 18 mois, voire dans certains cas plus précocement, et avant 4 ans. Il s'agit également d'éviter des ruptures dans l'accompagnement de ces enfants, de préparer et

coordonner le processus de scolarisation en milieu scolaire ordinaire ou en unités d'enseignement maternelle, et fournir aux familles les aides et soutiens nécessaires.

L'efficacité de ces interventions précoces est notamment à attribuer à une grande plasticité du cerveau et du neuro-développement avant 4 ans avec un bénéfice accru des interventions éducatives et thérapeutiques au cours de cette période. *L'instruction du 17 juillet 2014 relative au cadre national de repérage, de diagnostic et d'interventions précoces pour les enfants avec autisme et autre TED* détaillait ces interventions caractérisées sous un double aspect, « éducatives et thérapeutiques », faisant référence aux recommandations HAS publiées en mars 2012.

1.2 Cadre juridique

Les dispositions légales et réglementaires qui s'appliquent sont les suivantes :

- 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 ;
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ;
- Décret n°2010-870 du 26 juillet 2010 relatif à la procédure d'appel à projet et d'autorisation mentionnée à l'article L 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) ;
- Décret n°2014-565 du 30 mai 2014 modifiant la procédure d'appel à projet et d'autorisation mentionnée à l'article. 313-1-1 du CASF ;
- Décret n°2016-801 du 15 juin 2016 modifiant la procédure d'appel à projet et d'autorisation mentionnée à l'article. 313-1-1 du CASF ;
- Décret n° 2017-620 du 24 avril 2017 relatif au fonctionnement des établissements et services médico-sociaux en dispositif intégré prévu à l'article 91 de la loi no 2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé.

Les dispositions relatives à la procédure d'appel à projet médico-social sont codifiées aux articles L313-1-1, R313-1 et suivants, D313-2 du CASF.

Cadre spécifique aux troubles du spectre de l'autisme

- Recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM) et notamment celles concernant les personnes avec TSA ; sont visés en l'espèce les recommandations de 2005 et 2018 portant sur le diagnostic chez l'enfant, celle de 2012 portant sur les interventions chez l'enfant et l'adolescent.
- Fiches 2 et 6 du troisième plan autisme 2013-2017 ;
- Stratégie nationale autisme dans les troubles du neuro-développement 2018-2022 ;
- Instruction ministérielle n° DGCS/SD3B/DGOS/SDR4/CNSA/2014/221 du 17 juillet 2014 relative au cadre national de repérage , de diagnostic et d'interventions précoces pour les enfants avec autisme ou troubles envahissants du développement prévu par le plan autisme (2013/2017) ;
- instruction interministérielle n° DGCS/SD3B/DGESCO/CNSA/2016/192 du 10 juin 2016 relative à la modification du cahier des charges national des UEMA prévues par le 3ème plan autisme (2013-2017) ;
- instruction 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 qui visent à « passer d'une logique de places et de filières à une logique de réponses adaptées aux besoins spécifiques et évolutifs des personnes handicapées ».

1.3 Estimation des besoins en Nouvelle-Aquitaine

Le nombre d'enfants nécessitant, chaque année, des interventions précoces est calculé sur la base d'une prévalence des TSA en population générale de 1% et prenant en compte l'évolution du taux de natalité par département sur les cinq dernières années.

L'estimation du nombre de places de SESSAD nécessaires pour la mise en œuvre d'interventions précoces en faveur de ces enfants est calculée sur la base d'un accompagnement d'une durée de deux ans. Un taux d'attrition de 10% correspondant à la liberté de choix des représentants légaux de l'enfant et au recours à d'autres dispositifs (pôles de compétences et prestations externalisés, prestations libérales etc...) est appliqué.

Sur la base de ces critères, il ressort un besoin total de 912 places de services d'interventions précoces qui devraient être dédiées aux interventions précoces pour jeunes enfants TSA en Nouvelle-Aquitaine ; que celles-ci soient créées sur la base de crédits spécifiques et/ou issues d'opérations de transformation et redéploiement de moyens existants.

Il est clair que, à ce jour, l'ARS Nouvelle Aquitaine n'est pas en capacité de déployer un tel volume de nouvelles réponses en totalité par crédits nouveaux. Il est donc envisagé de couvrir progressivement l'ensemble des territoires en cumulant prioritairement le redéploiement de moyens existants auprès de gestionnaires donnant toutes les garanties de respect des bonnes pratiques et, sous réserve des marges financières suffisantes, d'attribution éventuelle de financements supplémentaires.

A ce stade, le présent AAP concerne donc uniquement les départements de la Corrèze, de la Creuse et de la Haute-Vienne :

1.3.1 Zone infrarégionale de l'ex-Limousin

L'ex-région Limousin est la seule partie de la Nouvelle-Aquitaine disposant d'ores et déjà d'un dispositif d'interventions précoces. En effet, le plan autisme limousin 2013-2017 avait fait un effort financier particulier en direction des jeunes enfants par la mise en place, à titre expérimental, d'un centre expert autisme (CEA) créé spécifiquement en faveur des 0-6 ans. Cette expérimentation s'est inscrite dans le cadre d'un contrat d'investissement « parcours autisme Limousin » dont le CEA est l'un des éléments majeurs.

L'évaluation de ce dispositif¹ a conduit le DGARS Nouvelle-Aquitaine à décider de procéder à une normalisation du dispositif - rapprochement avec le Centre de Ressource Autisme de Limoges - tout en préservant les dispositifs particuliers d'intervention développés antérieurement par le CEA.

Il est donc convenu une intégration de ces dispositifs actuellement financés sur le FIR, dans le dispositif de droit commun de type SESSAD d'interventions très précoces, financé sur des crédits médico-sociaux pérennes, tout en conservant l'expertise acquise par les superviseurs et les assistants d'éducation en autisme (AEA).

Pour pérenniser l'activité actuelle, l'ARS substituera donc progressivement les financements FIR par les crédits médico-sociaux pérennes prévus dans le cadre de cet AAP. Cette progressivité s'étalera, autant que de besoin, sur l'année 2019 afin de garantir la continuité des parcours des enfants déjà suivis.

¹ Rapport de la mission d'appui à la performance du « parcours autisme en Limousin », avril 2018

Dans ce contexte particulier, le recrutement des superviseurs et AEA du CEA doit être étudié en priorité afin de conserver leurs compétences sur le territoire.

Le besoin est estimé comme suit :

	Nombre d'enfants TSA	nombre d'enfants concernés annuellement (incluant taux d'attrition de 10% et 2,5 enfants en UEMA)	Places SESSAD*
Corrèze	23	18	36
Creuse	6	2	5
Haute-Vienne	39	33	66
TOTAL	68	53	107

* sur la base d'un accompagnement d'une durée de 2 ans

2. PERIMETRE DU PRESENT APPEL A CANDIDATURE

2.1 Territoires d'implantation en ex-Limousin

L'appel à projet est ouvert aux 3 départements de la région ex-Limousin.

A l'issue de cet appel à projet, un maillage départemental des places d'intervention précoce est attendu. Aussi la réponse proposée par le candidat pourra être départementale ou interdépartementale.

Les projets répondant le mieux aux exigences du cahier des charges seront retenus, en priorisant à qualité équivalente, le projet situé dans la commune dont la situation géographique et l'accessibilité seront les plus à même de garantir des interventions personnalisées et intensives au plus près du domicile des enfants. Le territoire géographique d'intervention doit donc être précisé par le gestionnaire porteur du projet.

2.2 Portage du dispositif

Les places de SESSAD doivent être portées par un ESMS existant ayant une expérience des interventions auprès des enfants avec TSA, pouvant démontrer l'application effective des recommandations des bonnes pratiques HAS/ANESM et justifier d'un partenariat effectif avec une équipe pluridisciplinaire de diagnostic sur le territoire concerné. La coopération avec le centre de ressources autisme Limousin porté par le CHU de Limoges (réunissant depuis le 1^{er} juillet 2018 le CEA et le CRA Limousin) est un axe clé de la cohérence pour le parcours des jeunes enfants qui pourront bénéficier du dispositif.

3. CARACTERISTIQUES DU PROJET

L'instruction ministérielle du 17 juillet 2014 détaille les interventions recommandées, les professionnels amenés à intervenir ainsi que les fonctions attendues.

3.1 Interventions précoces

3.1.1 Interventions avant 4 ans

Les places de SESSAD d'interventions précoces sont destinées aux enfants diagnostiqués ou avec suspicion de TSA, des deux sexes, âgés de 18 mois à 4 ans ou moins au moment de l'admission, et pour une durée maximale limitée à 2 ans à partir de la date d'admission. Dans un impératif de précocité des interventions, le programme d'interventions précoces devra débuter au plus tard avant l'âge de 4 ans, conformément aux recommandations publiées par la HAS et l'ANESM en 2012.

Les interventions éducatives et thérapeutiques précoces débutent dès les premières inquiétudes sur le développement de l'enfant, quel que soit son âge, pour des enfants avec diagnostic de TSA ou pour lesquels un TSA est suspecté (troubles du développement pouvant évoluer vers un TSA). Ces actions recouvrent les actions directes auprès de l'enfant mais aussi les actions indirectes avec et sur son environnement.

Qu'il y ait ou non retard mental associé, les recommandations publiées par la HAS et l'ANESM en 2012 préconisent de débuter, avant 4 ans et dans les 3 mois suivant le diagnostic, des interventions personnalisées, globales et coordonnées, fondées sur une approche éducative, comportementale et développementale et respectant par ailleurs un certain nombre de conditions de mise en œuvre ayant fait preuve de leur efficacité :

- définies en fonction de l'évaluation initiale et continue de l'enfant ;
- fondées sur des objectifs fonctionnels à court et moyen terme ;
- utiliser un mode commun de communication et d'interactions avec l'enfant ;
- attentives à promouvoir la généralisation et le transfert des acquis à des situations nouvelles ;
- mises en œuvre par une équipe formée et supervisée par des professionnels qualifiés et expérimentés ;
- organisées avec une structuration de l'environnement adaptée aux particularités de l'enfant ;
- prévoyant une participation importante de la famille.

3.1.2 Programmes d'interventions avant 4 ans

Le SESSAD devra délivrer aux enfants des interventions pluridisciplinaires dans le cadre d'un projet personnalisé d'accompagnement mobilisant prioritairement les programmes d'interventions adaptés aux très jeunes enfants tels que l'Early Start Denver Model (ESDM), la thérapie d'Echange et de Développement, l'Applied Behavior Analysis – Verbal Behavior (ABA VB).

Les travaux de recherche à venir doivent permettre de mieux identifier les outils et cadres d'apprentissage les plus adaptés aux très jeunes enfants.

Au-delà de 4 ans, les recommandations soulignent que la mise en place ou la poursuite des interventions s'effectue selon des dispositifs différents, en fonction du profil de développement de l'enfant et de la sévérité des symptômes. Des interventions spécifiques focalisées sur un ou deux domaines particuliers peuvent être proposées, soit isolément si l'enfant ne présente pas de retard mental associé, soit en complément des interventions globales proposées si l'enfant présente un faible niveau de développement de la communication, des interactions sociales et du fonctionnement cognitif, ou s'il présente une grande hétérogénéité des niveaux de compétences par domaine.

Les recommandations précisent que ces interventions globales comportent toute une scolarisation, en privilégiant la scolarisation en milieu ordinaire avec un accompagnement éducatif et thérapeutique individuel à l'école et au domicile, notamment pour les enfants présentant un niveau de

développement intellectuel moyen ou bon, des symptômes d'autismes d'intensité modérée et un langage fonctionnel.

3.2 Modalités d'intervention

3.2.1 Le projet personnalisé des interventions

Le projet personnalisé des interventions doit être élaboré avec les parents. Chaque enfant accueilli devra disposer d'un projet personnalisé, conforme aux recommandations des bonnes pratiques HAS, formalisé et faisant l'objet d'un suivi et d'une évaluation individuelle régulière.

Le programme des interventions sera déterminé par les résultats des évaluations pluridisciplinaires régulières coordonnées par un médecin.

Qu'il y ait ou non retard mental associé, les recommandations préconisent que ces interventions personnalisées, globales et coordonnées, fondées sur une approche éducative, comportementale et développementale respectent un certain nombre de conditions de mise en œuvre ayant fait preuve de leur efficacité :

- définies en fonction de l'évaluation initiale et continue de l'enfant,
- fondées sur des objectifs fonctionnels à court et moyen terme,
- d'une durée maximale de deux ans,
- attentives à promouvoir la généralisation et le transfert des acquis à des situations nouvelles,
- mises en œuvre par une équipe formée et régulièrement supervisée par des professionnels qualifiés et expérimentés, utilisant un mode commun de communication et d'interactions avec l'enfant,
- organisées avec un taux d'encadrement conséquent et un rythme hebdomadaire élevé,
- organisées avec une structuration de l'environnement adaptée aux particularités des très jeunes enfants.
- avec une participation effective de la famille et des actions dirigées vers celle-ci pour la soutenir.

3.2.2 Les fonctions attendues

L'annexe 5 de la circulaire du 17 juillet 2014 précise que quels que soient les dispositifs ou professionnels impliqués dans la mise en œuvre des interventions précoces, leurs actions doivent couvrir :

- **L'évaluation et la réévaluation de l'enfant et l'élaboration du projet personnalisé d'interventions** dans une démarche de priorisation des actions du suivi et de l'évaluation des évolutions de l'enfant, d'adaptation en fonction notamment du développement de l'enfant, et en associant à toutes les étapes les parents. Les évaluations et le projet personnalisé d'intervention doivent être conduits et structurés à partir des domaines listés ci-dessous :
 - Communication et langage
 - Interactions sociales
 - Cognitif
 - Sensoriel et moteur
 - Emotions et comportements
 - Somatique
 - Autonomie dans les activités quotidiennes
 - Apprentissages
 - Environnement familial
 - Environnement matériel

- **La mise en œuvre effective des interventions précoces, de manière pluridisciplinaire.** Une attention particulière devra être portée sur la cohérence et la continuité des interventions auprès de l'enfant : formalisation au sein du projet d'établissement ou de service des modalités de travail transdisciplinaire, identification du professionnel (ou de l'institution) assurant la coordination du projet personnalisé d'interventions, organisation de l'information et de la sensibilisation des équipes des lieux d'accueil de la petite enfance (crèches , école maternelle...), articulation étroite entre démarches d'évaluation et/ou de diagnostics et interventions précoces, information et formation des familles.
- **La guidance parentale**

Une attention particulière devra être portée aux modalités de travail avec les familles et les fratries en mobilisant et valorisant leurs compétences. Le début du parcours lorsque le diagnostic provisoire est posé, correspond au début des échanges avec les parents et conditionne la qualité des relations et de l'alliance éducative et thérapeutique. Les parents doivent être accompagnés, une guidance parentale leur est proposée.

Le service proposera un appui aux parents et à la fratrie en veillant à promouvoir la guidance parentale, conformément aux recommandations de bonnes pratiques. Il favorisera auprès des parents une meilleure compréhension du fonctionnement de leur enfant, l'appropriation des caractéristiques des interventions, leurs prérequis (en matière d'aménagement du cadre de vie par exemple) et les transferts des techniques pour leur permettre d'assurer la cohérence des interventions menées au domicile (selon le souhait des parents).

Cette guidance repose sur trois types d'actions :

- former les parents,
- valoriser, renforcer et faire émerger les compétences éducatives parentales à même de s'ajuster au handicap,
- favoriser des espaces d'échanges et de pair-aidance (individuels et collectifs) pour les membres de la famille (parents, fratrie, autres membres..) qui en expriment le souhait et le besoin.

L'ensemble des interventions devront s'inscrire dans le cadre d'un accompagnement familial global prenant en compte les situations familiales dans toute leur diversité (culturelle, sociale, économique).

3.2.3 Garanties de la qualité des interventions

- une expertise des acteurs en matière de TSA,
- une pluridisciplinarité effective,
- une formation continue aux techniques et modèles d'interventions précoces,
- une supervision des interventions, quels que soient les acteurs impliqués, supervision effectuée par un professionnel expérimenté dans les modèles d'interventions développementales et comportementales, externe au service et lui-même expert des interventions recommandées. Il ne s'agit pas d'analyse des pratiques mais bien de supervision telle que définie notamment dans le cahier des charges relatif aux UEMA,
- un partenariat fort avec les parents,
- une évaluation de l'efficacité, de la qualité du programme mis en œuvre,
- une éthique des interventions, notamment dans le domaine des procédures comportementales

3.2.4 Lieux d'intervention

Le dossier de candidature devra préciser le territoire sur lequel les équipes interviendront auprès des enfants. Les interventions auprès des enfants constituent la mission prioritaire des professionnels. Afin d'optimiser les moyens et de permettre le plus grand nombre d'interventions, ils veilleront à rationaliser les temps de trajet.

Les interventions devront s'accomplir prioritairement dans les différents lieux de vie et d'activités de l'enfant (domicile, structures de petite enfance...). Il est attendu des interventions prioritairement en milieu naturel pour l'enfant permettant que les compétences acquises puissent se généraliser dans tous les lieux de socialisation.

3.2.5 Modalités de fonctionnement

▪ **Modulation, organisation et coordination des interventions**

Les interventions intensives pourront être modulables dans le temps (critère d'intensité variable requise en fonction des difficultés de l'enfant, et de dégressivité selon les seuils de compétences acquises et transition en sortie de programme d'interventions) en fonction des besoins de l'enfant avec un temps important consacré au transfert des compétences dans le milieu de l'enfant.

La mise en place d'actions collectives devra être déterminée exclusivement en fonction des besoins de l'enfant et des attentes des parents.

L'organisation des interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées dans une logique de parcours très précoce devra préciser les modalités d'organisation du travail transdisciplinaire ainsi que la cohérence et la continuité des interventions (dont la gestion des comportements problèmes).

Le projet s'inscrira en coordination permanente avec les professionnels, structures et services de proximité afin d'assurer une prise en charge partagée et globale, au plus proche de l'environnement social et familial. Un travail conjoint en concertation avec les équipes diagnostiques et les MDPH doit être organisé pour faciliter le parcours.

Dans tous les cas, le promoteur devra s'engager, en lien avec les acteurs concernés, à accompagner les parents et faciliter la continuité du parcours des enfants en mettant en place les modalités de coopération avec les structures existantes localement.

▪ **Amplitude d'ouverture**

Le SESSAD devra fonctionner, à minima, 220 jours par an. Les heures et les périodes d'ouverture seront adaptées aux besoins des très jeunes enfants et de leurs parents. L'amplitude horaire devra permettre une souplesse d'interventions facilitant la mise en œuvre du projet personnalisé de l'enfant et de ses parents. Le service mettra en place toutes modalités permettant d'assurer la continuité du projet lors des périodes de fermeture annuelles du service, en lien avec les partenaires.

3.3 Compositions et formation de l'équipe

3.3.1 Tableau des effectifs

L'équipe devra comporter du temps de :

- psychologue,
- éducateur spécialisé, moniteurs éducateurs ou AMP, auxiliaire de puériculture,
- psychomotricien,
- orthophoniste,
- supervision à raison d'une fois par mois sur les séances,
- assistant social,
- temps médical : pédiatre, pédopsychiatre,

Il est attendu que le recrutement des superviseurs et AEA du CEA soit étudié en priorité par les candidats afin de conserver leurs compétences et expertise sur le territoire mais aussi assurer la continuité des parcours des enfants ayant un programme d'interventions en cours.

Le dossier de candidature devra présenter les effectifs de personnel quantifiés en ETP sous forme d'un tableau détaillé. Les prestations sous-traitées devront également être traduites en ETP et explicitées. L'équipe pluridisciplinaire du SESSAD devra comporter en temps conséquents des personnels qualifiés dans le repérage et la prise en charge des troubles du développement psychomoteur des très jeunes enfants (psychomotricien, orthophoniste, infirmière diplômée d'état formés à l'observation des « tout-petits »...).

Les professionnels devront être formés aux interventions éducatives, pédagogiques et thérapeutiques adaptées aux très jeunes enfants avec TSA d'âge préscolaire et conformes aux recommandations de la HAS, de manière à pouvoir mettre en place des interventions personnalisées, globales et coordonnées.

L'organigramme du SESSAD devra se référer aux articles D.312-56 et D.312-57 du Code de l'action sociale et des familles.

3.3.2 Plan de formation

La formation du personnel est une condition nécessaire préalable à l'installation des places de SESSAD d'interventions précoces: Il ne s'agit pas de simples sensibilisations, l'objectif étant de maîtriser et partager l'ensemble des techniques et outils nécessaires à la mise en œuvre des interventions attendues conformément à l'annexe 5 de l'instruction du 17 juillet 2014.

Le dossier devra également détailler le projet de plan de formation. Elle doit être organisée en deux phases :

- 1) une phase initiale de formation commune, précédant l'ouverture effective des places de SESSAD d'interventions précoces, réunissant les professionnels du service, par des organismes compétents.
- 2) des formations spécifiques, plus ciblées, organisées régulièrement et intégrées aux plans de formation, afin de permettre aux professionnels d'approfondir, d'actualiser la maîtrise des outils d'évaluation et si nécessaire de renforcer leur expertise sur les stratégies d'interventions précoces à partir de modules spécifiques prenant en compte l'évolution des pratiques professionnelles sur les modalités d'interventions intensives auprès des très jeunes enfants avec TSA et les préconisations du responsable de la supervision du service.

Ces actions de formation visent bien la spécialisation relative aux interventions précoces et la mise en œuvre du projet de service spécifique aux jeunes enfants TSA. Il ne s'agit pas de mettre à niveau une équipe, un organisme gestionnaire dans la perspective qu'il atteigne, à terme, le niveau d'expertise nécessaire dans le domaine des TSA. L'expertise dans les TSA doit être un acquis pour les candidats au présent AAP.

3.4 Coopérations et partenariats pour un parcours sans rupture

L'appel à projet vise à créer, via une autorisation de SESSAD, des équipes spécialisées dans l'intervention précoce pour les enfants avec un trouble du spectre de l'autisme ou suspicion de TSA de 0 à 6 ans pour lesquels les interventions débutent avant 4 ans.

La multiplicité des acteurs (petite enfance, scolaire, sanitaires hospitaliers et libéraux, sociaux, médico-sociaux, éducatifs...), la nécessité de mobiliser en priorité les ressources existantes, les compétences spécifiques attendues, l'adaptation des services à l'accompagnement des personnes avec autisme et de leur famille impliquent la construction de partenariats entre les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux afin de permettre une réponse globale aux besoins. L'équipe spécialisée devra contribuer à mettre en place « un panier de services et d'interventions » varié, gradué en fonction des besoins de l'enfant et des attentes légitimes de sa famille.

Le présent appel à projet doit donc être considéré comme une opportunité de mobiliser, structurer et définir des objectifs communs entre partenaires pour faciliter la prise en charge et l'accompagnement des enfants de moins de 6 ans avec un trouble du spectre de l'autisme (TSA) ou avec suspicion de TSA et leur famille.

Les promoteurs, au-delà de préciser leur offre spécifique de service, identifieront dans la réponse à l'appel à projet les partenaires d'amont en charge du repérage et diagnostic et les partenaires d'aval avec lesquels ils collaborent déjà afin de construire conjointement ce projet afin d'éviter les ruptures de parcours.

Il est nécessaire de formaliser l'ensemble des partenariats. Le gestionnaire devra entre autres expliciter les modalités de coopération avec les équipes pluridisciplinaires de diagnostic secteur sanitaire et médico-social, le médecin traitant et/ou le pédiatre de l'enfant, les structures d'accueil de l'enfant (crèche, assistante maternelle, école maternelle...), les partenaires institutionnels (MDPH/MDA, collectivités locales, Education Nationale...) ainsi que les professionnels de santé médicaux et paramédicaux...

Le projet devra donc comporter :

- une présentation de l'organisation des acteurs en charge du repérage et diagnostic précoce identifiée par le promoteur,
- une mise en place d'interventions personnalisées, globales et coordonnées, fondées sur une approche éducative, comportementale et développementale,
- une identification des structures d'aval ayant pour mission de poursuivre les interventions après 4 ans,
- une description des modalités de préparation à la sortie, vérification de l'existence d'un suivi post-SESSAD, articulation avec les structures d'aval.

En outre, les interventions seront regroupées dans le projet personnalisé, tel que défini dans les recommandations de bonnes pratiques professionnelles, et co-élaboré avec les parents. A cet effet, le porteur du projet devra :

- formaliser les modalités d'articulation, de suivi et d'évaluation régulière avec a minima une équipe pluridisciplinaire de diagnostic et d'évaluation de proximité,
- préciser les éventuelles modalités de coopération avec les structures et/ou autres professionnels et personnes intervenant dans les lieux de vie de l'enfant (professionnels des crèches, assistantes maternelles ...),
- préciser les éventuelles modalités de coopération avec les services externalisés (par exemple les pôles de compétences de prestations externalisées (PCPE) ...),

- indiquer les modalités d'informations et d'échanges avec le médecin traitant de l'enfant (médecin généraliste ou pédiatre) choisi par les parents,
- indiquer les modalités d'articulation avec l'Education nationale pour organiser conjointement la transition et le relais vers la scolarisation en classe maternelle dès l'âge de 3 ans avec un accompagnement adapté aux besoins de l'enfant.

Le promoteur pourra joindre au dossier de candidature les lettres d'engagements des partenaires déjà identifiés et souhaitant s'engager dans la démarche.

4. MODALITES D'EVALUATION ET DE MISE EN ŒUVRE DES DROITS DES USAGERS

Le candidat présentera les modalités de mise en œuvre des outils propres à garantir les droits des usagers tels que résultant des articles L 311-3 à L 311-8 du code de l'action sociale et des familles :

- le livret d'accueil,
- le règlement de fonctionnement,
- le contrat de séjour,
- un avant-projet d'établissement propre à garantir la qualité de la prise en charge et le respect des droits des personnes accueillies (modalités de recueil des besoins et attentes des personnes à détailler).

5. CADRE BUDGETAIRE ET CALENDRIER

Le coût par place du SESSAD d'interventions très précoces est estimé entre 35 000 et 40 000 €, réparties dans les trois territoires (cf. tableau, point 1.3.1.). Cette fourchette doit permettre de tenir compte des coûts spécifiques impactant chaque dispositif (couverture territoriale, offre existante, intensité requise par enfants...). Ce montant doit couvrir uniquement et intégralement les frais engagés pour le fonctionnement des places de SESSAD d'interventions précoces : ressources humaines, charges éventuelles de matériel, location, transports des enfants le cas échéant.

La mutualisation sera à rechercher, afin de limiter les coûts de structure et privilégier les moyens en professionnels et les prestations directes aux enfants et à leur famille.

Les candidats sont incités à faire des propositions cumulant du redéploiement, transformation de moyens existants avec les financements prévus dans le cadre du présent AAP.

La prise en charge des frais de transports s'effectue dans les limites de la réglementation applicable à un SESSAD dans le cadre de sa dotation globale, au sens du code de l'action sociale et des familles.

Le présent appel à projet pourra donner lieu à une autorisation délivrée en 2018 avec prévision d'ouverture au public au premier trimestre 2019.

Il est cependant possible de prévoir une montée en charge progressive du dispositif, afin d'assurer la qualité et la sécurité des parcours et des programmes d'interventions conformes aux recommandations de la HAS.

Aussi, le candidat devra présenter un calendrier prévisionnel de la mise en œuvre du projet, intégrant une date prévisionnelle d'ouverture au public et l'ensemble des étapes conduisant à l'ouverture définitive des places de SESSAD d'interventions très précoces.