



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



Service émetteur :

Direction de la Stratégie Régionale en Santé
Direction Adjointe Qualité et Pilotage
Département Qualité et Droits des Usagers

Bilan intermédiaire au 30 septembre 2023 Mise en œuvre du plan de contrôle des EHPAD en Bretagne

Synthèse

Au 30 septembre 2023, sur les 501 EHPAD bretons concernés, 44,3% des inspections et 29,7% des contrôles sur pièces (CSP) ont été réalisés. Parmi les 107 EHPAD ayant fait l'objet d'inspections et de contrôle sur pièces, 1082 mesures ont été notifiées dont 5 injonctions et 435 prescriptions. Une majorité relève de la gouvernance de l'établissement.

En matière de gouvernance, la majorité des EHPAD ne dispose pas d'un temps de coordination médicale suffisant. La formalisation des délégations pour les directeurs peut faire défaut, pouvant impliquer des difficultés de gestion. L'organisation de la continuité de direction et des astreintes est hétérogène et peut occasionner des situations fragiles.

Il ressort de façon récurrente un manque de formalisation ou d'actualisation des démarches et documents stratégiques (projet d'établissement, règlement de fonctionnement et démarche qualité dans une moindre mesure), ainsi qu'un manque d'appropriation des équipes. Le turnover des effectifs et les procédures « groupes » sont des facteurs qui peuvent aggraver le déficit d'appropriation. Enfin la participation des usagers ou de leurs représentants au sein des CVS demeurent insuffisante dans un nombre significatif de structures.

S'agissant des fonctions supports et des ressources humaines, il est observé des fragilités durables en termes de ressources humaines. Face aux difficultés de recrutement, de nombreux établissements fonctionnent en ayant recours à des personnels faisant fonction d'aides-soignantes avec un risque de glissements de tâches. Des conséquences ont également été constatées sur l'activité des EHPAD : gel des entrées, sous occupation.

Il a été observé une présence quotidienne de temps infirmier en journée, y compris le WE et jours fériés. La nuit, une équipe est généralement constituée de deux personnes, reposant souvent sur au moins un aide-soignant. **La fragilité de ces organisations** a toutefois été relevée dans de nombreuses situations.

L'accueil et l'accompagnement des nouveaux salariés sont identifiés comme des enjeux forts pour les directions, mais les modalités de mise en œuvre demeurent à conforter.

En matière de prise en charge, le circuit du médicament fait presque systématiquement l'objet de mesures révélant des dysfonctionnements plus ou moins graves relatives à la préparation, à la distribution et aux conditions de stockage (jusqu'à une injonction pour EHPAD).

Bien que formalisés, **les projets d'accompagnement personnalisés** sont insuffisamment actualisés et utilisés par les équipes des EHPAD. De façon plus marginale, il a également pu être constaté des conditions de prise en charge en inadéquation avec le respect des droits et de la dignité des personnes accueillies.

Les EHPAD de petite capacité peinent à répondre à l'intégralité des attendus (qualification du personnel, coordination médicale, organisation la nuit, locaux) qui se traduisent par des insuffisances plus marquées dans la prise en charge.

Contexte

Suite à la parution du livre-enquête « Les fossoyeurs » fin janvier 2022, dénonçant des conditions d'accueil dégradées et de la maltraitance dans les EHPAD du groupe ORPEA, un plan de contrôle national inopiné dans les EHPAD du groupe ORPEA (230 établissements contrôlés au niveau national) et les établissements des groupes privés lucratifs a été mené par les ARS.

Dans la continuité, le gouvernement a annoncé, en mars 2022, l'organisation d'un vaste plan de contrôle visant l'ensemble des EHPAD autorisés sur une période de deux ans (échéance fixée initialement à fin juin 2024), qui a donné lieu à une Orientation Nationale d'Inspection Contrôle (ONIC) inscrite dans le Programme régional d'inspection contrôle (PRIC) 2023 des ARS.

La mise en œuvre du plan de contrôle EHPAD repose sur une collaboration étroite avec les quatre Conseils Départementaux : du ciblage des EHPAD par une analyse partagée des risques à la réalisation d'inspections. Pour l'année 2023, la mobilisation des équipes des CD a permis la réalisation de 22 inspections conjointes.

Conformément aux préconisations nationales, les modalités d'intervention se répartissent de la manière suivante : 80 % de contrôles sur pièces (CSP) et 20% d'inspections sur site.

Au 30 septembre 2023, sur les 501 EHPAD bretons concernés, 44,3% des inspections et 29,7% des contrôles sur pièces (CSP) ont été réalisés.

1) Les premiers constats quantitatifs

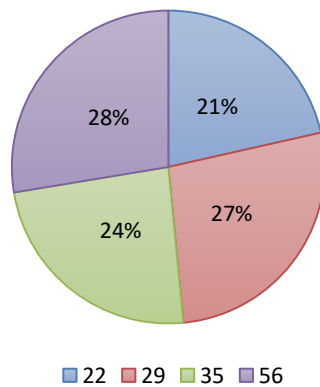
Les premiers constats de la campagne de contrôle EHPAD présentés ci-dessous portent sur 32,5% des EHPAD bretons, soit 163 EHPAD (rapports rédigés). Ces derniers devront donc être confortés lorsque l'intégralité des 501 EHPAD auront fait l'objet d'un contrôle.

Répartition des Contrôles réalisés :

Répartition des inspections-contrôles (IC) réalisés par Département

Département	Nombre d'EHPAD autorisés	Nombre de Contrôles Sur Pièces (CSP)	Nombre Inspections	total
Côtes -d'Armor (22)	118	23	12	35
Finistère (29)	130	32	12	44
Ille-et-Vilaine (35)	145	30	9	39
Morbihan(56)	108	35	10	45
Bretagne	501	120	43	163

Répartition des contrôles* réalisés par Département



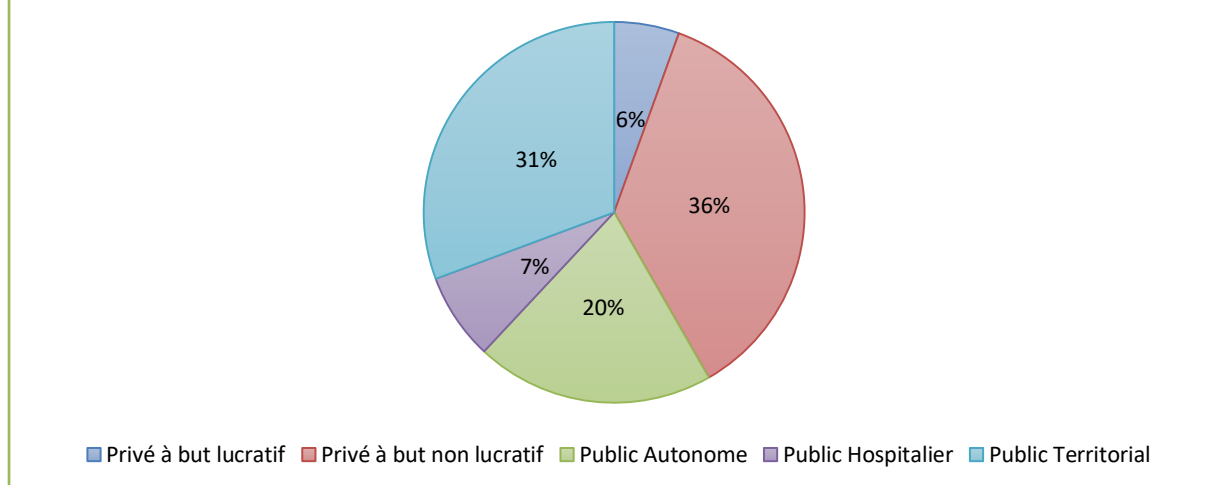
*Inspections et Contrôle Sur Pièces (CSP)

Sur les 163 établissements contrôlés, 28% sont des EHPAD du Morbihan, 27% du Finistère, 24% d'Ille-et-Vilaine et 21% des Côtes d'Armor.

Répartition des IC réalisés par statut

Statut	Nombre d'EHPAD autorisés	Nombre de CSP	Nombre Inspections	total
Privé à but lucratif	21	2	7	9
Privé à but non lucratif	169	45	14	59
Public Autonome	59	31	2	33
Public Hospitalier	82	8	4	12
Public Territorial	170	34	16	50
Total	501	120	43	163

Répartition des contrôles* réalisés par statut



**Inspections et CSP*

Sur les 163 établissements contrôlés, 36% sont des EHPAD privés à but non lucratif, 31% des territoriaux, 20% des publics autonomes, 7% des hospitaliers et 6% des privés à but lucratif.

Répartition des IC réalisés par taille

Groupe	Total
EHPAD de 1 à 59 places	37
EHPAD de 60 à 99 places	90
EHPAD de 100 à 199 places	34
EHPAD de plus de 200 places	2
TOTAL	163

Nombre et typologie des mesures

Les résultats portent sur un échantillon de 107 EHPAD¹ (inspections et contrôles clôturés), soit 21,3 % des EHPAD.

Sur les 107 EHPAD ayant fait l'objet de inspections-contrôle sur pièces, 1082 mesures ont été notifiées dont :

- 5 injonctions pour trois établissements
- 435 prescriptions.
- 642 recommandations

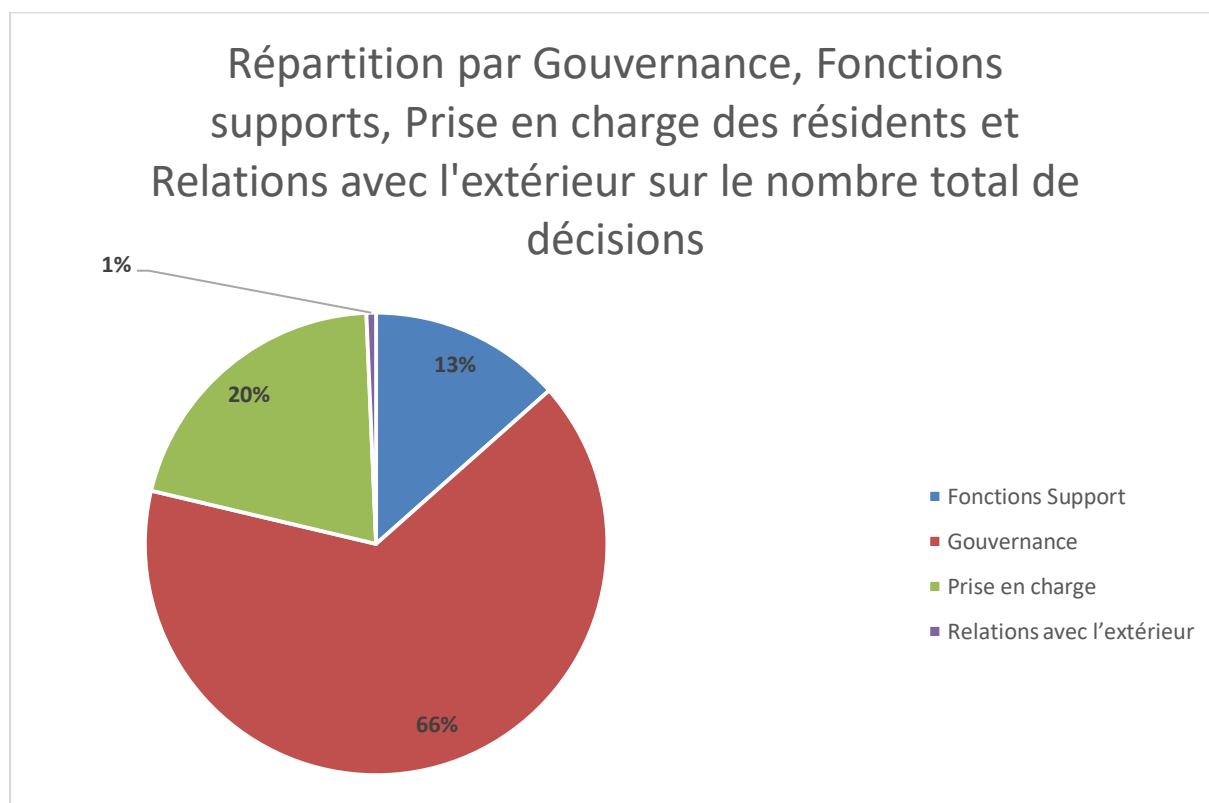
¹ L'échantillon des 107 est à différencier de l'échantillon des 163. Le premier correspond aux inspections et contrôles clôturés c'est-à-dire pour lesquels les lettres des décisions définitives ont été envoyées ; le second quant à lui, correspond aux inspections et contrôles pour lesquels les lettres des décisions envisagées ont été envoyées (procédure contradictoire).

Focus sur les prescriptions et injonctions

Thématique*	Nombre de mesures (prescriptions et injonctions)
Gouvernance	290
Fonctions supports	57
Prise en charge	90
Relations avec l'extérieur	3
TOTAL	440

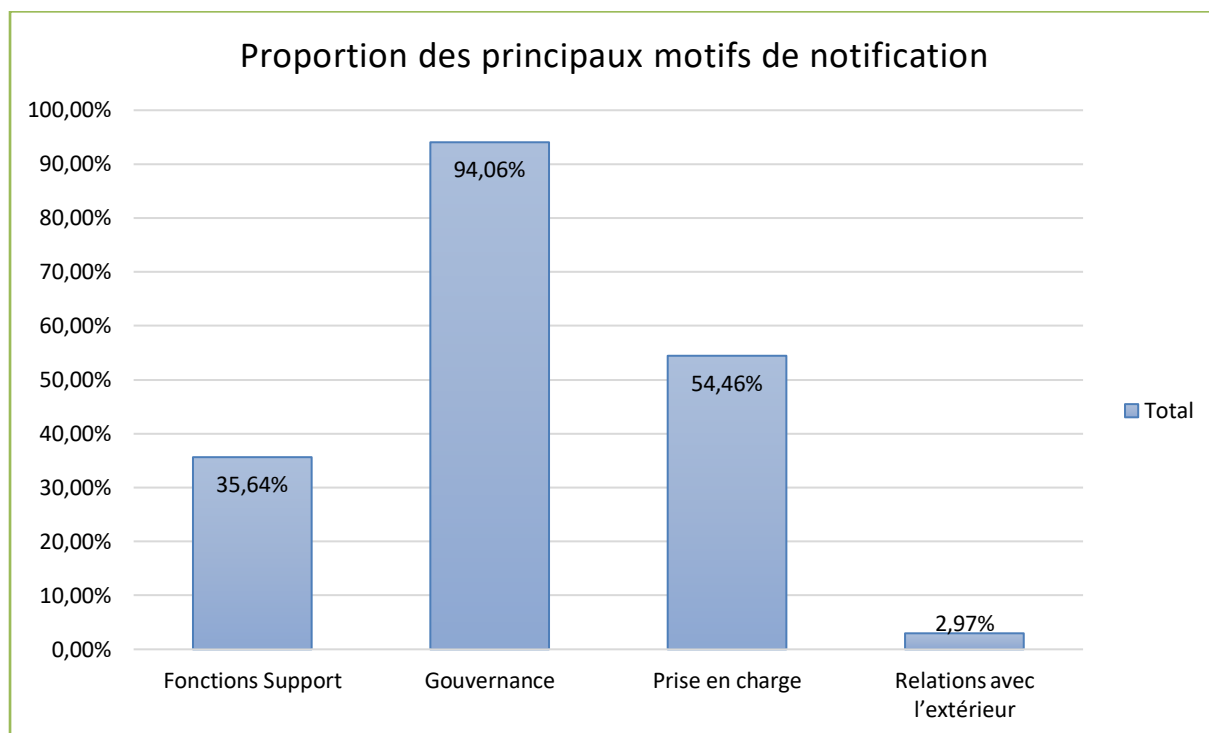
*le volet financier n'a pas été contrôlé

5 injonctions ont été notifiées et portent sur la qualification d'un directeur, l'absence de délégation, le circuit du médicament, un problème de sécurité la nuit et un manque de sécurisation des locaux.



Sur les 440 décisions notifiées, 66% concerne la gouvernance, 20 % la prise en charge, 13% les fonctions support et 1% les relations avec l'extérieur

Il est à noter que les CSP et les inspections thématiques « gouvernance » ne vérifient pas la thématique PEC et les relations avec l'extérieur.



Sur les 107 inspections-contrôles sur pièces clôturés, 94,06% d'entre eux ont abouti à la notification de mesures relatives à la gouvernance, 54,46% à la prise en charge, 35,64% aux fonctions supports et 2,97% aux relations avec l'extérieur.

2) Les principaux constats qualitatifs

- **LA GOUVERNANCE**

► **Management et stratégie**

En EHPAD, la gouvernance repose sur un triptyque : directeur / médecin coordonnateur / IDEC-cadre de santé.

Or, les inspecteurs ont constaté que dans la majorité des EHPAD, le temps de coordination médicale est insuffisant voire absent. Aux difficultés déjà existantes de recrutement s'ajoute l'augmentation du temps réglementaire dédié à la coordination médicale depuis avril 2022.

Le nombre d'IDEC n'ayant pas eu de formation spécifique à la coordination est identifié mais il n'existe pas de législation permettant d'encadrer davantage cette mission de coordination des équipes soignantes.

S'agissant de la qualification des directeurs, dans la majorité des établissements, ils détiennent les diplômes requis et la professionnalisation des missions est réelle. En termes de délégations, elles ne sont pas toujours formalisées ou mises en place et la marge de manœuvre des directeurs peut s'en retrouver réduite dans les ESMS territoriaux mais parfois aussi associatifs.

L'organisation de la continuité de direction et des astreintes est variable selon les statuts. Dans les EHPAD hospitaliers, les astreintes peuvent faire l'objet d'un roulement rendu possible par une mutualisation avec le secteur sanitaire. Pour les établissements territoriaux et parfois les associatifs, on assiste à des situations reposant sur la disponibilité d'un seul directeur 24H/24 – 365 jours par an avec un relai parfois pris par un IDEC/cadre ou même un élu. Dans les premiers, la direction est éloignée et la chaîne hiérarchique n'est pas toujours identifiée par les personnels en place, pour les seconds, il peut arriver une confusion des rôles entre le directeur et le président du conseil d'administration CA (notamment pour les EHPAD relevant d'une petite commune).

En termes d'outils de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale il ressort de façon récurrente un manque de formalisation et/ou d'actualisation des démarches et documents (ex Projet d'établissement, règlement de fonctionnement), ainsi qu'un manque d'appropriation de la part des équipes. Ce constat est renforcé dans les EHPAD hospitaliers où la culture et les outils propres au champ médico-social bénéficient d'une notoriété moins importante que ceux du champ sanitaire. S'agissant du CVS, les inspecteurs ont constaté les difficultés de mise en œuvre du nouveau décret n° 2022-688 du 25 avril 2022 portant modification du conseil de la vie sociale et autres formes de participation. Il apparaît une nécessité à la fois pour les ESMS mais aussi les contrôleurs d'éclaircir les attendus notamment en termes de composition. S'agissant de la participation des usagers, la mobilisation des familles demeure complexe faute de temps (activité professionnelle, éloignement géographique, etc.).

Lorsque la gouvernance est perfectible ou fragilisée, il a été régulièrement constaté des répercussions en termes de ressources humaines (mal-être des professionnels, climat social tendu) et par conséquent, de qualité de la prise en charge des résidents.

► **Gestion des risques**

Dans la majorité des situations, la politique de gestion des risques est faible, voire fait défaut. On observe une amélioration sur la mise en place d'outils (ex Fiches d'évènements indésirables, procédure de déclaration des EI) mais ils ne sont pas toujours bien appropriés, voire pas utilisés. Le turn-over des personnels, facteur de méconnaissance des procédures qualité, contribue à accentuer cette appropriation insuffisante.

Ces difficultés peuvent également trouver leur origine au sein d'établissements gérés par une entité qui en regroupe plusieurs. En effet, les procédures « groupe » ou « siège », non spécifiques à l'établissement, peuvent engendrer des difficultés d'appropriation par le personnel.

S'agissant de la gestion des réclamations, il est rarement mis en place un dispositif opérationnel de recueil et d'analyse des réclamations. De même, peu d'établissements disposent de dispositif d'analyse de pratiques, notamment dans la durée.

- **LES FONCTIONS SUPPORTS**

► **Les Ressources Humaines**

Dans une très large part des établissements contrôlés, il est observé des fragilités durables en termes de ressources humaines, devenues structurelles.

Il est notamment observé des difficultés importantes de recrutement de temps médical comme évoqué précédemment (partie gouvernance) mais également les paramédicaux (aides-soignantes, infirmières, ergothérapeute...). Les établissements fonctionnent de manière chronique avec des personnels faisant fonction, pas ou peu formés sur les profils des personnes accueillies, exerçant des missions d'aides-soignantes avec un risque de glissements de tâches. Les établissements font appel massivement à des professionnels remplaçants (CDD ou intérim) avec un turn-over conséquent.

Il convient de souligner que certains établissements arrivent à fidéliser le personnel remplaçant en recrutant via les plates-formes HUBLO ou PERMUTEO par exemple.

Cette crise d'attractivité a des conséquences sur l'activité des EHPAD constatés par les équipes de contrôle : gel des entrées, taux d'occupation en dessous des 100%, dans un contexte d'évolution démographique qui plaide pour une occupation optimale de ce capacitaire. Cette situation de sous-activité interpelle en matière d'équilibre budgétaire.

Si l'accueil et l'accompagnement des nouveaux salariés apparaît comme un enjeu fort dont les directions se sont emparés, les contrôles montrent qu'il reste un travail à effectuer dans l'élaboration et la mise en œuvre de protocoles d'accueil et d'accompagnement des nouveaux personnels dans de nombreuses structures. De même, le manque de formalisation des fiches de postes et/ou de tâches ou d'actualisation peuvent être des freins à la clarté des rôles et des responsabilités de chacun, a fortiori dans un contexte de turn-over important.

S'agissant des formations, la grande majorité des EHPAD contrôlés dispose de plans de formations mais on observe une hétérogénéité sur la réalisation et le nombre d'agents formés en raison du turn-over. Par ailleurs, il est observé que les formations

spécifiques à la bienveillance ou lutte contre la maltraitance ne sont pas toujours inscrites dans les plans de formation.

Enfin, l'absence de ratio national de personnels (hormis le médecin coordonnateur) ne permet pas d'objectiver le nombre et la qualification des professionnels pour optimiser la prise en charge en fonction du capacitaire de l'établissement. Au-delà des ratios, l'organisation constatée, l'expérience des personnels, l'implication de la gouvernance sont des facteurs qui participent de la qualité globale des accompagnements proposés.

► la sécurité des résidents

Pour une grande majorité des situations, il a été observé une présence quotidienne de temps infirmier en journée, y compris le WE et jours fériés, mais avec des amplitudes variables selon les établissements. Ces variations sont susceptibles d'affecter la qualité de la prise en charge des résidents sur des horaires charnières.

Concernant les horaires de nuit, à part quelques exceptions, une équipe est constituée de deux personnes, reposant souvent sur au moins un soignant (AS/AMP).

Toutefois ces organisations sont fragiles, notamment lors d'absences du personnel titulaire. Elles peuvent se traduire par l'absence de personnel soignant ou qualifié sur ces horaires, majorant ainsi les risques pour les résidents en cas de situation inopinée ou d'évènement indésirable.

La présence d'infirmière la nuit est rare (structures ayant de grosses capacités et les EHPAD hospitaliers). On observe un renforcement des dispositifs d'astreintes infirmières ou de mutualisation de ressources entre structures, dispositifs rendus possibles notamment grâce au soutien financier octroyé par l'ARS Bretagne.

- LA PRISE EN CHARGE

► La sécurité du circuit du médicament

Cette thématique a fait presque systématiquement l'objet de mesures révélant des dysfonctionnements plus ou moins graves relatives à la préparation, à la distribution et aux conditions de stockage (jusqu'à une injonction pour EHPAD).

Pour la plupart, les constats les plus sensibles peuvent être rapidement corrigés par des mesures simples à mettre en œuvre (problème de sécurité et d'accès aux médicaments en lien avec la fermeture ou la sécurisation de locaux ou d'armoire).

► Les projets d'accompagnement personnalisé (PAP)

En amont de l'élaboration des PAP, le recueil des habitudes de vie de la personne accueillie est réalisé. Toutefois les PAP ne sont pas toujours réalisés pour chacun des

résidents et sont globalement peu actualisés et peu utilisés au quotidien par les équipes, qui ne se les approprient pas suffisamment.

► **Le respect des droits et de la dignité des personnes accueillies**

Lors des inspections sur site, il a pu être constaté dans certains établissements des conditions de prise en charge en inadéquation avec le respect des droits et de la dignité des personnes accueillies : réveils matinaux ou dans la nuit, toilettes tardives, couchers précoces, utilisation du tutoiement, le recours à la contention dans le non-respect de la réglementation et des bonnes pratiques.

► **L'application des procédures et protocoles**

Les protocoles/procédures sont souvent obsolètes voire absents et ne tiennent pas compte des nouvelles Recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP). Quand ils existent, ils sont parfois peu connus du personnel notamment quand il s'agit des protocoles généralistes émanant des sièges ou de CH mais non adaptés à chaque établissement.

► **Spécificité des EHPAD de petite taille**

Les EHPAD de petite capacité peinent à répondre à l'intégralité des attendus réglementaires, qui se traduisent par des insuffisances dans la prise en charge. Ces situations ne sont pas liées à un manque d'investissement ou de savoir faire des personnels mais semblent plutôt être la conséquence d'effets de seuil eu égard aux évolutions et attentes vis-à-vis du secteur. En effet, les manquements en termes de coordination médicale, d'organisation des soins la nuit, de qualification et de formation du personnel sont plus prégnants dans ces petites structures. A cela s'ajoutent souvent des locaux inadaptés à une population de plus en plus dépendante.

Conclusion

Il convient de rappeler que les constats dressés ci-dessous sont issus d'un échantillon de 163 EHPAD, soit 32,5% des EHPAD bretons. Les appréciations portées et l'analyse des axes de renforcement à déployer en direction des acteurs du secteur devront être confortés par les résultats des inspections en cours ou à venir.

Depuis le démarrage du plan national, certains établissements se sont dotés de documents « types », dans le but de répondre aux attendus des contrôles sur pièces. Cette dynamique présente l'intérêt d'un 1^{er} niveau de formalisation, qui devra être soutenu dans le temps par la gouvernance de l'établissement. A cet égard, d'autres établissements ont mis à profit ces contrôles pour réinvestir les problématiques visées et relancer des groupes de travail.

Au-delà de l'objectif quantitatif et de l'échéance de cette ONIC, un enjeu fort réside dans les suites d'inspection en lien avec les Conseils Départementaux.

A l'issue du plan inspection-contrôle des EHPAD et de la réalisation de l'intégralité des missions d'ici décembre 2024, un bilan qualitatif exhaustif sera dressé et permettra de consolider ces premiers constats.

Annexe 1 : Typologie des mesures

Il existe différentes décisions de mesures correctives selon le degré de criticité, de risque ou de danger estimé par la mission.

- **L'injonction** : Il s'agit d'une mesure notifiée par l'autorité administrative de faire ou de ne pas faire quelque chose, de remédier à une situation de non-conformité au cadre juridique de l'activité ou à un risque majeur.
- **La prescription** : Elle est destinée à exprimer la nécessité de corriger des non-conformités à des références juridiques, mais elle se distingue de l'injonction par un niveau de risque moindre. La prescription a la même valeur contraignante que l'injonction concernant l'obligation de faire ou de cesser de faire.
- **La recommandation** : Elle vise à corriger des dysfonctionnements ou manquements ne pouvant être caractérisés par la non-conformité à une référence juridique. Dans ce cas, les inspecteurs s'appuient notamment sur des bonnes pratiques.
Elle n'est pas juridiquement opposable à l'entité ou à la structure inspectée.