

Appel à projet
Pour la création de 35 places de SAMSAH d'intervention pour
l'accompagnement des personnes adultes en situation de
handicap psychique intégrant des places spécialisées dans
l'intervention précoce

CAHIER DES CHARGES

Autorités responsables de l'appel à projet :

Le Président du Conseil Départemental des Landes
Hôtel du Département – 23 rue Victor Hugo – 40000 MONT DE MARSAN

Le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine
Espace Rodesse – 103 bis, rue Belleville – CS 91704 - 33063 BORDEAUX cedex

Date de publication de l'avis d'appel à projet : 30 septembre 2019

Date limite de dépôt des candidatures : 15 novembre 2019

Pour toute question :

ARS : Délégation Départementale des Landes
Pôle Animation Territoriale Parcours
9 avenue Antoine Dufau
40011 MONT DE MARSAN CEDEX
Courriel : ars-dd40-pole-territorial-parcours@ars.sante.fr
☎ 05.58.46.63.66

Conseil Départemental des Landes
Direction de la Solidarité Départementale
Pôle Handicap et Animation
23 rue Victor Hugo
40000 MONT DE MARSAN
(A l'attention de Madame PAUCO)
Courriel : etablissements@landes.fr
☎ 05.58. 05.40.40

Contenu

1. CONTEXTE DU PROJET	4
1.1. Eléments de contexte pour le département	4
1.2. Définition des besoins à satisfaire pour le département des Landes	5
1.3. Cadre juridique	5
2. ELEMENTS DE CADRAGE DU PROJET	7
2.1. Définitions et missions	7
2.1.1. Définition du handicap psychique	7
2.1.2. Concepts clés	7
2.1.3. Missions et objectifs d'un SAMSAH.....	9
2.2. Population accueillie	10
2.3. Zone d'intervention.....	11
2.4. Volume de places	11
2.5. Prestations à mettre en œuvre	11
2.6. Délais de mise en œuvre	12
2.7. Démarche d'amélioration de la qualité et outils issus de la loi n° 2002-2.....	12
3. STRATEGIE, GOUVERNANCE ET PILOTAGE DU PROJET	13
3.1. Environnements et partenariats.....	13
4. ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL PROPOSE	14
4.1. Amplitude d'ouverture	14
4.2. Processus d'admission.....	15
4.3. Modalités d'accompagnement.....	15
4.4. Durée de l'accompagnement	17
4.5. Fréquence de l'accompagnement	17
4.6. Fin de l'accompagnement	17
5. MOYENS HUMAINS, MATERIELS ET FINANCIERS	18
5.1. Personnels et attendus en matière d'organisation de travail	18
5.2. Organisation du travail auprès du public	19
5.3. Locaux et situation géographique	20
5.4. Exigences financières.....	20
5.4.1. Les dépenses d'investissement	20
5.4.2. Les dépenses de fonctionnement	21
5.4.3. Les modalités de versement.....	21
6. LES PROJETS INNOVANTS	21

7. LES CANDIDATURES 22

7.1. Modalités de dépôt du dossier de candidature 22

7.2. Contenu du dossier de candidature 23

7.3. Le processus de sélection - 25

ANNEXE 27

Document 1 : Grille de cotation des projets 27

1. CONTEXTE DU PROJET

1.1. Eléments de contexte pour le département

Cet appel à projet fait suite aux priorités définies par le Département des Landes (40) et l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine. Les orientations générales en matière de planification et de programmation sont issues du schéma départemental en faveur des personnes adultes handicapées du Département des Landes 2016 - 2022, du Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) 2017 – 2021 et du Schéma Régional de Santé Nouvelle-Aquitaine 2018-2023 (SRS).

Le schéma régional de santé, désormais unique, est établi pour 5 ans, sur la base d'une évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Il détermine pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, y compris en matière de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social, des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels. Il fusionne les Schémas d'Organisation des Soins (SROS) et les Schémas Régionaux d'Organisation Médico-Sociale (SROMS). Il traduit donc l'ambition de la politique régionale de santé, et de renforcement de la coordination des politiques publiques ayant un lien direct ou indirect avec la santé : partenariats avec les services de l'Etat, les organismes de protection sociale et les collectivités territoriales. L'objectif principal est d'adapter la prise en charge aux besoins des personnes en tant que citoyen, quel que soit le professionnel de santé sollicité, et que les différents acteurs puissent se coordonner afin d'apporter une réponse globale et non cloisonnée.

Dans le cadre du Schéma Régional de Santé 2018-2023, l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine a défini trois grands axes stratégiques :

1. Renforcer l'action sur les déterminants de santé pour prévenir les atteintes évitables à la santé ;
2. Organiser un système de santé de qualité, accessible à tous dans une logique de parcours de santé ;
3. Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge.

Ce présent appel à projet s'inscrit dans l'axe 2 (2.1.5 et 2.2.2) du SRS Nouvelle-Aquitaine et répond plus particulièrement aux objectifs suivants :

- ⇒ Renforcer les prises en charge ambulatoires, à domicile et amplifier le virage inclusif ;
- ⇒ Poursuivre la transformation de l'offre de soins et médico-sociale en garantissant la gradation et la complémentarité des structures ;
- ⇒ Définir, mettre en œuvre et accompagner une organisation de la santé en parcours.

Par ailleurs, cet appel à projet répond aux orientations définies par le Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), outil de programmation de l'offre médico-sociale. Il détermine les priorités régionales de financement des créations, extensions et transformations de places d'établissements et de services médico-sociaux à destination des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Il prévoit les opérations et leur financement pour les quatre années à venir.

Les grandes priorités du PRIAC Nouvelle-Aquitaine 2017-2021 sont notamment :

- ⇒ Le développement de l'accès et du maintien en lieu de vie ordinaire des personnes en situation de handicap, et notamment le développement d'une offre résolument inclusive et ambulatoire ;

- ⇒ Le renforcement d'une offre de qualité et adaptée en faveur de certaines situations telles que les personnes avec trouble du spectre de l'autisme, en situation de polyhandicap ou de handicap psychique ;

En outre, l'ARS Nouvelle-Aquitaine, le Conseil Départemental des Landes (40) et la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) des Landes (40) sont pleinement engagés dans le déploiement de la démarche une « Réponse accompagnée pour tous » afin de proposer une réponse individualisée à chaque personne en situation de handicap le nécessitant. Cette démarche implique la mise en mouvement de l'ensemble des acteurs afin qu'ils s'organisent et se coordonnent pour construire, de façon collaborative, avec les personnes ou leur familles, des solutions d'accompagnement adaptées aux besoins des personnes et dans une visée résolument inclusive.

Le présent appel à candidature vise la création de 35 places de SAMSAH d'intervention pour l'accompagnement de personnes adultes, âgées de 18 à 30 ans, en situation de handicap psychique, sur le département des Landes (40). Ces places « d'intervention précoce » devront permettre un accompagnement médico-social à des jeunes adultes atteints de troubles psychiques émergents (cf. concepts clés ci-après).

1.2. Définition des besoins à satisfaire pour le département des Landes

Le département des Landes (40) est un des moins bien équipés dans la région avec des taux en services et en établissements médico-sociaux inférieur au taux régional : pour 1 000 habitants âgés de moins de 30 ans : 5 vs 7,9 (cf. CNSA).

Les Landes ne disposent aujourd'hui d'aucune place de SAMSAH pour des personnes adultes handicapées psychiques.

1.3. Cadre juridique

Dispositions légales et réglementaires

- ✓ La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (article L.311-4 du CASF) ;
- ✓ La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 « pour l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » ainsi que leurs textes d'application ;
- ✓ La Loi 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs ;
- ✓ La loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement ;
- ✓ La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 ;
- ✓ Le décret n°2005-118 du 10 février 2005 relatif aux modalités de médicalisation et de tarification des prestations de soins remboursables aux assurés sociaux dans les établissements mentionnés au II de l'article L.313-12 du CASF ;
- ✓ Le décret n° 2005-223 du 11 mars 2005, relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés ;

- ✓ Le décret n°2005-1135 du 7 septembre 2005 portant codification de certaines dispositions relatives à l'action sociale et médico-sociale et modifiant le code de l'action sociale et des familles (articles D.312-155 à 161 du CASF) ;
- ✓ Le décret n° 2009-322 du 20 mars 2009 relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie, codifié sous les articles D. 344-5-1 et D. 344-5-16 du Code de l'action sociale et des familles ;
- ✓ Le décret n°2010-344 du 31 mars 2010 tirant les conséquences, au niveau réglementaire, de l'intervention de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (article R.314-1 et suivants du CASF) ;
- ✓ Le décret n°2010-1731 du 30 décembre 2010 (articles D.311 et suivants du CASF) ;
- ✓ Le décret du 9 mai 2017 relatif à la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques ;
- ✓ Le Projet Régional de Santé Nouvelle-Aquitaine et le Schéma Régional de Santé 2018-2023 ;
- ✓ Le Programme Interdépartemental d'Accompagnement des Handicaps et de la Perte d'Autonomie (PRIAC) 2017-2021 ;
- ✓ Le schéma départemental en faveur des personnes adultes handicapées du Département des Landes 2016 - 2022 ;

Documents de référence

- ✓ Rapport « zéro sans solution », Denis PIVETEAU, Ministère des affaires sociales et de la santé, juin 2014 ;
- ✓ La démarche « Une réponse accompagnée pour tous » ;
- ✓ Rapport relatif à la santé mentale de Michel LAFORCADE, octobre 2016 ;
- ✓ Recommandations de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), et Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) et plus particulièrement :
 - ⇒ Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM, mai 2017) ;
 - ⇒ Qualité de vie : handicap, les problèmes somatiques et les phénomènes douloureux (guide de l'ANESM, avril 2017) ;
- ✓ **Loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et son article 69 ;**
- ✓ **Stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale : volet handicap psychique.**

La procédure d'appel à projet est régie par les textes suivants :

- ✓ 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 (article L.313-1-1 et articles R.313-1 à 10 du CASF) ;
- ✓ Arrêté du 30 août 2010 relatif au contenu minimal de l'état descriptif des principales caractéristiques d'un projet déposé dans le cadre de la procédure d'appel à projets mentionnée à l'article L.313-1-1 et R.313-4-3 du CASF ;
- ✓ Décret n°2014-565 du 30 mai 2014 modifiant 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 ;

- ✓ Décret n°2016-801 du 15 juin 2016 modifiant la procédure d'appel à projets et d'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles.

2. ELEMENTS DE CADRAGE DU PROJET

2.1. Définitions et missions

2.1.1. Définition du handicap psychique

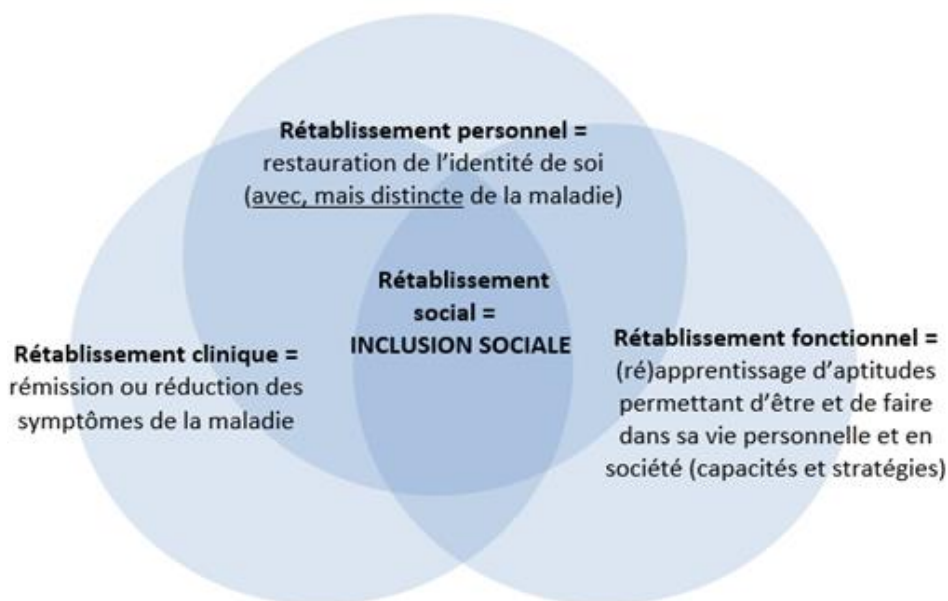
La loi du 11 février 2005 définit le handicap de la manière suivante : «*constitue un handicap toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ». Pour la première fois, la loi reconnaît l'altération de certaines capacités individuelles, induite par des troubles psychiques importants et persistants, comme représentant un handicap psychique. Il y a dès lors droit à compensation, c'est-à-dire que la société doit apporter à chaque personne des réponses ciblées à l'altération des capacités qui lui sont propres, pour qu'ainsi elle recouvre son autonomie et son inclusion sociale.

2.1.2. Concepts clés

❖ Le rétablissement

Le rétablissement est **un cheminement singulier** de dépassement des effets négatifs de la maladie et **de réappropriation du pouvoir d'agir**. Il s'agit d'un processus multidimensionnel et complexe, restaurant la possibilité d'avoir une vie satisfaisante malgré les difficultés liées aux troubles psychiques.

De manière schématique, on distingue :



❖ La réhabilitation psycho-sociale

Le plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 définissait la réhabilitation psycho-sociale comme un **ensemble d'actions** mis en œuvre auprès des personnes souffrant de troubles psychiques, dans le cadre d'un processus visant **leur autonomie et leur indépendance dans la communauté**. La réhabilitation psycho-sociale est réaffirmée dans la loi du 26/01/2016 de modernisation de notre système de santé en particulier dans son article 69.

Selon William Anthony (1979), le but général de la réadaptation psychosociale est de **restaurer, maintenir et améliorer la qualité de vie** des personnes avec des problèmes psychiatriques, en les aidant à maintenir, développer et utiliser des habiletés sociales et fonctionnelles pour **vivre dans la communauté avec le plus d'autonomie et de satisfaction possibles**.

Cet objectif qui relève **de la responsabilité de tous** (personnes elles-mêmes, aidants primaires, professionnels, pouvoirs publics, société civile) nécessite de garantir **l'effectivité et l'articulation** d'un certain nombre d'interventions, en direction des personnes **et** de l'environnement dans lequel elles exercent (ou souhaitent exercer) leurs rôles sociaux.

De natures variées, ces interventions **doivent être ajustées** en fonction des besoins et des demandes de la personne en situation de handicap. Elles doivent permettre à la personne, **de choisir** l'environnement dans lequel elle souhaite évoluer (au titre du logement, de l'emploi et des activités de loisirs), puis **mobiliser les ressources qui lui permettront de s'y maintenir**.

❖ L'inclusion sociale

L'inclusion sociale est la possibilité pour chacun **de participer pleinement à la société**, en contribuant, **en fonction de ses envies et de ses capacités**, aux activités économiques, sociales, culturelles, politiques et affectives.

❖ L'intervention précoce

Un des objectifs clés de l'intervention médico-sociale précoce consiste à **intervenir le plus rapidement pour améliorer la capacité d'adaptation à la vie quotidienne** des jeunes adultes atteints de troubles psychiques émergents en vue d'un retour rapide à une autonomie suffisante. En effet, leurs besoins nécessitent une multiplication d'actions spécifiques, impliquant un niveau de coordination particulièrement élevé, dimensionné pour des usagers nécessitant le recours simultané et sur une longue durée à des services médicaux et sociaux. C'est pourquoi, afin de répondre à ces besoins complexes et prévenir des ruptures de parcours préjudiciables, un accompagnement personnalisé, d'intensité variable et dans le milieu de vie naturel, a pour objectif de coordonner et d'optimiser les soins, les services, les ressources humaines, financières et matérielles, au bon moment, au bon endroit et au meilleur coût. Le but de cette approche étant de favoriser un rétablissement perçu comme un processus de changement, ouvert sur l'avenir, malgré les conséquences liées à leur pathologie émergente.

Cette approche se décline sur un territoire de santé, autour de stratégies réticulaires nécessitant la mise en place d'une coordination dynamique visant à faciliter la circulation entre les différents opérateurs de soins et de services.

2.1.3. Missions et objectifs d'un SAMSAH

Missions du SAMSAH

Le Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) a été créé par un décret du 11 mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médico-social pour adultes en situation de handicap. Il s'agit d'une structure médico-sociale qui fait l'objet d'une double autorisation et d'un double financement par le Conseil Départemental et l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés ont pour vocation, dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté comportant des prestations de soins, la réalisation du projet de vie de personnes adultes en situation de handicap par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité.

Le SAMSAH assure, d'une part, un accompagnement médico-social de proximité et d'autre part, il garantit la coordination des partenaires extérieurs auxquels la personne pourra s'adresser au terme de l'accompagnement. Le SAMSAH a également un rôle de médiateur pour faciliter les liens avec les institutions et les aidants.

Les objectifs de l'intervention précoce :

Le SAMSAH d'intervention précoce assure un accompagnement médico-social personnalisé, le plus rapidement après la phase aiguë de la maladie, pluridisciplinaire, collaboratif et de proximité s'appuyant sur la coordination des soins et des services, l'intégration des nouveaux métiers, le case management et l'empowerment. Ses interventions visent le rétablissement rapide, par un meilleur accès aux soins, droits et services offerts par la collectivité. Il repose sur le développement d'un réseau médico-social stable et coordonné constitué de liens plus durables et plus efficaces entre les différentes parties prenantes susceptibles d'intervenir dans l'accompagnement de l'utilisateur (médecin traitant, psychiatre libéral ou hospitalier, psychologue ou psychothérapeute, assistant social, services administratifs, institutions scolaires, organismes professionnels, familles ou proches...).

L'objectif est d'offrir un continuum de services, offerts selon des critères d'éligibilité liés aux niveaux de vulnérabilité médico-sociale des usagers, dans le respect de leurs projets de vie et de leurs capacités d'autonomie et de vie sociale.

Le programme d'intervention précoce s'appuie sur la valorisation des compétences des usagers et de leurs centres d'intérêts, en mettant l'accent sur le suivi intensif dans l'environnement naturel, l'entraînement aux habiletés sociales, le retour rapide à l'autonomie via le retour rapide à l'emploi ou aux études et l'accès à un logement autonome.

Son action s'appuie sur des standards de bonnes pratiques visant à optimiser la continuité des parcours, afin de rendre accessibles et réactifs les différents opérateurs du système. Ainsi, selon un modèle d'intégration des services par l'approche métiers, aux côtés des emplois de médecins, infirmiers, aides-soignants ou travailleurs sociaux, des compétences-clés (case-managers, pairs aidants, ergothérapeute, chargé d'insertion professionnelle, diététicienne, éducateur sportif, cadre et assistant de coordination...) seront intégrées et réparties sur trois niveaux d'intégrations : cliniques, fonctionnelles et institutionnelles.

Dans le respect du projet de vie, des capacités d'autonomie et de vie sociale de chaque personne, le SAMSAH « handicap psychique/ handicap psychique intervention précoce » organisera et mettra en œuvre, de manière prioritaire, les prestations suivantes :

- ⇒ Une évaluation des besoins exprimés et non exprimés de l'utilisateur ;
- ⇒ L'organisation, sans rupture, de son parcours de vie, vers son rétablissement, le retour à l'autonomie et à une vie sociale satisfaisante ;
- ⇒ Une évaluation sociale, psychologique et neuropsychologique permettant la valorisation de ses capacités préservées ;
- ⇒ L'accès à des soins psychiatriques et somatiques, basés sur la prévention des risques, visant à limiter les décompensations fortuites, les situations de crise et d'urgence, les ré-hospitalisations et le handicap psychique ;
- ⇒ Le respect et la promotion des droits, par le renforcement de leur pouvoir de décision et d'action et la lutte contre la stigmatisation ;
- ⇒ Le développement des partenariats nécessaires au retour rapide aux études ou à l'emploi (continuité/reprise d'un parcours de formation, coopération avec les dispositifs de droit commun concernant l'emploi et les dispositifs d'emploi accompagné...);
- ⇒ Le soutien et l'information des familles et des proches, en particulier via des programmes de psychoéducation et l'affiliation à des associations de familles de malades.

À travers ces priorités, c'est le suivi global, sanitaire, social et médico-social de l'utilisateur, dans son milieu de vie naturel, qui est encouragé par une organisation partenariale et coordonnée des acteurs intervenant dans les parcours de soins et de vie.

2.2. Population accueillie

Les SAMSAH sont des acteurs incontournables pour participer à une stratégie globale d'intervention précoce auprès des personnes en situation de handicap psychique. Ils ont pour vocation d'accompagner des adultes présentant une situation complexe de handicap, avec altération de leurs capacités de décision et d'action dans les actes essentiels de la vie quotidienne. Ils s'inscrivent dans le maillage et l'articulation des ressources territoriales de la santé, du social, du médico-social et du droit commun, dans le cadre d'une responsabilité populationnelle partagée. Aussi leur participation à des instances de concertation locales doit être encouragée, notamment au sein des Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM).

Dans le cadre de cet appel à projet, le SAMSAH handicap psychique intégrant une offre « intervention précoce » accueillera et accompagnera des personnes adultes, en situation de handicap psychique. La priorité de prise en charge sera accordée aux usagers âgés de 18 à 30 ans.

Les places identifiées « intervention précoce » s'adressent à des jeunes adultes de 18 à 30 ans atteints de troubles psychiques émergents (comme la schizophrénie par exemple), entraînant un dysfonctionnement général dans leurs habiletés personnelles, familiales, relationnelles, scolaires et professionnelles, nécessitant un recours simultané, sur une longue durée, à des services médicaux et sociaux de proximité.

Outre l'accompagnement de personnes à domicile, le SAMSAH « intervention précoce » devra pouvoir accompagner des personnes handicapées psychiques stabilisées sortant des hôpitaux, accueillies en maisons relais, en résidences accueils, en hébergement précaire, ou sans hébergement. Les personnes bénéficieront d'une notification de la CDAPH qui fixera la durée de l'accompagnement en fonction du projet et de la demande de la personne.

Il sera attendu une coordination des SAMSAH avec les centres de réhabilitation psycho-sociale de proximité en structuration au sein des différents territoires.

2.3. Zone d'intervention

Le SAMSAH desservira l'intégralité du territoire des Landes et travaillera en étroite collaboration avec la MDPH des Landes dans le cadre du dispositif d'orientation permanent.

2.4. Volume de places

35 places doivent permettre d'apporter une réponse à une file active qui devra être précisée par le porteur du projet. Le fonctionnement sur le principe de la file active permet au service d'ajuster et d'équilibrer, sur l'ensemble de l'année, le nombre de personnes accompagnées en fonction des besoins des usagers et des capacités de réponse du service (nombre variable de personnes accompagnées dans la limite maximum de 3 personnes pour une place à un instant "T").

Cette file active fera l'objet d'une présentation détaillée lors de la rédaction d'un rapport d'activité transmis avec les propositions budgétaires et avec le compte administratif. Le service s'engage à faire parvenir un tableau d'activité sur demande des financeurs.

2.5. Prestations à mettre en œuvre

En tant que structure médico-sociale, le SAMSAH est tenu d'élaborer un projet de service qui définit ses priorités notamment en matière de modalités de coordination des interventions, de coopération avec les acteurs du territoire, de qualité des prestations, ainsi que les modalités d'organisation et de fonctionnement.

Le projet de service devra donc garantir un socle commun de missions visant à :

- ✓ **Favoriser le développement des compétences** de la personne dans différents domaines fonctionnels (communication, interactions sociales, capacités cognitives, habiletés sociales, etc...) ;
- ✓ **Développer les capacités préservées** par une stimulation adaptée, maintenir les acquis et favoriser les apprentissages et l'autonomie par des actions socio-éducatives adaptées en accompagnant les personnes dans l'accomplissement des actes de la vie quotidienne ;
- ✓ Porter une **attention permanente à toute expression d'une souffrance physique ou psychique** et proposer une aide adaptée;
- ✓ Contribuer à **renforcer le pouvoir d'agir de la personne** et son autodétermination en proposant notamment des actions de psychoéducation ou des programmes d'éducation thérapeutique (ETP). Les actions mises en œuvre visant à intégrer les principes de la pair-aidance¹ et de l'expertise d'usage seront valorisées ;
- ✓ **Favoriser la participation à une vie sociale, culturelle et sportive** par des activités adaptées et notamment en lien avec les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) ;
- ✓ **Soutenir les aidants** en proposant des actions selon des approches diversifiées (groupes d'éducation thérapeutique, accueils individuels de la famille...). Le projet devra préciser les modalités concrètes relatives à la place de la famille et le soutien à leur apporter dans les interactions sociales avec leurs proches et les actions mises en œuvre par le service. Ce soutien aux proches devra tenir compte des droits des personnes accompagnées en leur qualité d'adulte et le cas échéant de l'existence d'une protection juridique en leur faveur.

2.6. Délais de mise en œuvre

Le projet commencera à être mis en œuvre dès la date de publication de la décision d'autorisation. Le service devra commencer à fonctionner dans un délai maximum de 3 mois après la date de publication de la décision d'autorisation.

Cette décision ne sera acquise qu'après le contrôle de conformité effectué avant l'ouverture du service.

2.7. Démarche d'amélioration de la qualité et outils issus de la loi n° 2002-2

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.

Le cas échéant, il précisera également, les recommandations de bonnes pratiques nationales et/ou internationales sur lesquelles il fonde sa pratique.

¹ Par son savoir expérientiel de la maladie, le **pair-aidant** offre un modèle d'identification, de soutien et d'information auprès des personnes vivant des situations similaires à celles vécues par lui-même. Il peut avoir un statut de bénévole ou de salarié (Médiateur de Santé Pair).

Le projet devra satisfaire à l'ensemble du cadre légal et réglementaire relatif au respect et à la promotion des droits des usagers : Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, **Loi n°2005-102 du 11.02.2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, décret d'application (article 69 de la loi de modernisation de notre système de santé) n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale.**

A ce titre, le dossier devra comporter un avant-projet de l'ensemble des outils exigés par la Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 (Livret d'accueil, règlement de fonctionnement, Contrat de séjour / Document Individuel de Prise en Charge) qui devront tous être élaborés et être en conformité avec les articles du code de l'Action Sociale et des Familles de référence.

Le candidat précisera et décrira les modalités d'expression des usagers.

Une attention particulière devra être portée aux modalités d'admission, aux modalités de travail avec l'entourage ou les représentants des personnes accompagnées. Chaque résident disposera d'un projet individualisé de suivi (PIS).

Le candidat précisera de quelle(s) façon(s) il favorise ou entend favoriser l'intervention en milieu de vie ordinaire/ la prise en charge ambulatoire des usagers accompagnés, le repérage et l'intervention précoce sur les troubles psychiques, l'amélioration de l'accès aux soins et de l'accompagnement médico-social, le renforcement de leur pouvoir de décision et d'action ainsi que la lutte contre la stigmatisation liée à ces troubles.

L'organisme gestionnaire et le service saisiront, chacun en ce qui le concerne, les données relatives au tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social conformément aux indications de l'ANAP.

3. STRATEGIE, GOUVERNANCE ET PILOTAGE DU PROJET

Le projet proposé devra être le fruit d'une co-construction avec les acteurs du territoire, notamment :

- ✓ les usagers et familles ;
- ✓ les professionnels des secteurs social, médico-social, sanitaire et notamment le secteur psychiatrique et ambulatoire.

3.1. Environnement et partenariats

Le candidat devra s'insérer dans un maillage de ressources territoriales et s'appuyer sur les acteurs locaux susceptibles de contribuer à satisfaire les besoins et les demandes des personnes en situation de handicap (secteurs psychiatriques , Centres Médico-Psychologique, réseaux de santé mentale, professionnels libéraux, Groupe d'Entraide Mutuelle, services mandataires, services sociaux, bailleurs sociaux, services de prise en charge des addictions, services de droit commun...) tout en veillant à bien distinguer les registres et les espaces d'intervention de chaque acteur de la prise en charge globale.

Pour assurer le recours effectif et la continuité des soins psychiques et somatiques, des liens seront à construire avec les partenaires du soin, définissant les rôles et limites de chacun. **Le SAMSAH s'engagera à poursuivre l'accompagnement durant une hospitalisation et après celle-ci.**

Pour répondre aux situations nécessitant une intervention d'urgence et éviter les hospitalisations, **une étroite coopération avec le secteur psychiatrique est requise** (conventions avec un établissement de santé, équipes mobiles de psychiatrie).

Les parents, frères et sœurs ou les proches bénéficient du soutien de l'équipe afin d'atténuer le fardeau de la maladie. En particulier, leur inscription dans des formations de psychoéducation et l'accès à des informations utiles sur Internet seront largement encouragés. Les associations de familles font partie des partenaires privilégiés du SAMSAH.

Des partenariats avec des dispositifs dédiés à la mission d'aide aux aidants seront développés pour orienter si nécessaire les familles.

Dans le cas de situations complexes de personnes souffrant de troubles psychiques et vivant au domicile de leurs parents ou dans des lieux d'habitat précaires (y compris la rue), le SAMSAH devra pouvoir proposer son aide, en lien avec les autres acteurs sociaux et sanitaires.

Une situation « complexe » peut être définie par :

- ⇒ l'implication d'un grand nombre d'acteurs dans la prise en charge de la personne ;
- ⇒ un isolement social important ;
- ⇒ une différence significative entre les objectifs à atteindre et le niveau de fonctionnement de départ de la personne ;
- ⇒ une faible autonomie décisionnelle.

Des outils communs de communication seront envisagés pour favoriser le partage d'informations dans le respect de la confidentialité des données.

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

Il s'attachera également à structurer les partenariats avec les dispositifs mis en œuvre dans le cadre de la politique régionale de la Nouvelle-Aquitaine : groupe d'entraide mutuelle, conseils locaux de santé mentale, les Médiateurs Santé Pair, le centre de réhabilitation psycho-sociale de proximité ou référent le cas échéant (selon la zone concernée, C2RP BORDEAUX ou C2RL Limoges), les dispositifs d'emploi accompagné...

4. ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL PROPOSE

4.1. Amplitude d'ouverture

Le SAMSAH devra respecter les modalités suivantes :

- ⇒ un fonctionnement sans fermeture annuelle ;

- ⇒ un service administratif ouvert du lundi au vendredi ;
- ⇒ une astreinte en dehors des heures d'ouverture ;

Pour l'accompagnement à la vie sociale :

- ⇒ L'accompagnement social des usagers s'effectuera du lundi au samedi ;
- ⇒ Des activités collectives de loisirs seront proposées le samedi pour lutter contre l'isolement et éventuellement en soirée la semaine ;
- ⇒ L'équipe éducative devra pouvoir s'adapter aux horaires des personnes accompagnées et le cas échéant, intervenir en soirée dans le cadre d'un accompagnement individuel.

Pour l'accompagnement relatif aux soins :

- ⇒ l'équipe soignante interviendra du lundi au vendredi ;
- ⇒ un système d'astreinte médicale sera organisé les week-ends et jours fériés. Eventuellement cette astreinte pourra s'organiser en semaine, en dehors des heures d'ouverture du service.

4.2. Processus d'admission

Le candidat précisera la procédure d'admission envisagée (critères et modalités d'admission, refus d'admission et de réorientation des usagers) dans la perspective d'une participation active à la démarche « réponse accompagnée pour tous ».

La procédure d'admission doit être adaptée au handicap ciblé : souple et de nature à créer le lien de confiance qui permettra l'accompagnement.

Le SAMSAH établira une liste d'attente à partir des notifications reçues de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) et des outils de liaison mis en place avec la MDPH. Lorsqu'une place se libèrera, il devra respecter l'ordre chronologique des décisions en attente de prise en charge pour procéder à une admission, sauf interpellation de la MDPH pour des situations prioritaires ou urgentes.

Dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous », le candidat devra participer à la construction des Plans d'Accompagnement Globaux (PAG) mise en œuvre dans le cadre du Dispositif d'orientation permanent (DOP) piloté par la MDPH.

4.3. Modalités d'accompagnement

Selon le niveau de soutien nécessaire, un plan d'accompagnement personnalisé est défini, réévalué régulièrement, flexible en intensité et en modalités d'interventions (rencontres physiques, téléphoniques, SMS, mails, visio-conférences...). Cette approche est d'autant plus importante que les interventions sont orientées prioritairement vers le rétablissement pour une intégration la plus rapide possible dans le monde du travail, le retour aux études ou à la formation ou l'accès au logement autonome.

Le gestionnaire de cas, modèle de l'innovation par l'approche métier

Le gestionnaire de cas est une compétence-clé du SAMSAH « intervention précoce ». Ses missions prioritaires sont la facilitation de la circulation dans le parcours et le déploiement du plan de soins, avec une attention toute particulière portée sur l'éducation thérapeutique et la réduction des risques. Plus qu'un organisateur de soins ou un intervenant-pivot, c'est un agent de liaison, de coordination ou encore un accompagnateur de parcours capable d'endosser les rôles de clinicien, de conseiller et de porte-parole, dont le rôle n'est pas de tout faire mais de faire en sorte que tout soit fait, priorisant la (ré)intégration directe dans le monde du travail ou la reprise des études. Il fait partie d'une équipe qui doit assurer une supervision efficace, car le suivi de chaque usager nécessite l'action combinée de plusieurs professionnels en interne, de différents services extérieurs et d'une palette fragmentée d'acteurs afin de favoriser la continuité des contacts avec les différents opérateurs du système.

Son engagement, dès les premiers contacts, constitue un critère majeur de la réussite de l'accompagnement car une grande partie de son action se concrétise par une présence physique dans le milieu de vie ou au domicile de l'usager. Dans ce contexte, chaque gestionnaire de cas apporte une compétence liée à sa formation initiale d'infirmier, d'aide-soignant, de travailleur social, complétée par son expérience de la coordination. Il est un spécialiste capable de fournir une aide adaptée à chaque cas par sa connaissance du système médical, social ou associatif. Il connaît les relations ou les interdépendances entre les différents acteurs, il est en connexion avec les services de santé mentale ou d'addictologie et les organismes délivrant des services complémentaires comme le Pôle Emploi, la MDPH, les services judiciaires, de logement mais aussi les transports ou les loisirs par exemple.

Il s'attachera à mettre en œuvre des stratégies d'intervention visant le processus de rétablissement. **La notion de rétablissement implique de s'inscrire dans la perspective de l'usager qui va lui-même construire son projet.** Les professionnels de santé viennent alors en soutien en vue d'accompagner la personne pour la conception et la mise en œuvre de ce projet. Les actions mises en œuvre en faveur du rétablissement des personnes en situation de handicap psychique s'appuient sur les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé (HAS). Elles reposent sur des objectifs communs visant à :

- ⇒ Reconnaître **les capacités d'autodétermination de la personne et favoriser son pouvoir d'agir** en vue de la réalisation de son projet de vie ;
- ⇒ Privilégier **une approche environnementale des soins et de l'accompagnement**, en conformité avec la loi de 2005, et réaliser une évaluation multifactorielle des besoins et attentes de la personne (Exemple d'outil de première intention et de suivi: grille G-MAP qui évalue les limitations d'activité et les restrictions à la participation en tenant compte du contexte de vie de la personne);
- ⇒ Organiser des actions spécifiques afin de fluidifier le parcours des personnes en travaillant un maillage partenarial contribuant ainsi au décloisonnement entre le sanitaire et le social, les établissements et services et le domicile. Dans ce contexte, **les dispositifs de droit commun** doivent être mobilisés ;
- ⇒ Proposer des modes de prise en charge **diversifiés, coordonnés et gradués** visant à préserver l'autonomie des personnes en situation ou à risque de handicap psychique.

La question de la structuration de la coordination du parcours de la personne vers le rétablissement doit faire l'objet d'une réflexion et d'une attention particulière. Les SAMSAH « handicap psychique » doivent être en mesure de proposer autant que possible un modèle d'intervention basé dans la communauté visant à proposer des soins accessibles et coordonnés aux personnes en situation de handicap psychique. En effet, la complexité des interventions dans le milieu ordinaire de la personne, la multiplicité des acteurs impliqués et la diversité des besoins conduisent à la nécessité d'une ressource de coordination des interventions, d'accompagnement des personnes et de défense de leurs droits. L'ensemble de ces missions doit être assuré de manière à garantir la continuité du projet de rétablissement.

Le plan individualisé de suivi (PIS) constitue un des outils possibles pour assurer la coordination des soins et services. Ce document fixe des objectifs partagés avec la personne (+/- ses aidants). Au vu du bilan réalisé, et en concertation avec l'utilisateur, l'équipe définit ses priorités basées sur ses besoins, ses attentes et son projet de vie. Une réunion de synthèse en équipe pluridisciplinaire est organisée pour chaque personne suivie. Cette synthèse doit faire l'objet d'un compte rendu écrit. Elle est ensuite restituée à la personne qui peut être accompagnée d'un proche. Des propositions d'intervention sont faites en lien avec les besoins exprimés par la personne en vue de son rétablissement. Un courrier de synthèse est ensuite transmis au médecin et/ou psychiatre traitant.

Une réévaluation de la situation de chaque personne accompagnée par le SAMSAH est indispensable afin d'adapter au mieux l'accompagnement. Le SAMSAH « handicap psychique » s'engage à mettre en place des réunions de synthèse hebdomadaires pour faire le point sur les situations suivies par chaque membre de l'équipe. Un bilan annuel est réalisé et s'appuie sur une approche pluridisciplinaire « pour la personne » appuyé par le plan individualisé de suivi. L'atteinte des objectifs fixés est suivie et la satisfaction de l'utilisateur et/ou aidants recueillie. Les accompagnements sont ensuite adaptés en fonction des demandes de la personne et de ses besoins.

4.4. Durée de l'accompagnement

La CDAPH fixe la durée de l'accompagnement en fonction du projet, de la demande de la personne, de l'évaluation de la MDPH, en lien avec les éléments transmis par les différents partenaires.

Le service devra s'interroger régulièrement sur la pertinence de son action en lien avec ses missions et doit, s'il y a lieu, envisager de passer le relais à une structure plus adaptée.

L'accompagnement à très long terme de personnes doit relever de situations exceptionnelles et devra être particulièrement motivé lors des demandes de renouvellement.

4.5. Fréquence de l'accompagnement

Les équipes devront proposer un accompagnement adapté aux besoins des personnes et à leur projet de vie, et le cas échéant proposer un accompagnement soutenu et régulier. Il est entendu que lors de périodes d'hospitalisation ou pour d'autres motifs, l'accompagnement physique peut se distendre, cependant l'accompagnement est maintenu par d'autres biais (appels téléphoniques, liens avec les partenaires...).

4.6. Fin de l'accompagnement

Conformément au CASF (L 241-6), la direction du SAMSAH ne pourra mettre fin de sa propre initiative à l'accompagnement de la personne. Lorsque l'utilisateur ne respectera pas les termes du document individuel de prise en charge (DIPEC), ou lorsque le service évaluera en concertation avec la personne que l'accompagnement du SAMSAH n'a plus lieu d'être (objectifs atteints, non adhésion à l'accompagnement malgré des tentatives répétées du service pour accompagner la personne, etc.), la direction du SAMSAH saisira la CDAPH pour demander la fin de celui-ci. Le cas échéant, le SAMSAH proposera des solutions dites d'aval à la personne adaptées à ses besoins et à son projet de vie.

5. MOYENS HUMAINS, MATERIELS ET FINANCIERS

5.1. Personnels et attendus en matière d'organisation de travail

Les effectifs de personnel seront quantifiés en équivalents temps plein (ETP) sous forme de tableaux détaillés qui préciseront les ratios de personnels éducatifs, soignants, administratifs et techniques par financeur (accompagnement social et soins).

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

Les fiches de poste et l'organigramme devront être joints au dossier.

❖ En ce qui concerne l'accompagnement à la vie sociale financé par le département des Landes :

Le personnel d'accompagnement et d'animation pourra comprendre les personnels suivants :

- ✓ Educateur ;
- ✓ Moniteur-éducateur ;
- ✓ Aide médico-psychologique (AMP) ;
- ✓ Assistant de service social, conseiller(e) en économie et vie sociale, etc.
- ✓ Chargé d'insertion professionnelle
- ✓ Pairs-aidant
- ✓ Assistant de service social, conseiller(e) en économie et vie sociale, etc.
- ✓ Assistant de coordination
- ✓ Directeur
- ✓ Technicien de l'intervention sociale et familiale (TISF)
- ✓ Psychologue

❖ En ce qui concerne le soin financé par l'Assurance Maladie :

L'équipe médicale et paramédicale sera composée de :

- ✓ Médecin généraliste ;
- ✓ Médecin psychiatre ;
- ✓ Cadre de santé ou infirmier coordonnateur ;
- ✓ Infirmiers ;
- ✓ Aides-soignants ;
- ✓ Ergothérapeutes ;
- ✓ Psychologues ou neuropsychologues.

Dans le cadre de ce présent appel à projet, **les ressources d'ergothérapeute et de neuropsychologue sont à privilégier** de par leurs compétences spécifiques visant à optimiser l'autonomie et l'intégration sociale des personnes.

Les personnes en situation de handicap rencontrent quotidiennement des situations qui limitent leur participation dans de nombreuses activités. Selon l'Agence Nationale Française d'Ergothérapie (ANFE), l'ergothérapeute guide la personne à réinvestir ses activités et ses rôles sociaux. Ses missions principales sont de soutenir le développement des habiletés sociales, de mettre en place des stratégies d'adaptation et de renforcement des compétences à maintenir (principalement en matière d'autonomie). Il propose un travail visant à restaurer ou compenser les fonctions déficitaires par le biais d'entraînement en situation réelle. Les ergothérapeutes exercent leur accompagnement dans des programmes interdisciplinaires de réhabilitation psycho-sociale comme l'entraînement aux habiletés sociales (EHS). Sous réserve d'avoir bénéficié d'une formation spécifique, il peut également intervenir dans le champ de la remédiation cognitive, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) ou encore les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), multipliant ainsi les opportunités en faveur du processus de rétablissement de la personne.

Les missions du neuropsychologue sont d'objectiver et de quantifier les capacités préservées et le déficit cognitif. Il propose un travail de réhabilitation participant au processus de rétablissement des fonctions neuro cognitives (remédiation cognitive, travail sur la cognition sociale et méta cognition). Selon les difficultés cognitives et comportementales repérées, il propose un travail sur la cognition sociale permettant ainsi une meilleure régulation des conduites dans les interactions sociales. Il met en œuvre des soins groupaux ou individuels. De par sa formation initiale, le neuropsychologue a un rôle référent en remédiation cognitive.

Des connaissances dans le champ de la santé mentale seront requises notamment pour les psychologues et les infirmiers pour favoriser l'accompagnement vers le soin des usagers en rupture de soins psychiatriques.

Une attention particulière sera portée sur les qualifications des personnels en lien avec le public défini et les missions qui leur seront confiées.

Une équipe professionnelle la plus diversifiée possible en termes de diplômes et d'expériences sera privilégiée afin de disposer des savoir-faire et savoir-être, des connaissances et outils cliniques, susceptibles de répondre à la palette des besoins et des demandes exprimées par un public souvent hétérogène et aux capacités variées et fluctuantes ainsi qu'aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS.

Les personnels de l'équipe pluridisciplinaire seront salariés du service. A titre exceptionnel, et uniquement pour le médecin généraliste, un mode d'exercice libéral, formalisé par une convention, est envisageable à la condition expresse qu'il participe aux synthèses.

5.2. Organisation du travail auprès du public

Le candidat présentera l'organisation du travail pressenti pour les équipes, en précisant la répartition du temps de travail effectif hebdomadaire affectée :

- ✓ à l'accompagnement des usagers ;
- ✓ à la préparation et la rédaction des rapports et documents administratifs ;
- ✓ au temps de réunion de synthèse ou de coordination.

Le service s'engage à assurer au personnel des conditions de travail satisfaisantes et à mettre en place des actions de formation continue et des modes de soutien communs à l'ensemble de leurs professionnels.

5.3. Locaux et situation géographique

Le SAMSAH doit disposer de locaux identifiés (même s'ils sont mutualisés) permettant d'assurer son fonctionnement, d'organiser les prestations et de favoriser la coordination des personnels. Ces locaux devront respecter les normes d'accessibilité et de sécurité en vigueur.

Le projet indiquera les surfaces et la nature des locaux dans son environnement : accueil, secrétariat, salle de réunion, entretien et stockage, salle de consultation, sanitaire et vestiaire du personnel... Les prestations sont délivrées au domicile de la personne ainsi que dans les lieux où s'exercent ses activités sociales, de formation, professionnelles voire le cas échéant, dans les locaux du service.

Le porteur du projet devra justifier de la localisation géographique du SAMSAH notamment au regard de l'accessibilité par les transports en commun, et de sa capacité à faire dans les délais fixés par le présent cahier des charges. Le montage immobilier (location ou acquisition immobilière) sera détaillé. Des éléments concrets sur l'avancement des négociations seront fournis (par exemple : engagement de mise à disposition par une collectivité, promesse de vente si acquisition, promesse de location précisant la durée du bail et les modalités d'indexation du loyer...).

Le promoteur fera une description de l'organisation des espaces et précisera les locaux dédiés à chaque professionnel et les espaces collectifs.

Les plans prévisionnels et les superficies exprimées en surface de plancher, conformément à la réglementation en vigueur, devront être fournis. L'ensemble devra respecter les normes de sécurité des établissements recevant du public (ERP).

5.4. Exigences financières

5.4.1. Les dépenses d'investissement

Dans le cas d'une opération de construction, le candidat à l'appel à projets devra chiffrer le coût d'investissement global du projet, en montant HT et TTC, en distinguant :

- le coût de la charge foncière intégrant l'acquisition du terrain et les actes notariés afférents ;
- les frais de premier établissement et les frais d'études (honoraires et autres) ;
- le coût de la construction.

Les modalités de financement de ces investissements devront être précisées :

- les fonds propres ;
- les subventions (les organismes et les modalités d'attributions) ;
- les emprunts (les durées, les taux d'intérêt, l'échéancier prévisionnel de la première année : capital et intérêts).

Dans le cas d'une location immobilière, le candidat devra préciser :

- le coût des travaux d'aménagement éventuels HT et TTC ;
- le coût de la redevance locative TTC.

Les modalités de financement de ces investissements (équipement et travaux) devront être précisées :

- les fonds propres ;
- les subventions (les organismes et les modalités d'attributions) ;

- les emprunts (les durées, les taux d'intérêt, l'échéancier prévisionnel de la première année : capital et intérêts).

Le candidat précisera le calendrier prévisionnel intégrant les délais des différentes étapes de réalisation du projet depuis l'obtention de l'autorisation jusqu'à l'ouverture de la structure.

5.4.2. Les dépenses de fonctionnement

Le SAMSAH sera financé au moyen d'une dotation globale soin et d'une dotation calculée sur la base d'un prix de journée pour le volet « accompagnement social » qui seront versées sur présentation d'un budget prévisionnel par le gestionnaire et à l'issue de la procédure contradictoire en application des articles R314-14 à R314-27 du CASF.

Les moyens budgétaires alloués par l'ARS Nouvelle-Aquitaine pour le fonctionnement de ce service en ce qui concerne le volet « soin » sont fixés dans la limite de 455 000 € par an, soit 13 000 € par place.

Les moyens budgétaires alloués par le Département des Landes pour le fonctionnement de ce service en ce qui concerne le volet « accompagnement social » sont fixés dans la limite de 175 000 € par an, soit 5 000 € par place. Le non-respect de ces enveloppes budgétaires est éliminatoire pour le projet.

5.4.3. Les modalités de versement

La première année de fonctionnement, le budget sera alloué au *pro rata temporis* en fonction de la date d'ouverture.

La présentation des budgets devra être conforme au cadre normalisé de présentation des budgets prévisionnels d'un établissement médico-social tel que prévu par le CASF et de façon distincte par financeur avec une ventilation des dépenses et des recettes. Conformément au règlement départemental d'aide sociale, les recettes en atténuation intégreront une participation journalière de l'utilisateur fixée à 33 % du minimum garanti.

6. LES PROJETS INNOVANTS

Toute forme innovante d'accompagnement contribuant à l'amélioration de la prise en charge et à l'autonomie des personnes accueillies pourra être intégrée au projet, conformément à l'article R.313-3-1 du code de l'action sociale et des familles.

Ces projets devront respecter les exigences minimales suivantes : respect des dotations budgétaires, nombre de places, qualifications des personnels, lieu d'implantation.

Dans ce contexte, des innovations organisationnelles favorisant la mise en œuvre des concepts de coordination, d'intégration, de case management et d'empowerment, appliqués à la santé mentale, semblent pouvoir répondre aux attentes d'évolution vers de nouveaux modèles de prise en charge globale, visant à limiter les ruptures de parcours par une meilleure imbrication des soins et des services offerts. D'une part, la coordination cherche à assurer une meilleure articulation entre les organisations et les acteurs pour surmonter les limites relatives au cloisonnement et à la fragmentation des systèmes sanitaires et sociaux. D'autre part, l'intégration est supposée apporter une modification en profondeur du fonctionnement des organisations dans la perspective d'accroître la qualité des soins, la continuité des services et la satisfaction des usagers en perte d'autonomie. Enfin, le case management est devenu un mode de pratique en santé mentale reconnaissant l'importance d'intégrer aux approches cliniques de l'accompagnement une dimension bio-psycho-sociale facilitant l'accès de l'utilisateur aux services appropriés. L'effectivité de ces concepts, sur un territoire de santé donné, repose sur un processus d'évaluation dynamique des services offerts et l'optimisation de la communication entre les acteurs des différents services internes et externes, en vue de favoriser l'obtention de résultats de qualité, à la fois efficaces et efficaces.

Une attention toute particulière sera portée sur la qualité des processus socio-organisationnels mis en œuvre et sur les conditions de réussite des démarches de changement ; en particulier lorsqu'elles prennent appui sur l'optimisation des ressources humaines et matérielles.

7. LES CANDIDATURES

7.1. Modalités de dépôt du dossier de candidature

Les dossiers de candidatures devront être déposés au plus tard le **15 novembre 2019 à 17h00 heures**.

Les dossiers de candidatures devront être déposés sous les formes suivantes :

⇒ **Deux exemplaires en version « papier » et une version dématérialisée**

a) Envoi par courrier

Chaque promoteur devra adresser, en une seule fois, un dossier de candidature par courrier, en deux exemplaires, en recommandé avec accusé de réception : à la Délégation Départementale des Landes de l'ARS Nouvelle-Aquitaine (Pôle Animation Territoriale Parcours - 9 avenue Antoine Dufau – 40011 MONT DE MARSAN CEDEX) et au Conseil Départemental des Landes (Hôtel du Département – Pôle handicap et animation, 23 rue Victor Hugo – 40000 MONT DE MARSAN).

Le dossier pourra également être déposé, contre récépissé, à la Délégation Départementale de l'ARS Nouvelle-Aquitaine des Landes (à l'adresse susmentionnée) et au Conseil départemental des Landes (à l'adresse susmentionnée).

Le cachet de la poste ou le récépissé feront foi de la date de dépôt du dossier.

Qu'il soit envoyé ou déposé, le dossier de candidature sera dans une enveloppe cachetée portant les mentions « **AAP 2019 – Création de places SAMSAH Handicap psychique** » et l'inscription « **NE PAS OUVRIER** » qui comprendra 2 sous-enveloppes :

- une sous-enveloppe portant la mention " **AAP 2019 – Création de places SAMSAH Handicap psychique -Candidature**".

- une sous-enveloppe portant la mention **AAP 2019 – Création de places SAMSAH Handicap psychique - Projet**".

b) **Envoi par mail**

L'envoi par courrier devra être doublé d'un envoi par mail reprenant en version électronique le dossier de candidature.

L'envoi du dossier de candidature par mail s'effectuera à l'adresse suivante :

[Pour l'ARS : ars-dd40-pole-territorial-parcours@ars.sante.fr](mailto:ars-dd40-pole-territorial-parcours@ars.sante.fr)

[Pour le CD40 : etablissements@landes.fr](mailto:etablissements@landes.fr)

Cet envoi par mail devra comprendre :

Objet du mail : réponse à l'AAP création de 35 places SAMSAH Handicap psychique
--

Corps du mail : éléments constituant la partie n°1 du dossier « déclaration de candidature »

Pièces jointes : ensemble des éléments constituant la partie n°2 « projet » du dossier dans un fichier ZIP. Toutes les pièces devront être au format PDF.

Les pièces jointes ne seront ouvertes qu'à l'issue de la période de dépôt.

7.2. Contenu du dossier de candidature

Chaque candidat, personne physique ou morale gestionnaire responsable du projet, adresse en une seule fois à l'autorité ou aux autorités compétentes, par lettre recommandée avec avis de réception ou par tout autre moyen permettant d'attester de la date de leur réception, les documents suivants :

1 - Concernant sa candidature :

- a) Les documents permettant de l'identifier, notamment un exemplaire de ses statuts s'il s'agit d'une personne morale de droit privé ;
- b) Une déclaration sur l'honneur certifiant qu'il n'est pas l'objet de l'une des condamnations devenues définitives mentionnées au livre III du présent code ;
- c) Une déclaration sur l'honneur certifiant qu'il n'est l'objet d'aucune des procédures mentionnées aux articles L. 313-16, L. 331-5, L. 471-3, L. 472-10, L. 474-2 ou L. 474-5
- d) Une copie de la dernière certification aux comptes s'il y est tenu en vertu du code de commerce ;
- e) Des éléments descriptifs de son activité dans le domaine social et médico-social et de la situation financière de cette activité ou de son but social ou médico-social tel que résultant de ses statuts lorsqu'il ne dispose pas encore d'une telle activité ;

2 - Concernant son projet :

Tout document permettant de décrire de manière complète le projet en réponse aux besoins décrits par le cahier des charges ; le choix de l'implantation retenue ainsi que l'évaluation des besoins identifiés sur le territoire, quantitatifs et qualitatifs, ainsi que les modalités d'association des partenaires à la co-construction du projet et à sa mise en œuvre (projet de convention...).

Un état descriptif des principales caractéristiques auxquelles le projet doit satisfaire :

- ✱ Un dossier relatif aux démarches et procédures propres à garantir la qualité de la prise en charge comprenant :
 - le projet d'établissement ou de service mentionné à l'article L. 311-8 ;
 - l'énoncé des dispositions propre à garantir les droits des usagers en application des articles L. 311-3 à L. 311-8 et les modalités mises en œuvre pour recueillir leurs attentes et leurs besoins
 - la méthode d'évaluation prévue pour l'application du premier alinéa de l'article L. 312-8, ou le résultat d'évaluations faites en application du même article dans le cas d'une extension ou d'une transformation ; les modalités internes d'évaluation des projets individualisés d'accompagnement et de respect des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ;
 - le cas échéant, les modalités de coopération envisagées en application de l'article L.312-7
- ✱ Un dossier relatif aux personnels comprenant :
 - une répartition prévisionnelle des effectifs par type de qualification avec les missions confiées,
 - le plan de formation,
- ✱ Selon la nature de la prise en charge ou en tant que de besoin, un dossier relatif aux exigences architecturales comportant :
 - une note sur le projet architectural décrivant avec précision l'implantation, la surface et la nature des locaux en fonction de leur finalité et du public accueilli ou accompagné ;
 - en cas de construction nouvelle, des plans prévisionnels qui peuvent, conformément à la réglementation qui leur est applicable, ne pas être au moment de l'appel à projet obligatoirement réalisés par un architecte ;
- ✱ Un dossier financier comportant outre le bilan financier du projet et le plan de financement de l'opération, mentionnés au 2° de l'article R. 313-4-3 du même code :
 - les comptes annuels consolidés de l'organisme gestionnaire lorsqu'ils sont obligatoires ;
 - le programme prévisionnel d'investissement précisant la nature des opérations, leurs coûts, leurs modes de financement et un planning de réalisation ;
 - les incidences sur le budget d'exploitation de l'établissement ou du service du plan de financement mentionné ci-dessus ;
 - le budget prévisionnel en année pleine de l'établissement ou du service pour sa première année de fonctionnement ;

Les modèles des documents relatifs au bilan financier, au plan de financement et au budget prévisionnel sont fixés par arrêté du ministre chargé des Solidarités et de la Santé.

- ✗ Le cas échéant, l'exposé précis des variantes proposées et les conditions de respect des exigences minimales que ces dernières doivent respecter,
- ✗ Dans le cas où plusieurs personnes physiques ou morales gestionnaires s'associent pour proposer un projet, un état descriptif des modalités de coopération envisagées.

La réponse consiste en un projet détaillé d'organisation et de fonctionnement. Il devra faire apparaître clairement les points suivants :

- La compréhension et l'analyse de la demande ;
- La vision du lien et du fonctionnement avec les centres référents et/ou structures de soins de proximité en réhabilitation psycho-sociale du territoire ;
- Les modalités de couverture territoriale ;
- Le référentiel d'intervention de l'équipe et l'expérience du promoteur dans le champ du handicap psychique ;
- Des exemples détaillés de mise en œuvre opérationnelle d'une intervention ;
- Le réseau partenarial et l'implantation du promoteur sur le territoire, notamment les autres services sociaux et médico-sociaux, ainsi que les dispositifs de droit commun ;
- La composition de l'équipe (fonctions, missions, compétences, temps de travail) ;
- Le plan de formation pluriannuel (formations, professionnels concernés + coûts) ;
- Le budget prévisionnel de la 1^{ère} année de fonctionnement (prorata temporis) et de la 2^{ème} année (année pleine) ;
- Les mutualisations envisagées tant en interne qu'en externe ;
- La capacité du promoteur à mettre en place le service dans les délais impartis ;
- Les modalités de mise en œuvre des outils de la loi 2002-2.

7.3. Le processus de sélection

Les projets seront analysés par des instructeurs désignés par le Directeur Général de l'ARS et par la responsable du Pôle handicap et animation du Conseil départemental.

Les dossiers parvenus ou déposés après la date limite de dépôt des dossiers ne seront pas recevables (le cachet de la Poste ou le récépissé de dépôt faisant foi).

La vérification des dossiers reçus dans la période de dépôt se fait en deux étapes :

1° vérification de la complétude administrative et de la complétude du dossier conformément à l'article R. 313-5-1-1er alinéa du CASF ; le cas échéant, il peut être demandé aux candidats de compléter le dossier de candidature pour les informations administratives prévues au 1° de l'article R. 313-4-3 du CASF dans un délai de 8 jours.

2° les dossiers reçus complets à la date de clôture de la période de dépôt et ceux qui auront été complétés dans le délai indiqué ci-dessus seront analysés sur le fond du projet en fonction des critères de sélection et de notation des projets dont la liste est jointe en annexe 2 du présent avis.

A ce stade, l'instruction des dossiers prévus à l'article R 313-6 3° du CASF (dossiers manifestement étrangers à l'appel à projet) ne sera pas engagée.

Les instructeurs désignés établiront un seul et unique rapport d'instruction motivé sur chacun des projets qu'ils présenteront à la commission d'information et de sélection d'appel à projet. Sur la demande du président de la commission, l'instructeur proposera un classement des projets selon les critères de sélection prévus par l'appel à projet.

La commission d'information et de sélection d'appel à projet constituée par le Directeur Général selon l'article R 313-1 du CASF se réunira pour examiner les projets et les classer.

La décision portant composition de la commission est publiée :

- Au RAA de la préfecture de Région et mise en ligne sur le site de l'ARS à l'adresse www.ars.nouvelle-aquitaine.fr , dans la rubrique Appels à projet.

La décision conjointe d'autorisation prise par le Directeur Général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine et le Président du Conseil départemental des Landes sera publiée selon les mêmes modalités, elle sera notifiée au candidat retenu par lettre recommandée avec avis de réception et notifiée individuellement aux autres candidats.

ANNEXE

Document 1 : Grille de cotation des projets

Thèmes	Critères	Coefficient pondérateur	Cotation de 1 à 5
Gouvernance et partenariats	<i>Modalités d'articulation avec le dispositif régional de réhabilitation psychosociale dans son versant sanitaire (centre référent et structures de soins de proximité labellisées en 2018)</i>	5	
	<i>Modalités d'articulation avec les Etablissements et Services Sociaux et Médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap psychique, et avec les dispositifs favorisant l'articulation entre les secteurs sanitaires, sociaux et médicosociaux</i>	4	
	<i>Modalités d'articulation avec les ressources de droit commun, notamment dans les champs du logement, de l'emploi/formation, des loisirs et de la culture</i>	5	
	<i>Modalités d'articulation avec les MDPH</i>	4	
Qualité du projet d'accompagnement	<i>Appropriation des recommandations nationales de bonnes pratiques HAS</i>	5	
	<i>Modalités de mise en œuvre opérationnelle des différentes missions d'intervention</i>	4	
	<i>Participation et soutien de la famille et des proches</i>	3	
	<i>Garantie des droits des usagers et modalités de mise en place des outils de la loi 2002-2</i>	3	
	<i>Stratégie d'amélioration continue de la qualité et modalités d'évaluation des résultats</i>	4	
Moyens humains, matériels et financiers	<i>Ressources humaines : adéquation de la composition de l'équipe aux missions, adaptation et évaluation des compétences (formation, supervisions...)</i>	5	
	<i>Intégration d'un travailleur pair dans l'équipe</i>	3	
	<i>Localisation et modalités de couverture du territoire d'intervention</i>	4	
	<i>Cohérence du budget présenté au regard du projet</i>	3	
	<i>Respect de la dotation allouée</i>	4	
Capacité de mise en œuvre	<i>Expérience du promoteur (connaissance du territoire et du public)</i>	5	
	<i>Capacités de mise en œuvre du projet par le candidat (capacités financières, respect des délais attendus)</i>	4	