

Annexe 6 - Cahier des charges

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

Table des matières

I. Contexte.....	2
II. Présentation du projet d'établissement.....	3
A. Public cible : les personnes adultes avec troubles du spectre de l'autisme (TSA), souvent associés à des comorbidités relevant d'autres troubles du neuro-développement en situation très complexe.....	3
B. Cadre général d'intervention sécurisé et de proximité	4
C. Valeurs à respecter : un engagement fort pour le respect des droits, de la dignité et l'autonomisation des personnes.....	5
III. Eléments de cadrage	6
A. Structures porteuses éligibles.....	6
B. La zone d'implantation : accessibilité et lien social	7
C. Admission au sein des petites unités résidentielles	7
IV. Partenariats et intégration dans l'environnement garantissant l'accès aux soins	10
V. Accompagnement médico-social et sanitaire	11
A. L'évaluation méthodique de la personne avec TSA en situation très complexe	11
B. Les activités et accompagnements proposés	11
C. La participation de la famille.....	13
VI. Moyens humains, matériels et financiers	14
A. Ressources humaines.....	14
B. La formation.....	16
C. Qualité de vie au travail, sécurité et avantages sociaux	16
D. Démarche d'amélioration continue de la qualité et évaluation des unités	17
E. Mise en place d'un système d'information	17
VII. Projet architectural	18
ANNEXE 1 Tableau des effectifs cibles	19
ANNEXE 2 Guide de recommandations et de bonnes pratiques architecturales /guide logement.....	20

I. Contexte

L'inclusion des adultes autistes est un des cinq engagements de la stratégie nationale 2018-2022. Cette stratégie comporte 101 mesures, dont un grand nombre vise la transformation de l'accompagnement des adultes dans tout leur parcours de vie, que ce soit dans l'amélioration de l'accès aux soins et au diagnostic, le développement de structures et services adaptés, l'accès à l'emploi et au logement.

La mobilisation associative a permis de mettre en lumière la situation des adultes autistes présentant des troubles du comportement très sévères et la nécessité de mettre en œuvre des réponses plus adaptées. De ce fait, la priorité des mesures à destination de ces adultes a été actée lors de la conférence nationale du handicap (CNH), le 11 février 2020 et réaffirmée lors de la dernière conférence interministérielle du handicap (CIH) du 16 novembre 2020.

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

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

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

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

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

Toutefois, l'organisation d'un accueil temporaire pourra le cas échéant être organisé au sein de l'unité, par exception en cohérence avec l'offre d'accompagnement du territoire telle que définie et pilotée par les agences régionales de santé (ARS), et si l'expertise de l'opérateur le permet.

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

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

II. Présentation du projet d'établissement

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

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

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

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

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

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

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

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

- La plupart des activités relevant de l'entretien personnel et le cas échéant de la mobilité ;
 - La communication et l'expression des choix et attentes de la personne ;
 - Tout ou partie des tâches et exigences générales et pour la relation à autrui ;
 - Le maintien et le développement des acquisitions cognitives ;
 - Des soins de santé réguliers et un accompagnement psychologique.
- La nature des troubles : il s'agit principalement de comportements d'auto-agression et d'hétéro-agression difficilement maîtrisables et requérant des programmes de soutien aux comportements très spécialisés, ainsi que des environnements sécurisés et raisonnés sur le plan sensoriel, combinant des espaces individuels suffisants et des espaces collectifs restreints.

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

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

B. Cadre général d'intervention sécurisé et de proximité

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

Ces unités seront adossées à des ESMS existants et auront le statut de maisons d'accueil spécialisées (MAS). Pour autant, la coopération avec les acteurs du champ sanitaire est indispensable pour répondre efficacement à l'ensemble des besoins des personnes concernées (cf. annexe 4 de la présente instruction).

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

L'accompagnement de grande proximité requiert :

- Une transversalité et une mutualisation solide des compétences et des interventions entre les secteurs médico-social et sanitaire ;
- Un niveau de formation et de supervision important, des pratiques éducatives et thérapeutiques garantissant le respect des droits des personnes sur le fondement des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) de la Haute Autorité de santé (HAS)¹ ;
- Une architecture et un aménagement des différents espaces adaptés aux besoins des personnes afin de préserver leur santé, sécurité et leur bien-être physique et moral et de permettre la qualité de vie au travail pour les professionnels.

¹ www.has-sante.fr

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Respect des droits des personnes : la compréhension et l'adhésion de la personne et/ou de son entourage aux soins prodigués doivent être recherchées en amont et à chaque étape de l'accompagnement ;
- Recherche constante de l'autonomie et de l'autodétermination des personnes : les activités envisagées et les axes de progrès doivent être définis en fonction du bilan développemental et des marges de progrès clairement identifiés dans le projet de la personne ;

- Respect de la législation concernant la bientraitance et la lutte contre la maltraitance, reposant sur une procédure spécifique qui précisera les modalités de recours aux espaces de calme et de retrait pour l'apaisement sous forme de protocoles validés par les personnes ou les représentants légaux/familles ;
- Respect et reconnaissance des équipes, à travers un projet de qualité de vie au travail, adapté spécialement à ces unités.

III. Éléments de cadrage

A. Structures porteuses éligibles

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

- Extension d'ESMS existants ;
- Transformation de structures existantes (médico-sociales ou sanitaires²) ;
- Requalification d'une partie de la capacité d'ESMS existants avec une mise en conformité du présent cahier des charges.

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

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

- Une expérience établie dans l'accompagnement de personnes autistes et/ou troubles du neuro-développement, avec des troubles du comportement majeurs, dangereuses pour elles-mêmes et/ou leur entourage ;
- La mise en œuvre de stratégies d'intervention face aux troubles du comportement majeurs, recommandées par la HAS, de type analyse fonctionnelle (Observation A pour antécédent, B pour behavior et C pour conséquences (Observation ABC), élaboration et validation psychométrique d'une échelle d'évaluation des troubles du comportement pour adultes avec autisme (EPOCAA), support pour l'évaluation fonctionnelle et l'intervention sur le comportement (SEFIC) (guide d'accompagnement environnemental, centre expertise autisme adultes de Niort [CEEA] 2018)³, etc.) ;
- Un plan de formation et l'organisation d'une supervision des pratiques adaptés et suffisamment calibrés pour faire face aux enjeux ;

²S'agissant du champ sanitaire, dans le respect du cadre prévu par l'instruction n° 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.

³ Centre expertise autisme adultes, Centre hospitalier de Niort. Guide à l'usage des structures d'accueil d'adultes avec autisme sévère. Niort: CEEA; 2018 ».

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

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

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

- ETCAA : « 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. ».

- Une légitimité qui facilite l'inscription territoriale de ces unités au service de l'ensemble des acteurs du territoire ;
- Une capacité et un engagement à coopérer avec le secteur sanitaire.

Le projet devra s'inscrire en lien étroit avec les « Communautés 360 » (C.360) en charge de la résolution des situations sans solution sur le territoire visé. 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 puissent être appréciées.

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

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

- Etre situées en zone urbaine ou périurbaine ;
- Etre accessibles aux professionnels et aux familles (transports en commun, infrastructures routières, etc.) ;
- Etre à proximité de ressources essentielles et notamment :
 - 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) et dans un contexte parfois caractérisé par l'urgence ;
 - 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 adaptée aux besoins et capacités de chacun.

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

C. Admission au sein des petites unités résidentielles

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

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

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

Ainsi, afin d'appuyer les MDPH dans l'identification des personnes à orienter vers ces unités, les acteurs devront mettre en place une instance régionale de coordination des admissions⁴ chargée de réguler les orientations et les admissions au sein de ces unités et placée sous l'égide de l'ARS. (voir modalités d'admission en annexe 3 de la présente instruction).

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

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

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

- ✓ Lors des réunions, les acteurs⁵ échangent sur les différentes situations individuelles, sur la base de leur connaissance des situations et des critères de priorisation, dans l'objectif d'identifier les situations individuelles les plus prioritaires à l'admission au sein des unités ;
- ✓ Ces réunions permettent également de créer une dynamique partenariale autour de l'accompagnement des adultes autistes en situation très complexe ;
- ✓ A l'issue de(s) réunion(s), le(s) unités s'engagent à accompagner nominativement les situations individuelles identifiées ;
- ✓ L'instance a également pour objectif de coordonner le flux des entrées et sorties.

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

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

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

⁴ Regroupant plusieurs départements ou territoires selon les spécificités de chaque région.

⁵ Institutionnels (ARS, MDPH), usagers et représentants, gestionnaires des unités, experts, CRA, structures sanitaires partenaires de l'unité.

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

1. La procédure de préadmission comprenant des informations recueillies en amont :

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

2. Le protocole d'admission :

- a. Information, consentement et recueil de l'adhésion de la personne et de la famille en prenant en compte les limites de l'expression de la personne-elle-même ;
- b. Evaluation 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 en cas de besoin aux intervenants extérieurs (médecin, kinésithérapeutes, etc.).

D. Les documents de référence :

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

- La stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement ;
- Des recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS)⁶ et plus particulièrement :
 - « Troubles du spectre de l'autisme : intervention et parcours de vie de l'adulte, guide d'appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles », volet 1,2,3, HAS-Anesm, mars 2018,
 - « Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent », HAS-Anesm, mars 2012,
 - « Recommandations Troubles du spectre de l'autisme : intervention et parcours de vie de l'adulte », HAS-Anesm, décembre 2017,
 - « Les « Comportements-problèmes » (volets 1,2,3) », Anesm, 2016,
 - « L'accompagnement à la santé de la personne handicapée », Anesm, 2013,
 - « Qualité de vie en MAS- FAM (volets 1,2,3) », Anesm, 2013-2014,
 - « Autisme et autres Troubles envahissants du développement : diagnostic et évaluation chez l'adulte. Recommandations pour la pratique clinique », HAS, 2011,
 - « Autisme et autres troubles envahissants du développement – État des connaissances hors mécanismes physiopathologiques, psychopathologiques et recherche fondamentale », HAS, 2010,

⁶ www.has-sante.fr

- « Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement », Anesm, 2010.

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

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

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

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

La structure porteuse doit ainsi recenser l'ensemble des partenariats pertinents et préciser les modalités opérationnelles de travail et de collaboration, ainsi que le degré de formalisation avec chacun des partenaires. Il joindra pour ce faire à sa candidature tout élément d'information utile (lettres d'intention des partenaires, convention de partenariat, etc.).

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

Plus globalement, les partenariats avec le réseau sanitaire permettront de mettre en place en fonction des contraintes territoriales (voir modalités en annexe 4 de la présente instruction) :

- Une convention avec une structure hospitalière, qui prévoit notamment :
 - La priorité pour l'accueil en urgence,
 - L'identification d'un plateau technique de spécialistes référents : stomatologue, gastrologue, douleur, neurologue spécialisé TSA et apparentés, gynécologue, urologue, anesthésiste, etc.
 - L'accès à la télésanté pour certaines spécialités,
 - La prise en compte des handicaps associés (cécité, surdité, etc.) et maladies rares,
- L'accès à la médecine de ville (par exemple via une convention avec un ou des centres de santé ou l'adhésion de l'établissement porteur de l'unité à une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS).

Et avec le réseau médico-social et social :

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

V. Accompagnement médico-social et sanitaire

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

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

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

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

Sur la base des intérêts évalués et partagés de la personne, elles concernent :

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

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

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

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

B. Les activités et accompagnements proposés

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

Il s'agit de valoriser la personne, de prendre en compte ses intérêts, de maintenir sa santé physique et psychique.

Lors de l'organisation des journées, il faut également considérer les besoins de stimulation de la personne.

➤ Communication expressive et réceptive

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

➤ Activités et accompagnements

Réfléchir à la mise en place :

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

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

➤ Activités axées sur l'autonomie

Il s'agira de :

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

➤ Le suivi somatique

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

Seront mis en place :

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

➤ La prévention et la gestion des troubles majeurs du comportement

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

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

- Aménager l'environnement ;
- Interroger régulièrement son emploi du temps (équilibre activités physiques, cognitives, domestiques, relationnelles) ;
- Traiter en parallèle une pathologie associée ;

- Apprendre à la personne des compétences spécifiques ou un comportement alternatif qui vienne se substituer au « comportement-problème ».

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

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

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

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

C. La participation de la famille

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

Il est nécessaire :

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

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

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

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

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

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

VI. Moyens humains, matériels et financiers

A. Ressources humaines

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

Le projet fera appel à une équipe pluridisciplinaire dont le nombre et les profils seront adaptés au public accueilli. Cette équipe sera répartie 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 en appui à domicile et en articulation avec les MDPH et les « communautés 360 » (voir ci-dessous).

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

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

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

A. Composition cible de l'équipe pluridisciplinaire :

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

Pour les postes mutualisés :

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

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

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

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

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

- Le temps de travail partagé :

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

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

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

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

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

- ✓ Une participation à l'accompagnement au quotidien du champ médico-social plus généraliste (moins complexe) ; il s'agit de prestations déprogrammables plutôt dévolues à des aides-soignants (AS), aides médico-psychologiques (AMP) et accompagnants éducatifs et sociaux (AES) qui, par ces actions, augmentent la compétence des équipes moins expertes de terrain du fait de ce travail partagé ;
- ✓ Un soutien de ce même champ lors de tension ponctuelle par exemple en renfort d'effectif (prestation de niveau un peu plus complexe) ;

- ✓ Enfin un apport supplémentaire de ressources nécessité par une situation de crise d'un résident (prestation complexe en réponse à une situation critique).

- 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.

B. La formation

Le recrutement de personnel expérimenté est fortement recommandé, compte tenu du profil des personnes accueillies.

La formation initiale et continue des professionnels est un élément clé pour la qualité de l'accueil des personnes aussi bien que pour la qualité de vie au travail des professionnels de ces unités.

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

Le projet doit intégrer un plan de formation continue comportant :

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

Ces formations doivent être faites de manière régulière.

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

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

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

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

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

De plus doivent être décrits :

- Les modalités de préservation de la qualité de vie au travail, favorisant la bientraitance des personnes accueillies, comme des personnels, qui peuvent inclure à titre d'exemple :
 - 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 debriefing,
 - 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.

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

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

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

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

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

De la même façon, le candidat devra prévoir un protocole de recours aux espaces de retrait (localisation, sécurisation...), aux espaces de contention dans le cadre de la législation en vigueur et des RBPP et de gestion de crise.

Les premières unités installées en 2021 feront l'objet d'une évaluation par les ARS au deuxième semestre 2022 (cf. annexe 5 de la présente instruction). A minima cette évaluation concernera la mise en œuvre du temps hors unité et permettra le cas échéant un ajustement du budget de l'unité prévu à cet effet.

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

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

VII. Projet architectural

Le projet présenté devra obligatoirement détailler le projet architectural, qui doit être spécialement adapté à ce type de public, en sollicitant l'avis et le cas échéant l'appui du centre ressource autisme (CRA) ou d'experts dans l'aménagement de ce type de structures reconnus. La préservation de la santé, de la sécurité et du bien-être des résidents est intrinsèquement liée à la qualité de l'architecture, aux différents équipements et à la configuration des locaux.

Le projet architectural 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 (infirmierie, bureaux des professionnels du quotidien, laverie, locaux techniques).

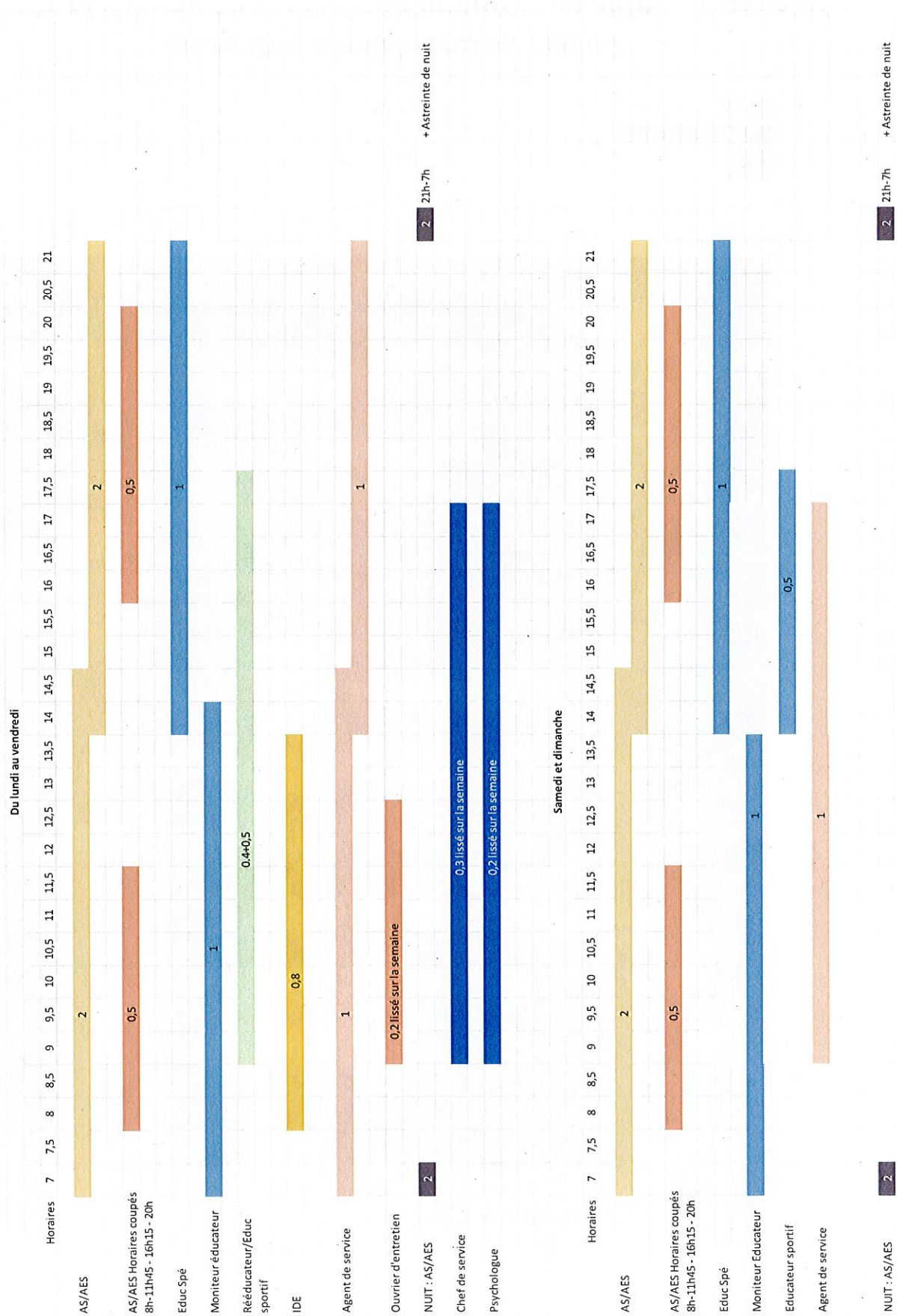
Il convient d'intégrer dans l'aménagement des locaux :

- Le dispositif de surveillance;
- Les modalités de diminution et d'adaptation des stimulations sensorielles : sonores (insonorisation), visuelles (diminuer autant que possible les sur-stimulations dans les lieux sensibles), vestibulaires, tactiles, gustatives et olfactives. Une vigilance sera portée à la place des cuisines et sanitaires dans les lieux de vie notamment) ;
- Un mobilier, solide et adaptatif, des espaces de circulation dégagés, en prenant en compte la nécessité de protection du mobilier, pour éviter que les personnes autistes en crise ne se blessent ;
- Les salles de repos particulières : espaces de ressourcement, calmes et salles de retrait ;
- L'organisation de l'intervention des services logistiques et techniques ;
- L'organisation de l'accès aux consultations et notamment l'équipement pour la télésanté ;
- Le recours aux pictogrammes et aux informations visuelles pour rendre lisibles et identifiables les différents espaces ;
- Le confort et l'aspect esthétique des locaux ;
- Un espace dédié aux familles pour recevoir les proches des personnes accompagnées (type studio aménagé).

Voir le Guide d'accompagnement environnemental du CEAA (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.

ANNEXE 1 - TABLEAU DES EFFECTIFS CIBLES



ANNEXE 2 - Guide de recommandations et de bonnes pratiques architecturales /guide logement



Ces recommandations concernent les adaptations nécessaires, permettant de favoriser l'accès des personnes autistes aux logements « ordinaires ».

Pour rappel, l'habitat inclusif peut être :

- une colocation ;
- des logements individuels avec au moins un espace collectif à proximité des logements.

L'organisation de l'habitat destiné à être occupé par des personnes autistes doit notamment tenir compte d'un besoin de structuration de l'environnement, et des particularités sensorielles des personnes avec des troubles du spectre de l'autisme.

Une réflexion ergonomique doit être engagée sur les aspects thermique, visuel et phonique.

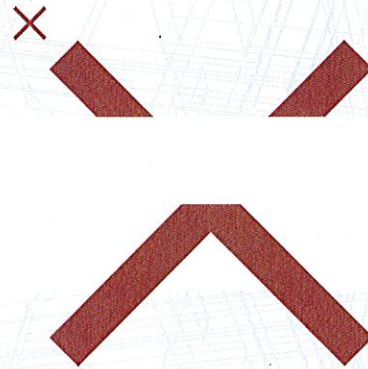
SOMMAIRE

- 03. ORGANISATION GÉNÉRALE DU BÂTIMENT
- 04. SÉCURITÉ
- 05. CONFORT ACOUSTIQUE
- 07. CONFORT VISUEL
- 08. REPÉRAGE DANS LE TEMPS ET DANS L'ESPACE
- 09. ESPACES PRIVATIFS ET CAS DE LA COLOCATION
- 10. AMÉNAGEMENT DES ESPACES EXTÉRIEURS
- 11. ÉLÉMENTS BIBLIOGRAPHIQUES

ORGANISATION GÉNÉRALE DU BÂTIMENT

LA CONCEPTION ARCHITECTURALE DES HABITATS DOIT NOTAMMENT TENIR COMPTE :

→ de la proximité avec les services de transports, commerces, services publics, etc. ;
→ de la sécurisation des logements ;
→ des possibilités de contrôle des interactions sociales et de la vie privée ;
→ des aménagements spécifiques : réduction des stimulations sensorielles, durabilité des matériaux, etc. ;
→ de la structuration des espaces.
Lorsque qu'un même logement est destiné à être occupé en colocation, sa taille maximale sera pensée pour quatre ou cinq personnes au plus. Cette limite permet ainsi d'obtenir des situations de colocation adaptées aux personnes autistes. De plus, elle permet dans le parc social de garantir aux organismes HLM la pérennité de long terme du logement, avec la possibilité d'une remise en location à terme au bénéfice d'une famille. La hauteur sous plafond des logements à destination des personnes autistes et de l'espace collectif devra se situer idéalement entre 2,50 et 2,70 mètres (maximum). En cas de prescription d'urbanisme particulière, imposant la prise en compte d'une hauteur sous plafond plus importante en rez-de chaussée par exemple, à des fins d'harmonisation ou de meilleure évolutivité vers une occupation future éventuelle par des commerces, il s'agira de mettre en œuvre un faux-plafond surbaissé pour satisfaire à cette exigence. En cas d'implantation de logement(s) en dernier étage de construction, on évitera l'aménagement d'espaces sous rampant de toiture à grande hauteur sous plafond. Les nuisances sonores liées au martèlement de la couverture en cas de forte pluie sont également difficiles à supporter pour les personnes autistes et les fenêtres de toit sont à éviter du fait des mêmes nuisances sonores, mais également de l'éblouissement et de la forte luminosité induits par ce type de menuiserie à orientation zénithale.





SÉCURITÉ

LA MISE EN SÉCURITÉ ARCHITECTURALE PASSE NOTAMMENT PAR L'USAGE DE MATÉRIAUX ADÉQUATS. IL S'AGIT DE PRIVILÉGIER DES MATÉRIAUX SOLIDES, DURABLES ET RÉSISTANTS. CECI CONCERNE PAR EXEMPLE LES VITRES QUI DOIVENT ÊTRE INCASSABLES ET DE SÉCURITÉ.

Plus particulièrement, il est recommandé :
→ de privilégier le plain-pied, dans la mesure du possible ;
→ d'éviter les escaliers avec marches balancées (marches à largeur moindre près de l'axe central) ;
→ d'encastrier les conduits d'eau, de chauffage et d'électricité et de privilégier le chauffage au sol ;
→ d'éviter le raccordement au gaz, dans les cuisines ;
→ de prévoir un limiteur de température de l'eau chaude ;
→ d'éviter les angles saillants et de privilégier les arrondis ;
→ de privilégier des vitres anti-choc ;
→ de prévoir des disjoncteurs différentiels sur toute l'installation électrique pour éviter les risques d'électrocution ;
→ de prévoir si possible des robinets d'arrêt suffisamment nombreux pour pouvoir intervenir sur un élément sans condamner tout un bâtiment ;
→ de délimiter et sécuriser les espaces extérieurs.

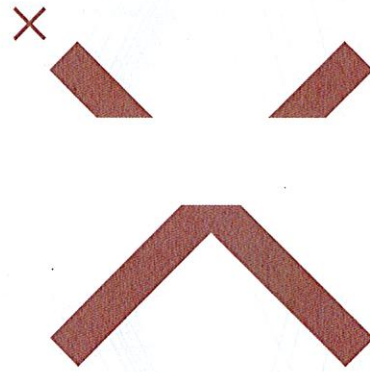


CONFORT ACOUSTIQUE

AFIN DE PRENDRE EN COMPTE LA SENSIBILITÉ AUX BRUITS, UNE ATTENTION PARTICULIÈRE DOIT ÊTRE PORTÉE À L'INSONORISATION EFFICACE DE L'HABITAT ET DE L'ESPACE COLLECTIF LE CAS ÉCHÉANT, AINSI QU'À L'AFFAIBLISSEMENT ACOUSTIQUE (ISOLATION ACOUSTIQUE DES ESPACES ET ISOLATION PHONIQUE DES FENÊTRES).

BRUITS EXTÉRIEURS
→ Éviter, dans la mesure du possible, de choisir un site trop bruyant (près d'une autoroute, une voie ferrée, etc.) ;
→ Éviter, dans la mesure du possible, de placer les parkings en dessous des fenêtres des chambres ;
→ Veiller à la performance du complexe de façade et des menuiseries extérieures ;
→ Toutes les fenêtres doivent être à double vitrage (avec isolation phonique).

BRUITS INTÉRIEURS À L'IMMEUBLE
LA TRANSMISSION DES BRUITS D'IMPACT ENTRE NIVEAUX, DES BRUITS AÉRIENS ENTRE VOISINS ET DES BRUITS D'ÉQUIPEMENTS (MACHINERIES D'ASCENSEUR, ÉQUIPEMENTS D'AÉRATION/VENTILATION...) DEVONT FAIRE L'OBJET D'UN TRAITEMENT SOIGNÉ.
Il est ainsi recommandé :
→ de choisir, dans la mesure du possible, un système de ventilation insonorisé ;
→ de traiter les sols par revêtement souple, le cas échéant sur sous-couche acoustique ;
→ d'éviter l'adossement des circulations verticales aux logements et à fortiori au droit des chambres de ces logements ;
→ d'éviter de juxtaposer pièce à vivre ou salle d'eau d'un logement et chambre du logement voisin.





CONFORT ACOUSTIQUE

ENTRE LES PIÈCES D'UN MÊME LOGEMENT

Il est recommandé :
→ de prévoir un système de purge du chauffage central afin d'éliminer les bruits de tuyauterie ;
→ de choisir pour les sanitaires une robinetterie de qualité et avec laquelle les joints soient faciles à changer ;
→ de mettre systématiquement des butées derrière les portes et un dispositif fixe d'insonorisation des portes qui claquent (pastilles en caoutchouc par exemple) ;
→ d'insonoriser les chambres, avec par exemple de grands placards ou les toilettes privatifs juste après la porte d'entrée ;
→ d'insonoriser les cloisons entre les chambres ;
→ d'insonoriser les lieux et pièces de vie ;
→ d'insonoriser les endroits où fonctionnent des machines à laver ou des équipements bruyants ;
→ de construire les bâtiments de telle sorte qu'ils soient suffisamment frais en été pour pouvoir se passer d'une climatisation.



CONFORT VISUEL

AFIN DE PRENDRE EN COMPTE LA SENSIBILITÉ À LA LUMIÈRE, IL S'AGIRA DE PRIVILÉGIER LA LUMIÈRE NATURELLE À LA LUMIÈRE ARTIFICIELLE (POUR DES QUESTIONS DE CONFORT, DE DÉVELOPPEMENT DURABLE, D'ÉCONOMIE).

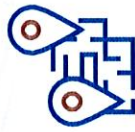
On veillera, en effet, à limiter les surfaces de vitrage aux besoins réglementaires de facteur de lumière du jour, pour éviter le recours durable aux occultations afin de limiter les fortes lumières et l'éblouissement / ensoleillement direct ou indirect, caractéristiques des troubles sensoriels liés à l'autisme. Les menuiseries extérieures seront équipées dans la mesure du possible de volets roulants à commandes manuelles (électriques pour les baies L > 180 cm). En matière d'éclairage artificiel, les circuits principaux d'éclairage plafonnier de la pièce à vivre et des chambres pourront être équipés de circuits à gradation, permettant de disposer d'un éclairage à intensité variable. De manière générale, la vue directe sur les sources lumineuses, de même que les phénomènes de réflexion lumineuse parasite, devront être traités. Il s'agira ainsi de recourir à de l'éclairage indirect, ou à des luminaires équipés de déflecteurs ou filtres opaques ; de privilégier les finitions mates des surfaces au sol (en cas de carrelage), en cloisons (faïence, peinture, crédençe...), des équipements (portes palières de cabine d'ascenseur). Les motifs (à pois, mouchetés, pointillés, rayés...) seront également à éviter au profit de surfaces décoratives unies.
Il est ainsi recommandé :
→ de privilégier le recours à la lumière naturelle ;
→ d'avoir recours à un éclairage indirect (appliques solides par exemple) plutôt que plafonniers ;
→ d'éviter les grandes baies vitrées et de privilégier des vitrages qui ne descendent pas jusqu'au sol ;
→ d'éviter tout dispositif instable : néon, fluorescence, etc. ;
→ d'utiliser des variateurs d'intensité solides dans les chambres et pièces de vie ;
→ d'atténuer les couleurs et éclairages, et utiliser des peintures lessivables ;
→ d'utiliser, dans la mesure du possible des volets roulants avec possibilité d'avoir au choix une obscurité complète ou une lumière du jour filtrée.
De façon générale, qu'il s'agisse des revêtements des sols, des murs ou des équipements (faïence de cuisine et salle de bain, crédençe...), il convient de ne pas utiliser de revêtements brillants qui pourraient générer des reflets, choisir des teintes mates et limiter les transparences.



REPÉRAGE DANS LE TEMPS ET DANS L'ESPACE

LE RECOURS À DES DISPOSITIFS DE REPÉRAGES VISUELS PEUT-ÊTRE ENVISAGÉ.

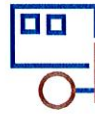
Il est ainsi recommandé :
→ d'utiliser des pictogrammes en complément de la signalisation des fonctions, en vue de faciliter le repérage dans l'espace ;
→ de prévoir un code unique indiquant le passage de l'intérieur vers l'extérieur. Par exemple, les faces intérieures des portes qui donnent sur le dehors du lieu devront être, vues du dedans d'un lieu, toutes de la même couleur. « La face intérieure de la porte de ma chambre est verte, elle donne sur le salon. Quand je suis au salon, toutes les portes sont de couleurs différentes, mais la porte verte est celle qui donne sur le couloir, en bas de l'escalier la porte verte est celle qui donne sur la cour » ;
→ d'utiliser le sens des lattes pour bien marquer le sens de circulation ; si des planchers sont prévus sur les sols ;
→ d'utiliser une variation générale et programmée de l'intensité lumineuse des lieux de vie pour indiquer des changements de rythme de vie ;
→ d'utiliser une variation générale et programmée de l'intensité lumineuse des chambres comme réveil.



ESPACES PRIVATIFS ET CAS DE LA COLOCATION

DANS LE CAS DES COLOCATIONS, LES CHAMBRES SONT INDIVIDUELLES AINSI QUE LES SALLES DE BAIN ET WC. CHAQUE PORTE DE CHAMBRE DOIT POUVOIR FERMER À CLÉ.

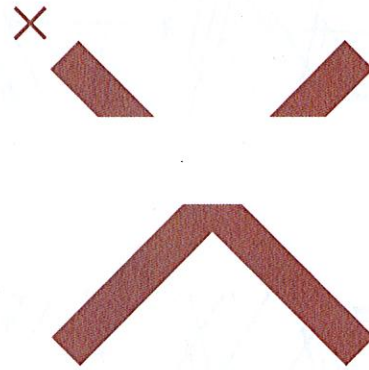
Les chambres doivent être personnalisables (ameublement personnalisé ...).
Les salles de bain doivent permettre la présence d'un professionnel (aidants) le cas échéant, et la taille des WC devra se référer aux normes de superficie des toilettes pour personnes en situation de handicap moteur.
Il est également recommandé :
→ de prévoir des portes de douche battantes (les rideaux étant peu adaptés) ;
→ d'éviter de placer la baignoire au milieu de la salle de bain.



AMÉNAGEMENT DES ESPACES EXTÉRIEURS LE CAS ÉCHÉANT

POUR LES LOGEMENTS BÉNÉFICIAANT D'ESPACES EXTÉRIEURS, L'AMÉNAGEMENT DEVRA FAVORISER UNE AMBIANCE CHALEUREUSE DANS LA MESURE DU POSSIBLE :

→ privilégier la forme de loggia, plutôt que le balcon, avec le garde-corps plein sur au minimum 60 cm de hauteur rehaussé de lisses à hauteur réglementaire ;
→ prévoir des séparations de vue (opagues) entre les balcons dès lors qu'ils concernent des appartements différents.





ÉLÉMENTS BIBLIOGRAPHIQUES

CONSTITUÉS DE LA BIBLIOGRAPHIE SUR L'AMÉNAGEMENT ARCHITECTURAL ET LES TROUBLES DU SPECTRE DE L'AUTISME DU CENTRE DE RESSOURCES AUTISME LANGUEDOC ROUSSILLON ET DE LA BIBLIOGRAPHIE ARCHITECTURE ET AUTISME DU CENTRE DE RESSOURCES AUTISME ÎLE-DE-FRANCE.

RAPPORTS

ARS IDF, « Annexe au cahier des charges, ESMS pour personnes avec autisme et TED », 2013
AZEMA Bernard, MARABET Bénédicte, LIONNET Pierre, CADENEL Annie, L'habitat des personnes avec TED : du chez soi au vivre ensemble, ANCREAL, Paris, septembre 2011, 168 p. creai-nouvelleaquitaine.org/wp-content/uploads/2014/12/2011_10_01Etude_habitat_pers_TED.pdf
CREAI Rhône Alpes – Conseil général de l'Isère, Référentiel départemental de bonnes pratiques pour l'accueil des personnes adultes atteintes d'autisme, 2005 www.isere.fr/Deliberations/CP/2005/308F4.pdf
Harmonie Habitat – Autisme Ouest 44 – atisPHALENE, Cahier des charges et cahier des prescriptions techniques détaillées du programme de logements mixtes logements familiaux et logements adaptés pour jeunes adultes avec autisme, octobre 2017

OUVRAGES

CHOSSY Jean-François, Architecture, école, emploi : vers un nouvel âge du handicap, 2 ^{es} rencontres parlementaires pour les personnes handicapées, Agora Europe, 2007, 146 p.
CHARLOT Jean-Luc, Le pari de l'habitat : vers une société plus inclusive avec et pour les personnes en situation de handicap, L'Harmattan, 2016, 136 p.



ÉLÉMENTS BIBLIOGRAPHIQUES

GUIDES

AHRENTZEN Sherry, STEELE Kimberly, <i>Advancing full spectrum housing: designing for adults with autism spectrum disorders</i> , Arizona State University, 2009, 30 p. sustainability.asu.edu/stardust/project-archive/advancing-full-spectrum-housing/
BELLUSO Perrine, HAEGELE Marie, HARNIST Karol, KATHREIN Corinne, MASSIAS-ZEDER Aurore, <i>Autisme et sensorialité. Guide pédagogique et technique pour l'aménagement de l'espace</i> , CH Rouffach, CRA Alsace, Association Adèle de Glaubitz, 2017 cra-alsace.fr/wp-content/uploads/2018/02/AUTISME_v_interactif_2018.pdf
BRAND Andrew, GAUDION, Katie, <i>Exploring Sensory Preferences. Living Environments for Adults with Autism</i> , Helen Hamlyn Centre, Londres, 2012, 44 p. tinyurl.com/yaj85ke171
BRAND Andrew, <i>Living in the Community: Housing Design for Adults with Autism</i> , Helen Hamlyn Centre, Londres, 2010, 48 p. tinyurl.com/yaj128fi
FEGAPEI, <i>Solutions d'accompagnement pour les personnes adultes avec autisme et autres TED</i> , Paris, 2013, 184 p. www.atiredaile.org/wp-content/uploads/2013/07/iguide_autisme_vi_02_sans_page_blanche.pdf
ULI – Urban Land Institute, SAARC – Southwest Autism Research and Resource Center, Arizona State University, <i>Opening doors: A discussion of residential options for adults living with autism and related disorders</i> , 2009, 98 p. www.autismcenter.org/sites/default/files/files/openingdoors_print_042610_001.pdf
UNAPEI – Union nationale des associations de parents et amis de personnes handicapées mentales, <i>Guide pratique de l'accessibilité : Pour vous accompagner dans vos démarches en matière d'accessibilité en faveur des personnes en situation de handicap mental</i> , Paris, 2010, 67 p. www.unapei.org/wp-content/uploads/2018/11/GuideAccess.pdf
UNAPEI – Union nationale des associations de parents et amis de personnes handicapées mentales, <i>Guide pratique de la signalétique et des pictogrammes</i> , Paris, 2012, 60 p. www.unapei.org/wp-content/uploads/2018/11/GuideSignal%C3%81tiquePictogrammes.pdf



ÉLÉMENTS BIBLIOGRAPHIQUES

ARTICLES	
ANOUS Inas Hosny Ibrahim, « The impact of Interior Design in educational spaces for children with Autism », <i>American International Journal of Research in Humanities, Arts and Social Sciences</i> , 10 (1), Mars-Mai 2015, pp. 90-101. iasir.net/AIJRHASpapers/AIJRHASST5-329.pdf	
« Architecture sensory-friendly : qu'est-ce que c'est ? », <i>Blog Hoptoys</i> , 22 mai 2019 www.bloghoptoys.fr/architecture-sensory-friendly-quest-ce-que-cest	
BEAVER Christopher, « Designing environments for children and adults with ASD », <i>GA architects</i> , 2006 tinyurl.com/j8xxksw8	
BUSSON François, « 10 ans de recherche en autisme ! Fruit d'une collaboration adultes accueillis, familles, chercheurs et Adret - 2 ^e partie, le colporteur », <i>CREAHI Champagne-Ardenne</i> , 2007, 531 p.	
CCC - Centre de communication concrète, « Autisme : vivre dans un environnement d'innombrables stimulations (partie 1) », <i>Bulletin électronique du CCC</i> , octobre 2014, pp. 5-8 www.autismecentraal.be/docs/Bulletin_electronique/bulletin_electronique_octobre_2014%281%29.pdf	
CHARRAS K. et al, « L'enfance et l'adolescence in situ : facteurs environnementaux facilitateurs et inhibiteurs de troubles cognitifs et comportementaux », <i>Pratiques psychologiques</i> , volume 18, issue 4, décembre 2012, pp. 353-372	
COURTEIX Stéphan, « Troubles envahissants du développement et rapports à l'espace », <i>Laboratoire d'Analyse des Formes - École nationale supérieure d'architecture de Lyon</i> , Lyon, septembre 2009, 35 p. docplayer.fr/24526260-Troubles-envahissants-du-developpement-et-rapports-a-l-espace.html	
COURTEIX Stéphan, « Conduire un projet architecture en psychiatrie », <i>Encyclopédie Médico-chirurgicale</i> , Éditions scientifiques et médicales Elsevier - Masson, n° 37-876-A-80, p. 11	
CUXART Francesc, DEGENNE-RICHARD Claire, « L'apprentissage structuré de l'autonomie personnelle », <i>Bulletin scientifique de l'ARAPI</i> , juillet 2014, n° 33, pp. 5-8	



ÉLÉMENTS BIBLIOGRAPHIQUES

ARTICLES	
DEFAWE Jean-Philippe, « Un centre pour autistes guidé par une recherche d'harmonie », <i>Le Moniteur</i> , juillet 2010, 3 p.	
GAUDION Katie, MCGINLEY Chris, <i>Green Spaces. Outdoor Environments for Adults with Autism</i> , Helen Hamlyn Centre, Londres, 2012, 48 p. www.researchgate.net/publication/256547367_Green_Spaces_Outdoor_Environments_for_Adults_with_Autism	
GAUDION Katie, <i>Designing Everyday Activities. Living Environments for Adults with Autism</i> , Helen Hamlyn Centre, Londres, 2013, 48 p. www.researchgate.net/publication/256578097_Designing_Everyday_Activities_Living_Environments_for_Adults_with_Autism	
HUMPHREYS Simon, « Architecture et autisme », <i>Link Autisme Europe</i> , n° 55, juin 2011, pp. 9-13 www.autismeurope.org/wp-content/uploads/2017/09/Link-AUTISM-55-FR7low2_NSreviewed_BATa-corriger.pdf	
HUS Jean-Michel, « Autisme et architecture : le Centre Expertise Autisme Adultes... une expérience singulière ! », <i>Bulletin scientifique de l'ARAPI</i> , juillet 2013, n° 31, pp. 16-21	
Infrautisme asbl, <i>/habite dans ma maison, Étude pour un accueil de personnes adultes avec un handicap mental dans des petites structures de vie</i> , avril 2008, 87 p. www.infrautisme.be/01qui/Rapport_J_habite_dans_ma_maison_VF3.pdf	
KINNAER M., BAUMERS S., & HEYLIGHEN A., « Autism-friendly architecture from the outside in and the inside out: An explorative study based on autobiographies of autistic people », <i>Journal of Housing and the Built Environment</i> , 2015 www.researchgate.net/profile/Ann_Heylighen/publication/275889888_Autism-friendly_architecture_from_the_outside_in_and_the_inside_out_An_explorative_study_based_on_autobiographies_of_autistic_people/links/554c84fab0c72ed2135baf35.pdf	
« La conception architecturale » In <i>Référentiel départemental de bonnes pratiques pour l'accueil des personnes adultes atteintes d'autisme</i> , CREA Rhône-Alpes, mai 2005, pp. 30-31 www.isere.fr/Deliberations/CP/2005/S08F4.pdf	



ÉLÉMENTS BIBLIOGRAPHIQUES

ARTICLES

- Les Cahiers de l'Actif, n° 414-415, novembre-décembre 2010 : « Dossier : Cadre architectural, environnement et qualité de vie »
- Au sommaire :
- Le projet de vie au cœur de l'établissement : habiter ou être hébergé ? Michel Billé, sociologue (pp. 9-34)
 - Pour vivre les lieux : l'architecture au service du projet d'établissement. Olivier Le Loët, architecte DPLG-programmiste, Gilles Teissonnières, ethnologue, responsable de formation de l'Andesi (pp. 37-58)
 - Une meilleure accessibilité pour tous... même pour les plus dépendants ? Les revers de l'application de la loi de 2005. Stephan Courteix, architecte et docteur en psychologie clinique (pp. 59-72)
 - Espace de vie, espace de travail. Comment cohabitent ces deux espaces dans l'institution dans laquelle vous exercez ? Nelly Allétru, formatrice à l'IRTS de Tours (pp. 73-90)
 - L'articulation entre « chez-soi » et espace collectif interne. Catherine Ghidaoui, Directrice, Foyers d'Hébergement et Sacat de l'Association Sésame autisme 44 (pp. 91-110)
 - Handicap mental et urbanité : à propos d'un projet d'habitat dans un quartier en rénovation. Dorothée Lesaffre, architecte, Handicap et urbanité, Didier Lesaffre, dirigeant de MetaProjet (pp. 111-126)
 - Variation architecturale dans le champ du médico-social. Jean Servagent, architecte DPLG docteur en géographie urbaine (pp. 127-140)
 - Du spécifique au générique : conception et usage des unités de vie accueillant des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer. Colette Eynard, consultante en gérontologie, ARCO, Kevin Charras, psychologue, Fondation Médéric Alzheimer (pp. 143-156)
 - Le concept architectural : réalisation d'un programme architectural dans la construction, l'extension ou la rénovation d'un établissement médico-social. Michel Agassé, président d'un groupe Ehpad « Les Maisonnées » (pp. 157-176)
 - Architecture et exclusion. Olivier Marguery, directeur de programmes, secteur de l'exclusion sociale, Fondation de l'Armée du Salut (p. 179-196)



ÉLÉMENTS BIBLIOGRAPHIQUES

ARTICLES

- LOWE C., GAUDION K., MCGINLEY C., KEW A., « Designing living environments with adults with autism », *Tizard Learning Disability Review*, Vol. 19, Iss 2, 2014, pp. 63-72
www.researchgate.net/publication/275317748_Designing_living_environments_with_adults_with_autism
- MOSTAFA Magda, « An architecture for autism: concepts of design intervention for the autistic user », *International Journal of Architectural Research*, vol 2, n° 1, mars 2008, pp. 189-211
www.researchgate.net/publication/26503573_An_An_Architecture_for_Autism_Concepts_of_Design_Intervention_for_the_Autistic_User
- RECORDON GABORIAUD Séverine, « Réflexions sur les qualités sensorielles nécessaires à un habitat adapté pour les personnes avec autisme vivant en internat », *Le Bulletin scientifique de l'ARAPI*, 2009, n° 23, pp. 46-50.
- SADOUN Patrick, « Réflexions sur l'architecture des établissements », *Sesame*, octobre 2006, n° 160, pp. 13-15
- SALIGNAT Maud, « Architecture collaborative », *Vivre ensemble*, novembre 2009, n° 97, pp. 24-25
- SCOTT Iain, « Designing learning spaces for children on the autism spectrum », *Gap*, vol.10, n° 1, 2009
www.aetraininghubs.org.uk/wp-content/uploads/2012/05/37.3-Scott-article-4-designs.pdf
- WHITEHURST Teresa, « The impact of building design on children with autistic spectrum disorders », *Good Autism Practice (GAP)*, mai 2006, 7(1), pp. 31-38
issuu.com/gaarchitects4/docs/02_teresa-whitehurst-impact-of-buil



ÉLÉMENTS BIBLIOGRAPHIQUES

MÉMOIRES ET THÈSES

BEVERLY Jean Wilson, <i>Sensory Gardens For Children With Autism Spectrum Disorders</i> , thesis submitted to the faculty of the school of landscape Architecture, University of Arizona, 2006 repository.arizona.edu/handle/10150/193299
BLAIS Irini, <i>L'environnement intérieur et l'autisme : un centre de jour pour adultes</i> , mémoire de maîtrise ès sciences appliquées en aménagement option Design et complexité, Faculté de l'aménagement, Montréal, 2016, 306 p.
BRUNET Marine, <i>Maison d'hébergement et d'éducation pour enfants autistes. Réflexion sur la place des établissements spécialisés pour handicapés dans la ville et la création d'espaces adaptés pour une population aux besoins spécifiques</i> , mémoire de diplôme d'architecte, Strasbourg, 2013, 105 p.
CHARRAS Kévin, <i>Environnement et santé mentale : conceptions psycho-environnementales de la maladie d'Alzheimer et de l'autisme pour une prise en charge adaptée</i> , Éditions universitaires européennes, 2009, 384 p.
COUQUET Zélia, <i>Autismes et bienveillance architecturale : archétype de l'atypie exacerbant le pouvoir de l'architecture</i> , mémoire de post-master Recherches en architecture, École nationale d'architecture de Paris-La Villette, Paris, 2015, 73 p. tel.archives-ouvertes.fr/tel-01691650
COURTEIX Stéphan, <i>Les Maisons d'accueil spécialisées, architecture et représentations d'un lieu utopique de la réparation</i> , thèse de doctorat en psychopathologie et psychologie clinique, Université Lyon 2, C.R.P.C., Lyon, 2001, 620 p. theses.univ-lyon2.fr/documents/lyon2/2001/courteix_s#p=0&a=top
DEMILLY Estelle, <i>Autisme et architecture : relations entre les formes architecturales et l'état clinique des patients</i> , thèse Architecture, Université Lumière – Lyon 2, Lyon, 2014, 313 p. theses.univ-lyon2.fr/documents/lyon2/2014/demilly_e.pdf
FLEURENTIDIER Nicolas, <i>L'autisme : une priorité de santé publique au point de jonction du sanitaire et du médico-social</i> , projet d'une structure dédiée aux adultes autistes au centre hospitalier Guillaume-Régner, EHESP, Rennes, 2011, 97 p. bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&id=453626



ÉLÉMENTS BIBLIOGRAPHIQUES

MÉMOIRES ET THÈSES

GOYEAU Florence, <i>Architecture et autisme</i> , mémoire pour le diplôme inter-universitaire Autisme, Université Toulouse 2 – Le Mirail, Toulouse, 2008, 45 p.
JACQUES Christelle, <i>Épanouissement sensoriel : la diversité architecturale du milieu de garde inclusif intégrant des enfants atteints de troubles envahissants du développement</i> , projet en vue de l'obtention du grade de M. Arch Laval, École d'architecture/Université de Laval, 2013, 71 p. www.autisme.qc.ca/assets/files/07-boite-outils/Intervention-education/architecture-jacquesChristelle_2013.pdf
LEESTMA David Paul, <i>Designing For The Spectrum: An Educational Model for the Autistic User</i> , Masters of Architecture, 2015, 154 p. tinyurl.com/yblzrout
LONGUEPÉE Lucie, <i>Autisme et architecture : l'exploration des troubles du spectre autistique en relation avec les paramètres architecturaux de leurs lieux de vie</i> , École doctorale ingénierie pour la santé, la cognition et l'environnement (EDISCE), Grenoble, 2015, 440 p. tel.archives-ouvertes.fr/tel-01691650
PEROCHEAU Nathalie, <i>Architecture et autisme ou projet architectural et projet de soin</i> , mémoire de master 2 Psychologie, Université Toulouse 2 – Le Mirail, Toulouse, 2007, 115 p.
ROVER D., <i>Le traitement de l'espace chez la personne autiste : sa prise en compte au sein d'un IME accueillant enfants et adolescents atteints d'autisme et troubles apparentés</i> , Universités Bordeaux II – Montpellier I – Toulouse III – Faculté de médecine de Bordeaux, 2008, 56 p.
TISSEYRE Laurent, <i>Une architecture pour des enfants différents</i> , travail personnel de fin d'études, 2000, 90 p.
TOLISSO Marie-Chantal, <i>Manager un IME dans une phase de reconstruction du bâti</i> , Rennes EHESP, 2007, 80 p. documentation.ahesp.fr/memoires/2007/cafdes/tolisso.pdf



ÉLÉMENTS BIBLIOGRAPHIQUES

EXEMPLES DE PROJETS	
« Architecture for Autism » : architecture-for-autism.org	
« Autism Architects : cabinet d'architectes britanniques intervenant dans l'aménagement et la construction de bâtiments et de résidences pour les personnes avec autisme ». Plusieurs présentations téléchargeables dans la rubrique « Seminars et conferences » : www.autism-architects.com	
BROOKS Tamara, « Designing learning environments for children with autism », Sunfield, 2009 eprints.worc.ac.uk/623/1/Seminar_Presentation_Tamara_Brooks.ppt	
Fondation Autisme Luxembourg, « L'architecture au service des personnes ayant de l'autisme », 2012 www.handiplanet-echanges.info/Members/fond--autisme--lux_460/larchitecture-au-service-des-personnes-ayant-de-fr	
Handicap Anjou, « Un jardin sensoriel pour autistes », en Anjou ISRAA. Le projet HabITED : l'intégration par l'habitat en milieu ordinaire www.handicap-anjou.fr/wp-content/uploads/2013/10/dossier-presse-jardin-sensoriel-pour-autistes.pdf	
NEGRONI Emmanuel, L'éveil du scarabée : une aventure architecturale au service de la personne autiste, Negroni Archivision, [s.d.] Paris, 63 p. www.autisme13.fr/wp-content/uploads/2016/01/autisme-l-eveil-du-scarabee.pdf	
« L'autisme autrement : Centre d'accueil de jour », Médréac, Ille-et-Vilaine, Écologik, n° 11, octobre-novembre 2009, pp. 108-116	
Sika France, Végétalisation extensive : Foyer d'accueil médicalisé pour personnes autistes (59 - ORCHIES) fra.sika.com/content/france/main/fr/solutions_products/construction-markets/toitures/top-references/foyer-d-accueil-medicalise.html	



ÉLÉMENTS BIBLIOGRAPHIQUES

EXEMPLES DE PROJETS	
Agence CREBOBOIS : mobilier adapté creobois.fr/?gclid=CjwKCAjw2f28R8pEiWA31VZjyT_4Pq3-31zHg-Hb9sbNXcmIerfrd998mUVVj8IH3Qh1d1k3wngBoCS4wQAvD_BwE	
ANDIBO : espaces de vie et mobiliers adaptés www.andibo.org	



une stratégie . cinq engagements . 101 mesures

engagement 4 : soutenir la pleine citoyenneté des adultes

handicap.gouv.fr

#Changeonsladonne

[Édition – La déléguée ministérielle autisme et troubles du neuro-développement, Claire Compagnon, en lien avec Jacqueline Gourault, ministre de la Cohésion des territoires et des Relations avec les collectivités territoriales, Julien Denormandie, ministre auprès de la ministre de la Cohésion des territoires et des Relations avec les collectivités territoriales, chargé de la ville et du logement, et Sophie Cluzel, secrétaire d'État auprès du Premier ministre, chargée des personnes handicapées.]

Maquette : Dicom/Parimage • Juin 2020