

# CAP ESMS 2025

ENJEUX DU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

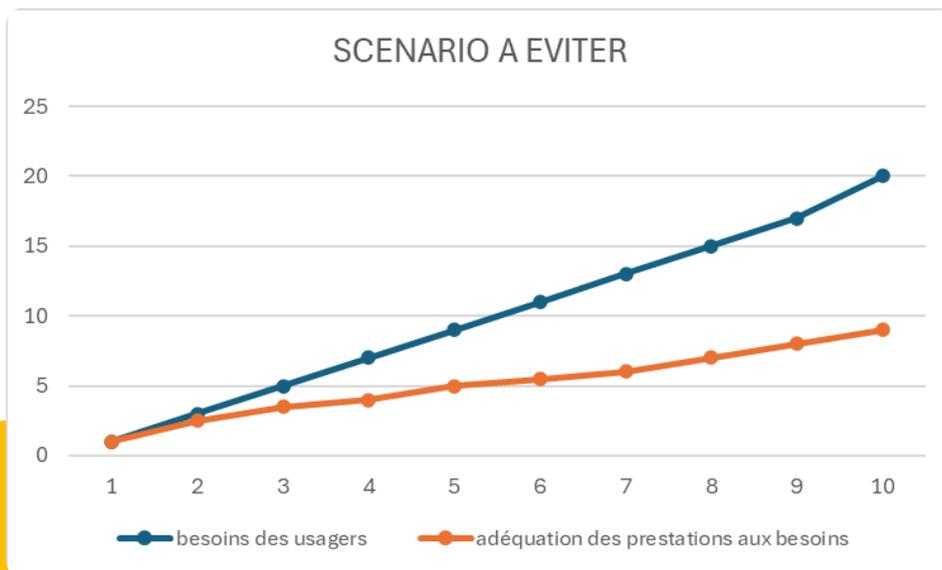
20/06/2025

**TABLE RONDE 1**  
**LA TRANSFORMATION DE L'OFFRE**  
**DANS LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL**

**SECTEUR DU HANDICAP :  
L'EXEMPLE DU  
DISPOSITIF INTÉGRÉ**

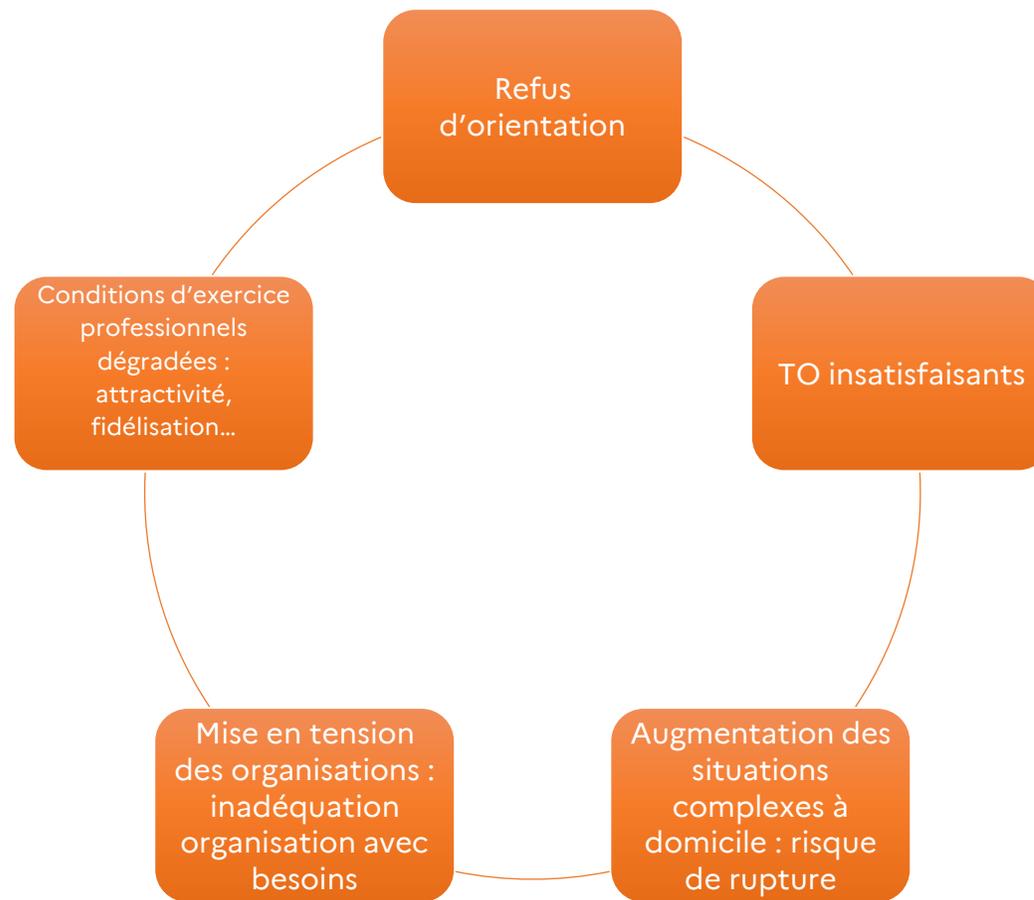
**SECTEUR EHPAD :  
LA MODULARITÉ DES  
ORGANISATIONS ET DES  
PRESTATIONS**

## Un enjeu qui s'impose au secteur du Handicap comme à celui de la dépendance



Autodétermination

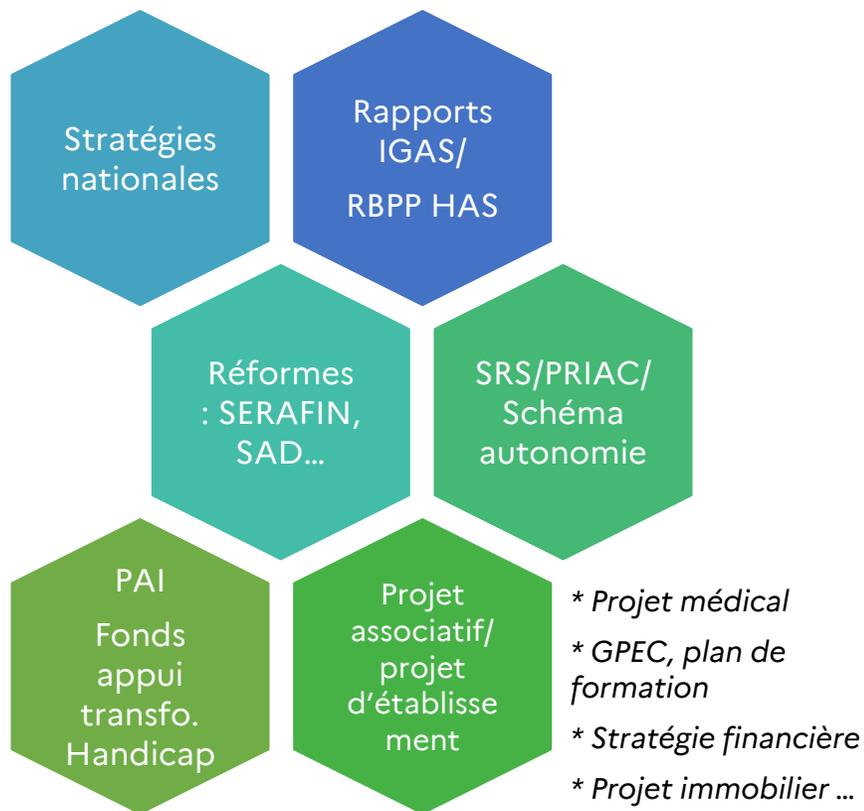
Inclusion



Ouverture/modularité

Répit

# Un engagement de tous les acteurs, une mobilisation de tous les leviers d'action



Organisations  
modulaires

Organisations  
spécialisées



Organisation  
intersectorielle

## Handicap : le dispositif intégré



Le cadre juridique : le décret du 05/07/2024

*L. LAFOLLY, responsable planification*

L'exemple des DITEP

*P. NIEL, directrice*



Le fonds d'appui à la transformation de l'offre PH

*A. REPELIN, directrice*

## EHPAD : sécurisation et adaptation



Diversifier les prestations en EHPAD

*C. LHOMME, directrice*

Renforcer et sécuriser les accompagnements en EHPAD

*A. LOVICH, directrice*



L'accompagnement non médicamenteux en EHPAD

*JL PISELLA, directeur*

*S. VERLAYE, cadre de santé*



*Décret du 5 juillet 2024 relatif aux modalités de fonctionnement en dispositif intégré des établissements et services médico-sociaux*

*L. LAFOLLY, responsable planification MS-ARS*

TABLE RONDE 1  
LA TRANSFORMATION  
DE L'OFFRE

SECTEUR DU HANDICAP :  
L'EXEMPLE DU  
DISPOSITIF INTÉGRÉ

# Contexte et objectifs du décret

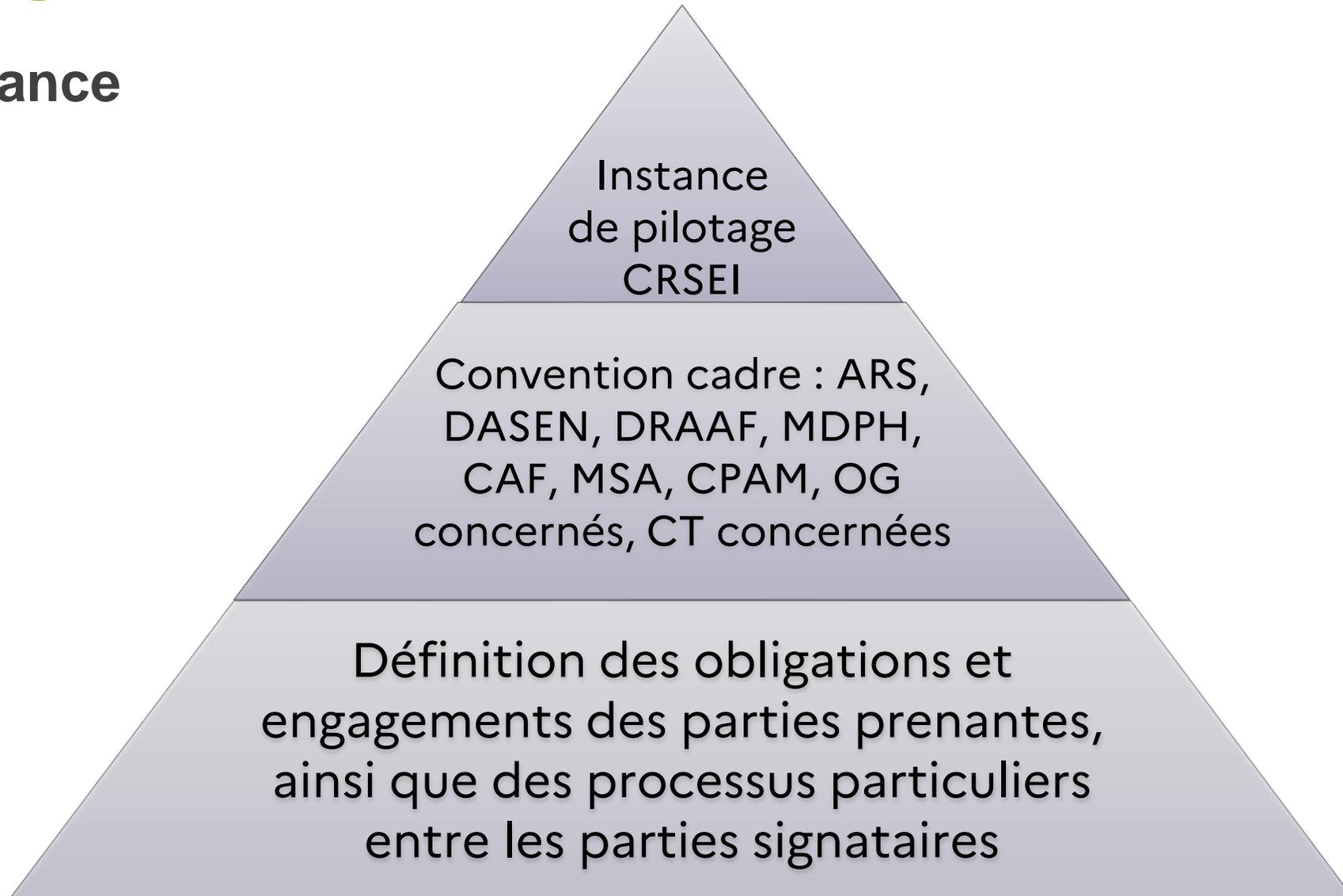
## •Contexte législatif :

- S'inscrit dans la stratégie nationale TND 2023-2027.
- Vient renforcer les démarches de transformation de l'offre médico-sociale.
- Vise la mise en œuvre concrète du fonctionnement "en dispositif intégré".

## •Objectifs principaux :

- Garantir des réponses plus souples, réactives et personnalisées.
- Décloisonner les prises en charge.
- Renforcer la logique de parcours et l'autodétermination des personnes accompagnées.

# Gouvernance



## Prestations de l'ESMS fonctionnant en dispositif intégré

→ Les ESMS doivent proposer **directement** ou **en partenariat** avec un autre ESMS:

- l'ensemble des modalités **d'accompagnement**;
- un ensemble de prestations **adaptées, souples et modulaires et** s'appuie sur des **modalités d'accompagnement plurielles et combinées**.

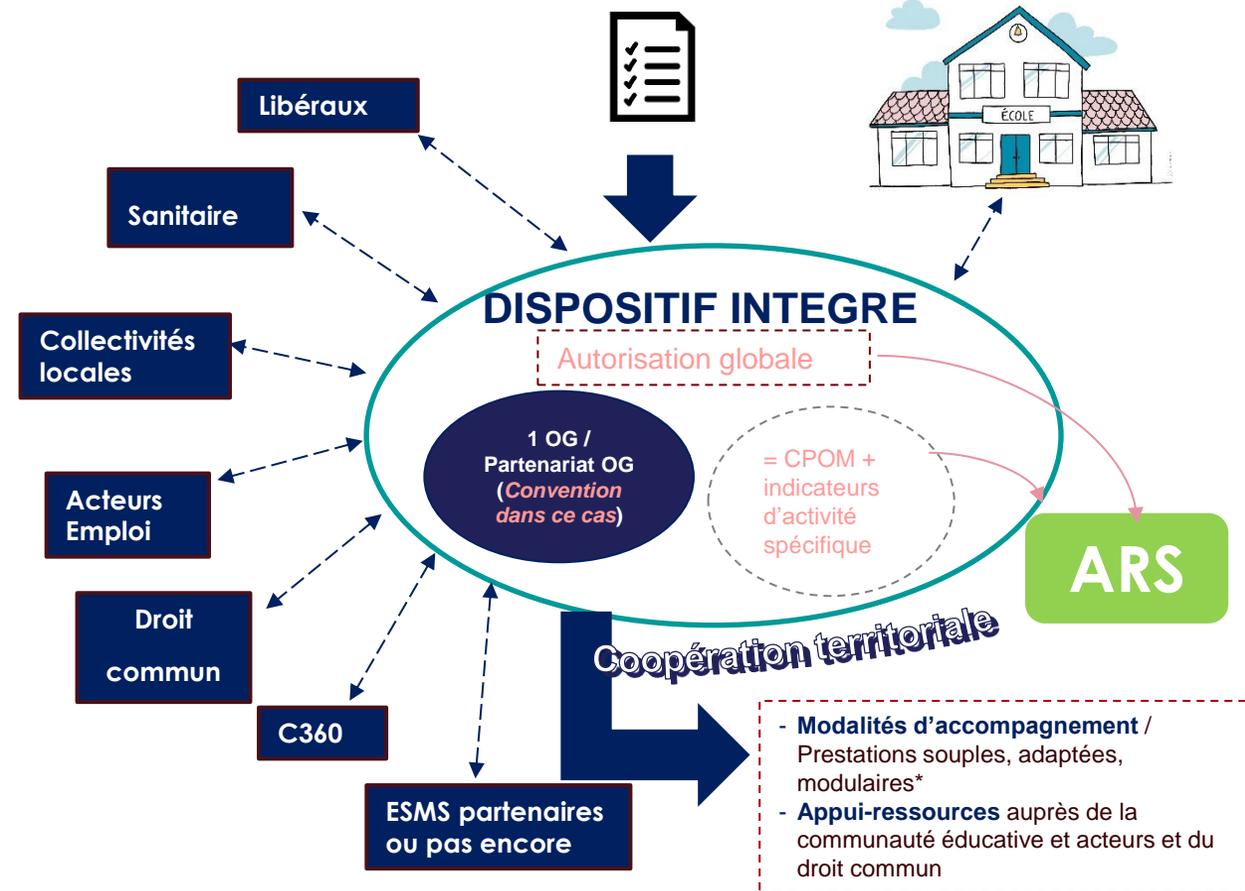
Prestations en milieu  
ordinaire

Accueil de jour  
(à temps partiel ou  
complet )

Accueil de nuit  
(selon l'offre du  
territoire: internat,  
internat modulé ,  
accueil familial  
spécialisé) ,

# Fonctionnement en dispositif intégré

## Objectifs



- Faciliter la **scolarisation** des enfants en **milieu ordinaire**
- Faciliter le parcours des enfants entre les différentes modalités d'accompagnement, en **limitant le recours à la CDAPH** et en permettant une **meilleure adaptation à leurs besoins**
- Éviter les **ruptures de parcours**
- Permettre la réalisation du projet de vie dans une **visée inclusive** et dans **toutes ses dimensions** ( accès à l'école, au périscolaire, aux sports... via un accompagnement et/ou un **appui médico-social adapté et évolutif** auprès du **jeune** ou de son **environnement** (famille, communauté éducative, professionnels de droits communs ...)
- S'inscrire dans une **responsabilité populationnelle** et **territoriale** dans le cadre d'une **logique interinstitutionnelle, inter-opérateur**, et dans une **organisation graduée de l'offre**

## Orientation et information

- **Orientation vers un ESMS en dispositif intégré** précisée par la CDAPH avec indication sur la première modalité d'accompagnement et de scolarisation
- **Information des familles** sur les modalités de fonctionnement en dispositif intégré.
- **Recueil de l'accord des parents ou du jeune majeur** avant toute orientation ou modification des modalités d'accompagnement.

## Evaluation et modifications

- **Évaluation des besoins et attentes de l'enfant ou du jeune** réalisée par l'ESMS en lien avec les partenaires de l'accompagnement.
- **Utilisation de la fiche de liaison** pour formaliser les modifications des modalités d'accompagnement ou du projet personnalisé de scolarisation (PPS).
- **Délai de rétractation pour les familles :**
  - 15 jours francs pour les modifications des modalités d'accompagnement.
  - 30 jours francs pour les modifications du PPS.

## Fin de l'accompagnement

- **Fourniture d'un projet d'orientation** à la CDAPH lorsque l'accompagnement arrive à son terme.
- **Transmission de la fiche de liaison actualisée** en cas de changement de domicile du jeune dans un autre département.



***L'ESMS ne peut mettre fin à l'accompagnement sans décision préalable de la CDAPH***

Réexamen par la CDAPH uniquement en cas de modification substantielle significative du projet et/ou à la demande de la famille

## Appui ressources auprès de la communauté éducative et des acteurs de droits communs

→ Les ESMS fonctionnant en dispositif intégré mettent à disposition **leur expertise** auprès de **l'ensemble des acteurs de la vie** de l'enfant pour **faciliter les parcours** et la **réalisation des projets de vie**



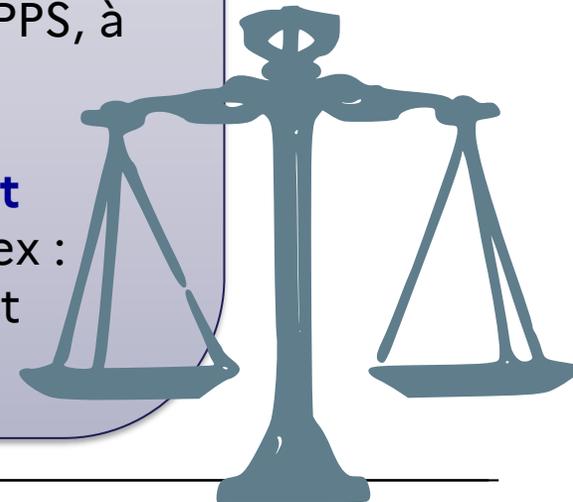
### Objectifs de la fonction appui-ressources:

- **Apporter une réponse** à tous les acteurs intervenant en proximité des lieux de vie de l'enfant (école, périscolaire, activités sportives ou de loisirs, mission locale....)
- Faciliter la **gradation des réponses** vise à **renforcer la coopération territoriale**

Principe de  
responsabilité  
populationnelle

## Synthèse des principales obligations réglementaires

- Signature d'une **convention cadre** avec l'ensemble des partenaires (MDPH, ARS, Éducation nationale, organismes de protection sociale, etc.) qui constitue le fondement juridique du fonctionnement en dispositif intégré
- Élaboration d'un **projet de fonctionnement en dispositif intégré**, annexé au CPOM.
- Mise à jour du **règlement de fonctionnement** et du **livret d'accueil**.
- Production d'une **fiche de liaison** en cas de changement de modalités ou de PPS, à adresser à la MDPH
- Toute orientation vers un dispositif intégré doit se faire avec le **consentement éclairé des parents ou du jeune majeur**. En cas de modification substantielle (ex : changement de scolarisation ou de lieu de vie), l'accord formel des parents est **obligatoire**.



# Perspectives sur le secteur des ESMS PH Adultes

Les ESMS adultes ne sont pas directement concernés aujourd'hui, mais les dynamiques engagées (logique de parcours, transformation de l'offre, engagement 5 Stratégie TND, virage inclusif) plaident en faveur d'**une prochaine extension du modèle intégré**.

Les acteurs du secteur adulte doivent se préparer dès maintenant : renforcer les **coopérations**, assouplir les organisations, et mettre en œuvre une logique de **modularité**, d'**autodétermination** et de **parcours individualisé**.

Les coopérations inter-ESMS adultes pourront anticiper une logique d'intégration (via conventions locales, coordination fonctionnelle, partage de file active).

Le cadre des prochaines mises en concurrence (AAP, AAC, AMI) et des ENI sur le territoire de la Corse intégrera systématiquement des **exigences d'intégration modulaire**.



## Calendrier



- ✓ Échelonnement de la transformation de **l'ensemble des ESMS PH enfant** de la région de **2025 à 2026** ;
- ✓ Échelonnement de la transformation de **l'ensemble des ESMS PH adultes** de la région de **à compter de 2026** ;
- ✓ Transmission d'ici l'été d'un courrier à l'attention de chaque OG avec une partie relative au fonctionnement en dispositif intégré
- ✓ En retour, chaque OG concerné devra faire un état de son avancement sur le sujet et faire part à l'ARS d'un calendrier prévisionnel de déploiement
- ✓ Les projets suffisamment murs pourront faire l'objet d'une transmission aux services de l'ARS et seront instruit au fil de l'eau

# *L'exemple des DITEP*

*P. NIEL, Directrice*

TABLE RONDE 1  
LA TRANSFORMATION  
DE L'OFFRE

SECTEUR DU HANDICAP :  
L'EXEMPLE DU  
DISPOSITIF INTÉGRÉ



# REGARD PORTÉ SUR L'ÉVOLUTION DU FONCTIONNEMENT EN DISPOSITIF DES ESMS

CORTE – 20 juin 2025

Présenté par Patricia NIEL – Directrice de l'Association Départementale de Promotion pour la Santé (ADPS)

- 1. L'histoire et l'origine du dispositif intégré des ESMS**
- 2. Du décret DITEP au décret DIME**
- 3. Objectifs du fonctionnement en dispositif**
- 4. La fonction d'appui-ressources**
- 5. Repérage des leviers et des freins concernant le fonctionnement en dispositif de l'ITEP A STRADELLA**

# 1. L'histoire et l'origine du dispositif intégré des ESMS

- « Le fonctionnement en dispositif ITEP » est issu initialement d'une expérimentation nationale démarrée en 2013.
- Elle a été pilotée par la CNSA et la DGCS à la demande, avec le soutien de l'Association des ITEP et de leurs Réseaux (AIRe).
- L'objet était de faciliter les transitions et le passage entre les différents modes d'accompagnement et de scolarisation proposés aux jeunes accueillis dans les ITEP et les SESSAD.
- À la suite de cette expérimentation, il y a eu la publication d'un décret DITEP en 2017, suivie de la publication d'une instruction cette même année.

# 1. L'histoire et l'origine du dispositif intégré des ESMS

- Toutefois, ce décret DITEP limitait le fonctionnement en dispositif exclusivement aux ITEP.
- Nous pouvons affirmer aujourd'hui que les ITEP ont été les pionniers en matière de dispositif intégré.
- Après de longues années de gestation, le décret relatif aux modalités de fonctionnement en dispositif intégré des établissements et services médico-sociaux, le DIME - Dispositifs Inclusifs Médico-Educatifs - est paru le 5 juillet 2024.
- Cette parution confère enfin un cadre légal au fonctionnement en dispositif intégré des ESMS.

## 2. Du décret DITEP au décret DIME

- Le décret DIME est très largement inspiré du décret DITEP, qu'il abroge par ailleurs.
- Pour autant nous relevons plusieurs points d'évolution pertinents dans ce dernier décret :
  - L'implication des parents ou du représentant légal est appuyée voire renforcée.
  - Il spécifie que lors d'une orientation en dispositif actée par la CDAPH, la 1<sup>ère</sup> modalité d'accompagnement doit être indiquée sur la notification.
  - Par la suite tout changement de modalité fera l'objet d'un dialogue entre la famille, l'équipe pluridisciplinaire de l'établissement médico-social et l'équipe éducative de l'établissement scolaire avec notamment, la réunion d'une équipe de suivi de scolarisation - ESS - pour des évolutions liées à la scolarisation ou l'orientation.
  - Si un accord est trouvé, les nouvelles modalités d'accompagnement sont mises en œuvre directement. La famille dispose d'un délai de rétractation de 15 jours pour revenir à la situation antérieure, et de 30 jours (au lieu de 15 jours auparavant dans le décret dispositif ITEP) en ce qui concerne les modifications du projet personnalisé de scolarisation – PPS -.

# 3. Objectifs du fonctionnement en dispositif

- **Elaborer des projets singuliers et adaptés aux besoins évolutifs de chaque jeune.**
- **Le passage d'une logique de filière à une logique de parcours personnalisé et décroisé.**
- **L'obligation, pour les organismes gestionnaires fonctionnant en dispositif intégré, de s'organiser pour disposer des 3 modalités d'accueil :**
  - **Ambulatoire - SESSAD**
  - **Accueil de jour - SEMI-INTERNAT**
  - **Accueil de nuit – INTERNAT**

# 4. La fonction d'appui-ressources

Le décret DIME rappelle nettement que :

- Pour l'Education Nationale qui doit mettre en place une Equipe Suivi de Scolarisation (ESS) pour suivre les Projets Personnalisés de Scolarisation (PPS) en associant les acteurs de l'accompagnement, il est rappelé que « les orientations vers les classes des établissements régionaux d'enseignement adapté, les sections d'enseignement général et professionnel adapté et les unités locales d'inclusion scolaire donne lieu à une affectation prononcée par l'autorité académique ».
- Pour la MDPH, la mise en place de la fiche de liaison facilitant les démarches en cas de changement de modalité d'accompagnement.
- Le décret DITEP quant à lui ne définissait pas la fonction appui-ressources, comme une mission spécifique à part entière. En revanche, le décret DIME pose cette fonction comme l'un des principes de mise en œuvre du fonctionnement en dispositif intégré.
- Les établissements deviennent des appui-ressources auprès de la communauté éducative et des acteurs de droits communs.

# 5. Repérage des leviers et des freins concernant le fonctionnement en dispositif de l'ITEP A STRADELLA

## Les leviers

- Une combinaison de modalités d'accueil effective pour les jeunes accompagnés qui détermine la fluidité et la souplesse de leur parcours.
- Une même équipe qui encadre toutes les modalités d'accueil, évitant ainsi le morcellement de l'enfant.
- Un établissement plus ouvert sur l'extérieur, avec une indication de privilégier le « hors les murs », « l'allez vers » afin de sortir de l'institutionnalisation.
- Une ARS et une MDPH de proximité qui favorisent et facilitent les échanges et la communication.
- Une Unité d'Enseignement Internalisée qui permet l'intervention directe et immédiate des éducateurs ou thérapeutes en classe, si la situation le nécessite.
- Un DITEP qui fait appui-ressources pour l'éducation nationale.
- La co-construction des PPA avec les jeunes et les familles, partie prenante de l'élaboration, avec une réelle participation dans le processus.
- Pour les familles un accès facile aux professionnels et à l'encadrement en cas d'envie, de besoin.
- Une dynamique interdisciplinaire bien présente.

# 5. Repérage des leviers et des freins concernant le fonctionnement en dispositif de l'ITEP A STRADELLA

## Les freins

- La notification d'une 1ere modalité d'accueil par la MDPH a pu être pointée par d'autres DITEP comme un frein, puisqu'ils disposaient de lourde liste d'attente.
- Les zones d'habitation des familles et du jeune très éloignées du DITEP.
- La modalité internat par son petit nombre de places ne peut parfois pas permettre de répondre parfaitement aux besoins.
- L'accès au soin : l'orthophonie ou la psychomotricité, la rééducation généralement fait défaut.
- Peu de présence des professionnels DITEP en appui des clubs sportifs ou des activités de loisirs.
- Les projets professionnels et préprofessionnels avec de l'alternance ou de l'apprentissage méritent d'être particulièrement structurés en interne.
- L'accueil des jeunes majeurs devrait se faire sur un autre site car la proximité avec les plus petits peut entraver - en termes organisationnel - le développement social du jeune adulte.
- Les jeunes présentant une problématique de double vulnérabilité questionnent, pour les situations les plus complexes, d'un accueil en son sein du DITEP, déplaçant ainsi le lieu de protection.
- La vacance des postes de médecins psychiatres : où trouver les ressources quand les soins nécessitent un regard plus spécialisé ?

*Le fonds d'appui à la  
transformation de l'offre  
PH*

*A. REPELIN, Directrice*

TABLE RONDE 1  
LA TRANSFORMATION  
DE L'OFFRE

SECTEUR DU HANDICAP :  
L'EXEMPLE DU  
DISPOSITIF INTÉGRÉ



## Appui-ressource LaMAREC

**Organisation** - des ESMS accompagnant des enfants, adolescents et jeunes adultes handicapés - **en dispositif intégré (DI)**

Démarche pilotée par LaMAREC et son partenaire Philaé Conseil



# CONTEXTE ET OBJECTIFS



L'appui proposé par LaMAREC et Philaé s'inscrit dans une logique de transformation des pratiques et de structuration stratégique.

Deux jalons guideront la démarche :

- une feuille de route stratégique partagée d'ici fin septembre [cadrer la démarche, définir les priorités et la vision]
- et un pré-projet DIME consolidé d'ici fin décembre [valider l'engagement, décrire le fonctionnement futur et planifier le déploiement]

*Le calendrier pourra naturellement évoluer en fonction des contraintes des établissements et des dynamiques territoriales.*

- Ce que nous apportons, c'est une méthodologie structurée, réaliste, et transférable, qui soutient à la fois les directions, les équipes, et les collectifs inter-établissements.





# Une démarche collective outillée, soutenue et transférable

- Méthodologie homogène, fondée sur des outils partagés et alignée sur les attendus du décret.
  - boîte à outils partagée : outil diagnostic (présenté lors de la journée ARS a 2024), trames, modèles type de documents.
- Une démarche de 6 mois, qui favorise l'entraide inter-établissement et la convergence des pratiques à l'échelle du territoire = temps collectif et temps individuels
- Méthodologie transférable aux structures PH adultes dès 2026.





# L'outil diagnostique : structuré pour vous accompagner dans la transformation de l'offre

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
1	Coopération & coordination		Inclusion & personnalisation		Autodétermination		Adaptation organisationnelle		Synthèse plan d'action		Retour au sommaire	
2	<b>Partie 1 : COOPÉRATION &amp; COORDINATION DU PARCOURS DE LA PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP</b>											
3	1.1 Compréhension et recueil des besoins, attentes et aspirations de la personne et de son entourage			1.2 Processus d'orientation et d'admission			1.3 Optimisation et personnalisation des prestations					
3	1.4 Pratique de coopération et de coordination		1.5 Projets d'Accompagnement Personnalisés		1.6 Coordination des interventions et transitions		1.7 Gestion numérique et partage d'informations					
9	1.1.1 Anticipation des besoins particuliers que nécessitent les transitions											
10	Avez-vous identifié les transitions délicates dans le parcours de la personne accompagnée (admission, sortie, hospitalisation, emploi, logement, etc.) pour éviter toute rupture et/ou situation pouvant générer du stress ou de l'anxiété ?											
11												
14	Utilisez-vous des outils spécifiques pour accompagner les transitions entre les différentes étapes du parcours de vie, comme des protocoles de transition ou des plans de transition individualisés ?											
15												
18												
19	Le plan de transition a-t-il été adapté aux spécificités du changement de lieu de vie ou de modalités d'accompagnement ?											
22												
23	Une rencontre entre les anciens et les nouveaux professionnels est-elle organisée pour assurer la continuité du suivi ?											
26												
	Des points réguliers de réévaluation de la transition sont-ils planifiés pour ajuster les modalités d'accompagnement si nécessaire ?											

**BOITE À OUTILS ET RÉFÉRENCES**

[P 16 RBPP coordination "anticiper les besoins particuliers qui nécessitent les transitions"](#)

[P 78 RBPP coordination "outil d'aide à la transition"](#)

Mode d'emploi | Coopération & coordination | Inclusion & personnalisation | Autodétermination | Adaptation organisationnelle | Synthèse plan d'action

# Philaé – un partenaire stratégique

Philaé Conseil est un cabinet d'expertise qui accompagne les organisations médico-sociales, dans la transformation des pratiques, des organisations et des lieux, pour construire un avenir commun.

Dans cette démarche, le partenariat avec Philaé permet de décliner concrètement les modalités d'action portées par LaMAREC :

- **Informer** : clarifier les attendus du décret, expliciter les enjeux, structurer les étapes clés ;
- **Outiller** : mise à disposition de benchmark, trames types, des outils communs à tous les établissements ;
- **Accompagner les directeurs** : à travers un **soutien individualisé** pour piloter les COPILs DIME, animer la gestion de projet et conduire le changement ;
- **Co-construire avec les équipes** : via l'animation de workshops de prototypage (parcours, organisation, gouvernance).

Ce travail à trois mains garantit un accompagnement à la fois stratégique, opérationnel et centré sur les réalités du terrain.



# Modalités d'animation



- 5 COPILs d'1h30 à 2h, animés en autonomie par les établissements, avec un appui de LaMAREC et Philaé.
- Accompagnement individualisé des directeurs entre les COPILs pour faciliter le pilotage, la gestion de projet et la conduite au changement.

# Parcours des COPILs – étapes de co-construction du pré-projet DIME

TEMPS	Thème principal	Objectifs & outils mobilisés	Livrable attendu
COPIL de lancement Juillet <i>Visio - collectif</i>	Lancement de la démarche – Auto-évaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Présenter la démarche, les objectifs, le cadre réglementaire et la méthode d'accompagnement.</li> <li>- Sensibiliser à la gestion de projet et à l'accompagnement du changement.</li> <li>- Réaliser un auto-diagnostic avec l'outil LaMAREC aligné sur les exigences du décret : analyse des pratiques actuelles en lien avec les dimensions parcours, coordination, organisation, ressources humaines et partenariats.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identification des priorités de transformation spécifiques à l'établissement en regard des attendus du décret.</li> <li>- Rapport d'auto-évaluation structuré selon les thématiques réglementaires.</li> </ul>
COPIL 2 mi-Septembre <i>Visio collectif</i>	Analyse stratégique et missions des DIME	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analyse des résultats du diagnostic partagé (interne et partenarial).</li> <li>- Clarification des missions du dispositif intégré (accueil, accompagnement, interventions dans les lieux de vie, transitions, situations complexes) et des prestations.</li> <li>- Identification des ruptures de parcours et leviers d'amélioration.</li> <li>- Recueil des besoins d'adaptation et des priorités organisationnelles.</li> <li>- Approfondissement du volet inclusion et personnalisation.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Feuille de route stratégique finalisée, intégrant une analyse SWOT (forces, faiblesses, opportunités, menaces) et fixant les objectifs à court, moyen et long terme.</li> <li>- Cartographie des missions et fonctions à intégrer dans le DIME.</li> </ul>
COPIL 3 Octobre <i>Par établissement ou inter-établissement</i>	Prototype coopération et coordination du parcours	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Modélisation détaillée du parcours de la personne accompagnée depuis l'admission, en intégrant : profil, besoins, prestations de services, modalités d'accompagnement personnalisées.</li> <li>- Définition des modalités et outils de coordination inter-institutionnelle et partenariale.</li> <li>- Identification des temps forts de coordination, instances et rôles clés.</li> <li>- Identification des modalités d'implication des aidants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Note détaillée sur le parcours modélisé de la personne accompagnée, intégrant la coopération et la coordination à l'échelle du dispositif et du territoire.</li> <li>- Propositions d'outils ou processus partagés pour la coordination.</li> </ul>

# Parcours des COPILs – étapes de co-construction du pré-projet DIME (2/2)

TEMPS	Thème principal	Objectifs & outils mobilisés	Livrable attendu
COPIL 4 Novembre Par établissement ou inter- établissement	Prototype adaptation organisationnelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Modélisation de la future organisation du fonctionnement en DIME, en lien avec les dimensions : gestion des parcours, coordination, intervention, accompagnement.</li> <li>- Anticipation des besoins RH : description des fonctions clés (ex. : coordonnateur, référent parcours), compétences requises, périmètre d'intervention.</li> <li>- Définition des modalités et composition des instances de régulation DIME (fréquence, missions, acteurs).</li> <li>- Analyse des besoins en formation et impacts sur la mobilité et évolution des métiers.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Note de prototypage organisationnel précisant l'organigramme fonctionnel, les modalités de régulation et gouvernance.</li> <li>- Plan de formation et de développement des compétences.</li> <li>- Identification des adaptations RH nécessaires pour la mise en œuvre durable du dispositif.</li> </ul>
COPIL 5 Décembre Accompagnement Philaé par établissement	Écriture livrable final	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Synthétiser les travaux des COPIL précédents.</li> <li>- Formaliser la feuille de route de transformation et le pré-projet DIME.</li> <li>- Élaborer une note stratégique de convergence des pratiques DIME au niveau territorial : outils partagés, temps de coordination, rôle des aidants, posture d'équipe, coopération.</li> <li>- Définir les perspectives communes : mutualisation, projets communs, prévention.</li> <li>- Préparer le rétroplanning d'accompagnement au changement pour 2026.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Feuille de route complète et pré-projet DIME conforme au décret.</li> <li>- Note stratégique territoriale de convergence des pratiques.</li> <li>- Rétroplanning opérationnel d'accompagnement au changement.</li> </ul>

# Et après ? déploiement dans le secteur PH adulte



- Méthode duplicable dans les structures PH à partir de 2026.
- Outils adaptables, accompagnement transférable.
- Possibilité de mutualiser certaines fonctions et temps de coordination entre les ESMS.
- Objectif : convergence des pratiques, montée en compétence, transformation durable.

Merci

# *Diversifier les prestations en EHPAD*

*C. LHOMME, Directrice*

TABLE RONDE 1  
LA TRANSFORMATION  
DE L'OFFRE

SECTEUR EHPAD :  
LA MODULARITÉ DES  
ORGANISATIONS ET DES  
PRESTATIONS



**Centre Hospitalier  
Corte Tattone**

**Vers une  
transformation de  
l'offre en EHPAD**



Centre Hospitalier  
Corte Tattone

# Contexte EHPAD

# Contexte EHPAD

- Site médico-social isolé en plein cœur de la forêt de VIZZAVONA, rattaché à l'hôpital de Corte
- 60 places d'EHPAD / 20 places de FAM/ 36 places de MAS
- Un bâtiment monobloc assez vétuste sur 6 niveaux
- Des conditions de travail pénibles sur l'EHPAD: 60 places réparties sur 3 niveaux, avec de longs couloirs (108 mètres).
- Difficulté de recrutement et de fidélisation des professionnels
- Un taux d'occupation insuffisant avec une fermeture de 12 lits pendant 6 ans
- Un déficit conséquent





Centre Hospitalier  
Corte Tattone

# Quelle vision stratégique?

# Les enjeux

- Redimensionner l'offre pour répondre à l'évolution des besoins futurs et proposer un chemin de vie progressif pour nos aînés, du domicile jusqu'à l'institution
- Rééquilibrer les comptes de la structure en visant un taux de remplissage optimum
- Elaborer un projet de reconstruction du site sur Corte cohérent et complémentaire à l'offre existante sur Corte.
- Accompagner la transition avec:
  - La formation et le développement des compétences des professionnels
  - La transformation progressive de l'offre depuis 2023





Centre Hospitalier  
Corte Tattone

# Le projet

# Capacitaire cible EHPAD

## Actuel

60 Places EHPAD +PASA  
**(50 lits installés)**

60 autorisés  
50 installés

## Cible Transitoire

- 60 places EHPAD+PASA  
**(60 lits installés)**
- Ouverture de 12 lits PHV
  - Conversion de 2 places en HT
  - Conventionnement HTU
  - Reconnaissance de 10 lits en UVA
  - Projet équipe mobile UHR

60 autorisés  
Et installés

## Cible Corte

- 60 lits installés:**
- 10 places UVA
  - 10 places UHR
  - 10 places PHV
  - 28 places EHPAD HP et 2 HT (HTU)
  - 1 PASA mixte PA/PH, et accueil de jour
  - équipe mobile UHR

60 autorisés et  
installés



Centre Hospitalier  
Corte Tattone

# La transformation de l'offre

# Les étapes

- 2023:
  - Conventionnement pour mettre en place l'HTU
  - Réponse à l'AAP Accueil de jour itinérant et plateforme de répit en partenariat avec l'association Corse aide à la personne
- 2024:
  - Signature de la convention de partenariat CHICT/CAP/ U Serenu.
  - Réouverture de 12 lits d'EHPAD pour l'accueil de personnes en situation de handicap vieillissant (PHV)
  - transformation de 2 lits permanents en lits temporaires: 60 HP en 2023 / 58 HP + 2 HT en 2024
- 2025:
  - Lancement progressif de l'accueil de jour itinérant
  - Participation à l'expérimentation accueil de nuit pour personnes âgées sur les places HT de l'EHPAD
  - Reconnaissance de l'UVA ?
  - Réflexions en cours sur l'intervention de l'HAD sur l'EHPAD

	2022	2023	2024	2025
T.O	62,96%	73,09%	74,67%	84,48%



# *Renforcer et sécuriser les accompagnements en EHPAD*

*A. LOVICHI, Directrice*

**TABLE RONDE 1**  
**LA TRANSFORMATION**  
**DE L'OFFRE**

**SECTEUR EHPAD :**  
**LA MODULARITÉ DES**  
**ORGANISATIONS ET DES**  
**PRESTATIONS**



DES UNITES THERAPEUTIQUES  
CLASSIQUES...  
A L'EXPERIMENTATION **EVISA**

POUR PRISE EN CHARGE DES TROUBLES  
DU COMPORTEMENT A TOUS LES STADES  
DES MALADIES NEURO-EVOLUTIVES

EXPÉRIENCES RÉSIDENCE SAINTE CÉCILE

# PRÉSENTATION GÉNÉRALE DE L'EHPAD SAINTE CÉCILE

1. Capacité : 121 places HP / 6 places HT
2. Tarif Global avec PUI et IDE de nuit
3. Profil des Résidents :
  - a. Âge moyen : 88 ans et 11 mois / Âge médian 90 ans et 10 mois
  - b. GIR moyen pondéré : 810 avec 75% des Résidents GIR 1/2
  - c. 94 % des résidents présentent des troubles cognitifs et MMSE moyen de 11,8
4. Unités spécifiques :
  - a. Unité Alzheimer labellisée UVA: 14 places HP
  - b. PASA: 12 places
  - c. Équipe Volante d'Intervention et de Soins Adaptés: EVISA
5. Parcours de soins adaptés

# UNITÉ ALZHEIMER LABELLIÉE UVA

1. Cantou ouvert en janvier 2009
2. Cahier des charges interne élaboré en 2010
3. Labellisation UVA en juillet 2024 après confrontation au cahier des charges régional
4. Spécificités : Architecture adaptée, Encadrement renforcé, Activités adaptées
5. Critères d'inclusion : troubles cognitifs et comportementaux sévères, mais personnes stimulables (déambulation autonome, autonomie partielle aux repas), sur indication médicale
6. Critères de sortie: perte d'autonomie (déplacement, repas, toilettes), régression des TC, régression cognitive ne permettant plus la stimulation pour les AVQ
7. Modalités: Accueil 24h/24 – 7j/7, Évaluations régulières (MMSE, NPI-ES, échelles comportementales), Révision de l'indication tous les 3 à 6 mois
8. Objectifs: Sécurité et bien-être des personnes désorientées, Préservation des capacités restantes, Stimulation/ apaisement/respect des troubles du comportement permettant de limiter la prescription de psychotropes

# PÔLE D'ACTIVITÉS ET DE SOINS ADAPTÉS (PASA): LE CLUB

1. Ouverture en avril 2013
2. Capacité : 12 places
3. Labellisation PASA en avril 2013 au regard du cahier des charges Direction Générale de l'Action Sociale
4. Spécificités : Architecture adaptée, Encadrement renforcé, Activités adaptées, Accueil à la journée
5. Critères d'inclusion : résidents atteints de maladie neuro-évolutive avec troubles comportementaux modérés mais perturbateurs assurant leurs transferts, sur indication médicale, autonomie à la marche et aux transferts
6. Critères de sortie: perte d'autonomie (déplacement), régression ou aggravation des TC, CI médicale
7. Modalités: Service ouvert 5j/7j de 10h30 à 16h30, Évaluations régulières (MMSE, NPI-ES, échelles comportementales), Révision de l'indication tous les 3 mois
8. Objectifs: Maintien des capacités fonctionnelles, Prévention des TC perturbateurs, Stimulation/ apaisement permettant de limiter la prescription de psychotropes

# ÉQUIPE VOLANTE D'INTERVENTION ET DE SOINS ADAPTÉS: EVISA

## Constats de départ:

- I. Des besoins spécifiques de la population accueillie :
  - ❑ Entrée tardive en EHPAD Âge moyen 88 ans et 11 mois versus contre 86 ans et 1 mois<sup>1</sup>
  - ❑ Dépendance élevée (75% de Résidents GIR 1/2 versus 45 % en EHPAD<sup>1</sup>)
  - ❑ Troubles cognitifs, psychologiques et psychiatriques.

Malgré les prises en charge proposées par l'établissement (Cantou / PASA) et au regard des critères d'inclusion établis, 38 personnes de la coupe Pathos 2017 ne relevaient pas d'une unité thérapeutique mais présentaient des TC nécessitant un accompagnement adapté

- II. Entrée en établissement = situation de risque de rupture de parcours (changement de lieu de vie, vie non désirée en collectivité, environnement non adapté temporairement à la personne...)
- ⇒ Risque de majoration des signes de vulnérabilité, du retrait, et des comportements défensifs qui apparaîtront comme perturbants pour la personne et perturbateurs pour son entourage (Résidents et soignants).
- III. Nécessité de financements spécifiques pour équipe dédiée

**PASA VOLANT?**

<sup>1</sup> moyenne nationale DREES 2019

# ÉQUIPE VOLANTE D'INTERVENTION ET DE SOINS ADAPTÉS: EVISA

1. Dispositif expérimental intégré au CPOM 2022–2026
2. Début mai 2021 avec retard lié à pandémie et tensions RH
3. Objectif : accompagner les TC non éligibles à l'UVA ou au PASA.
4. Population cible :
  - a. Primo-arrivants pour améliorer socialisation, adaptation en EHPAD et repérage rapide des TC
  - b. Résidents présentant des TC ne relevant ni du PASA ni de l'UVA ou les refusant
5. Spécificités : Repérage des TC par soignants, Evaluations pluriprofessionnelles, Prescription médicale, Indication d'activités adaptées, Activités individuelles ou en petit groupe (2 à 3 personnes), Prises en charge dans le lieu de vie ou locaux dédiés (salle de bain thérapeutique, salle sensorielle)
6. Modalités:
  - a. Présence EVISA 5j/7j de 10h30 à 20h30
  - b. Évaluations trimestrielles (MMSE, NPI-ES) et révision de la prescription

# ÉQUIPE VOLANTE D'INTERVENTION ET DE SOINS ADAPTÉS: EVISA

6. Indications de sortie: raison médicale, refus du Résident, transfert vers une autre unité, régression des troubles permettant une orientation accompagnée vers l'équipe animation
7. Prise en charge hebdomadaire de 10 Résidents : 8 avec TC et 2 adaptations
8. L'équipe: médecin coordonnateur, psychologue, idec, ASG
9. Equipe formée (approche Humanitude®, ASG, formation interne EVISA)
10. Et maintenant ?
  - a) Passerelle EVISA => Animation
  - b) Accompagnement des équipes de proximité sur des TC contextuels touchant plusieurs Résidents au même moment (angoisses crépusculaires, accompagnement deuil, gestion de crise...);
  - c) Création d'une équipe dédiée Unités Thérapeutiques

---

# PROBLEMATIQUES

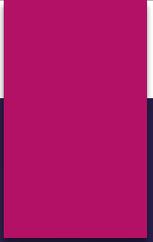
1. Former une équipe dédiée unités thérapeutiques dans un contexte de tension d'emploi sur les équipes AS/AES
2. Difficultés d'anticipation des formations ASG
3. Formation des aidants à la compréhension et à la gestion des TC de leurs proches et des approches non-médicamenteuses

# *L'accompagnement non médicamenteux en EHPAD*

*JL. PISELLA, Directeur  
S. VERLAYE, Cadre de Santé*

TABLE RONDE 1  
LA TRANSFORMATION  
DE L'OFFRE

SECTEUR EHPAD :  
LA MODULARITÉ DES  
ORGANISATIONS ET DES  
PRESTATIONS



# RETOUR SUR LA MISE EN PLACE DE LA POLITIQUE DE REDUCTION DU RECOURS AU MEDICAMENT

EHPAD DE TOGA - BASTIA

# CONTEXTE

- ▶ **PRESENTATION DE L'EHPAD** : Caractéristiques et historiques
- ▶ **ENJEUX FORTS** : population accueillie et littérature sur les effets délétères sur l'autonomie de certains traitements médicamenteux

# RESULTATS OBTENUS

- ▶ Nette diminution du nombre de médicaments prescrits

Notamment :

- ▶ Laxatifs : instauration d'un protocole jus de pruneaux
- ▶ Somnifères : sensibilisation dès l'entrée du résident et arrêt des PM au long court, avec réévaluation à court, moyen et long terme
- ▶ Anxiolytiques : recours à une psychologue, en plus de l'intervention psychiatre 1 à 2 fois par mois

# LEVIERS DE REUSSITE

- ▶ Objectif de service défini dans une charte de fonctionnement remis à chaque agent dès son arrivée dans le service (et à tous les anciens)
- ▶ Capsules de sensibilisation régulières du médecin coordonnateur et encadrement auprès des soignants in-situ, mais également auprès des autres médecins qui exercent sur le service avec recommandation de bonnes pratiques (maxi 5 médicaments par jour et effets méconnus sur la personne âgée)
- ▶ Travail en collaboration avec la pharmacie (Formations auprès des IDE, affichage médicaments à risque chez la PA et flyers donnés individuellement)
- ▶ Informations claires données lors de la visite avant l'entrée du résident (traitement réévalué dès l'entrée avec balance bénéfice/risques) + mise en place de RCP avec réévaluations régulières
- ▶ Prise de conscience de la diminution de la charge de travail des IDE (temps de préparation des semainiers, diminution des manipulations et d'administration)
- ▶ Collaboration et soutien du directeur : Achat de nouveaux chariots de médicaments avec ordinateur intégré facilitant les déplacements et l'ergonomie et permettant une validation en direct (confort et amélioration de la QVT appréciée, vécue comme une récompense sur l'amélioration des pratiques mise en place)
- ▶ Présence journalière renforcée de l'encadrement sur le terrain et lors de la relève pour accompagner et pour exercer la fonction contrôle
- ▶ Collaboration très rapprochée médecin-cadre pour la transmission des informations et la réévaluation des PM
- ▶ Audits sur les risques iatrogènes réalisés régulièrement sur le pôle gériatrie pour resensibiliser les soignants et harmoniser les pratiques
- ▶ Mise en évidence factuelle de la diminution très nette des chutes graves par retour sur les déclarations de chutes (programme faisant parti également d'un travail sur la prévention des chutes, les déclarations de chutes ne comptabilisent maintenant quasiment que des chutes sans caractère de gravité à type de glissade du fauteuil par exemple)
- ▶ Mise en place d'activités physiques adaptées (agents, kiné et animateur) contribuant à maintenir l'autonomie, prévenir les chutes, mais également à occuper les résidents (même en extérieur)

# FREINS RENCONTRES

- ▶ Culture du médicament très enracinée auprès des IDE
- ▶ Habitudes anciennes, résistance aux changements importante (stocks sauvages de laxatifs retrouvés et donnés sans PM)
- ▶ Manque de questionnement des soignants sur leurs pratiques et de d'éducation thérapeutique auprès des résidents et familles
- ▶ Multiples changements engagés, perturbant l'équipe (s'ajoute à l'arrêt des contentions, l'arrivée des lits Alzheimer et une réorganisation complète par corps de métier)= importante levée de boucliers

# BILAN A DEUX ANS DE LA MISE EN PLACE

- ▶ Positif, mais travail de fond à mener avec persévérance (binôme médecin-cadre toujours vigilant = personnes dépendantes, risque de non continuité en cas de changement)
- ▶ IDE beaucoup moins demandeurs, mais avec poursuite de la sensibilisation (présence journalière de l'encadrement sur le terrain et aux transmissions qui alerte le médecin coordonnateur aussitôt si besoin)
- ▶ Les jeunes diplômés restent à sensibiliser dès leur arrivée, car pas assez sensibilisés à l'IFSI (recommandations chez la personne âgée, risques, effets indésirables etc.)
- ▶ Les RCP permettent une réévaluation hebdomadaire en pluridisciplinarité
- ▶ Les audits permettent de nous fixer des objectifs d'amélioration
- ▶ Poursuite de la sensibilisation sur la culture non médicamenteuse par la formation Snoezelen auprès des soignants par la cadre (depuis début avril)
- ▶ Projet PASA pour renforcer nos besoins d'activités thérapeutiques occupationnelles
- ▶ Projet UVA pour formaliser les actions mises en place et les pérenniser avec un effectif en adéquation avec les besoins de prise en charge

