



**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  
Mission Inspection contrôle

**BILAN**

**Bilan de la mise en œuvre  
du plan de contrôle des  
EHPAD en Bretagne  
(2022-2024)**

## SOMMAIRE

<b>1-Contexte.....</b>	<b>3</b>
<b>2-Répartition des inspections-contrôles, typologie des établissements et niveaux de risque : une analyse globale.....</b>	<b>3</b>
2.1 Répartition des Contrôles réalisés .....	3
2.2 Nombre et typologie des mesures .....	4
2.3 Niveau de risque à l'issue des Inspections/contrôles .....	5
<b>3.1 La gouvernance .....</b>	<b>9</b>
3.1.1 Conformité aux conditions de l'autorisation .....	10
3.1.2 Management et Stratégie .....	10
3.1.3 La gestion des risques.....	17
3.1.4 Politique de promotion de la bientraitance- gestion de la qualité .....	20
<b>3.2 Fonctions supports.....</b>	<b>21</b>
3.2.1 La gestion des ressources humaines.....	22
3.2.2 La sécurité des résidents.....	24
3.2.3 La sécurité des locaux.....	27
<b>3.3 La prise en charge .....</b>	<b>28</b>
3.3.1 Le projet d'accompagnement personnalisé.....	29
3.3.2 Coordination des professionnels.....	30
3.3.3 Respect des droits des personnes.....	31
3.3.4 Vie quotidienne et hébergement .....	32
3.3.5. Soins .....	32
3.6 Le circuit du médicament.....	34
<b>3. 4 Relations avec l'extérieur .....</b>	<b>35</b>
<b>Conclusion .....</b>	<b>36</b>

## 1-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 dans des EHPAD du groupe ORPEA (230 établissements contrôlés au niveau national) et les établissements des groupes privés lucratifs a été mené par les Agences Régionale de Santé (ARS) en février 2022.

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 les Programmes régionaux d'inspection contrôle (PRIC) 2023 et 2024 des ARS.

En Bretagne, la mise en œuvre du plan de contrôle EHPAD a reposé sur une collaboration étroite avec les quatre Conseils Départementaux (CD) : du ciblage des EHPAD par une analyse partagée des risques à la réalisation d'inspections. La mobilisation des équipes des CD a permis la réalisation de 47 inspections conjointes entre 2022 et fin 2024.

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

Au 31 décembre 2024, les 500 EHPAD bretons ont été inspectés ou contrôlés (rapports rédigés).

## 2-Répartition des inspections-contrôles, typologie des établissements et niveaux de risque : une analyse globale

### 2.1 Répartition des Contrôles réalisés

*Répartition des inspections-contrôles (IC) réalisés par Département*

Département	Nombre EHPAD autorisés	%	Nombre de CSP	Nombre Inspections	Dont Inspections conjointes avec les conseils départementaux
22	118	24%	96	22	13
29	130	26%	106	24	13
35	144	29%	116	28	11
56	108	22%	85	23	10
<b>Total</b>	<b>500</b>	<b>100%</b>	<b>403</b>	<b>97</b>	<b>47</b>

*Lecture : 29% des EHPAD bretons se situent dans l'ILLE-ET-VILAINE, contre 26% dans le FINISTERE, 24% dans les CÔTES D'ARMOR et 22% dans le MORBIHAN*

### Répartition des inspections-contrôles (IC) réalisés par Statut

Statut	Nombre d'EHPAD autorisés	%	Nombre de CSP	Nombre Inspections
Privé à but non lucratif	170	34,0%	136	34
Public territorial	168	33,6%	134	32
Public Hospitalier	81	16,2%	69	12
Public Autonome	60	12,0%	49	11
Privé à but lucratif	21	4,2%	13	8
<b>Total</b>	<b>500</b>	<b>100%</b>	<b>403</b>	<b>97</b>

Lecture : Les EHPAD privés à but non lucratif représentent 34% des EHPAD Bretons, contre 33,6% de publics territoriaux, 16,2% de publics hospitaliers, 12% de publics autonomes. Les EHPAD privés à but lucratif représentent 4,2% des EHPAD bretons contre 24% à l'échelle nationale. (Données DREES 2022).

### Répartition des inspections-contrôles (IC) réalisés par capacité

Groupe EHPAD	Nombre d'EHPAD autorisés	%	Nombre de CSP	Nombre Inspections
EHPAD de 1 à 24 places	27	5,4%	25	2
EHPAD de 25 à 44 places	46	9,2%	40	6
EHPAD de 45 à 59 places	54	10,8%	47	7
EHPAD de 60 à 99 places	258	51,6%	200	58
EHPAD de 100 à 199 places	105	21%	83	22
EHPAD de plus de 200 places	10	2%	8	2
<b>Total général</b>	<b>500</b>	<b>100%</b>	<b>403</b>	<b>97</b>

Lecture : Les EHPAD de 60 à 99 places représentent 51,6% des EHPAD bretons. Les EHPAD de moins de 60 places représentent 25,4%.

## 2.2 Nombre et typologie des mesures

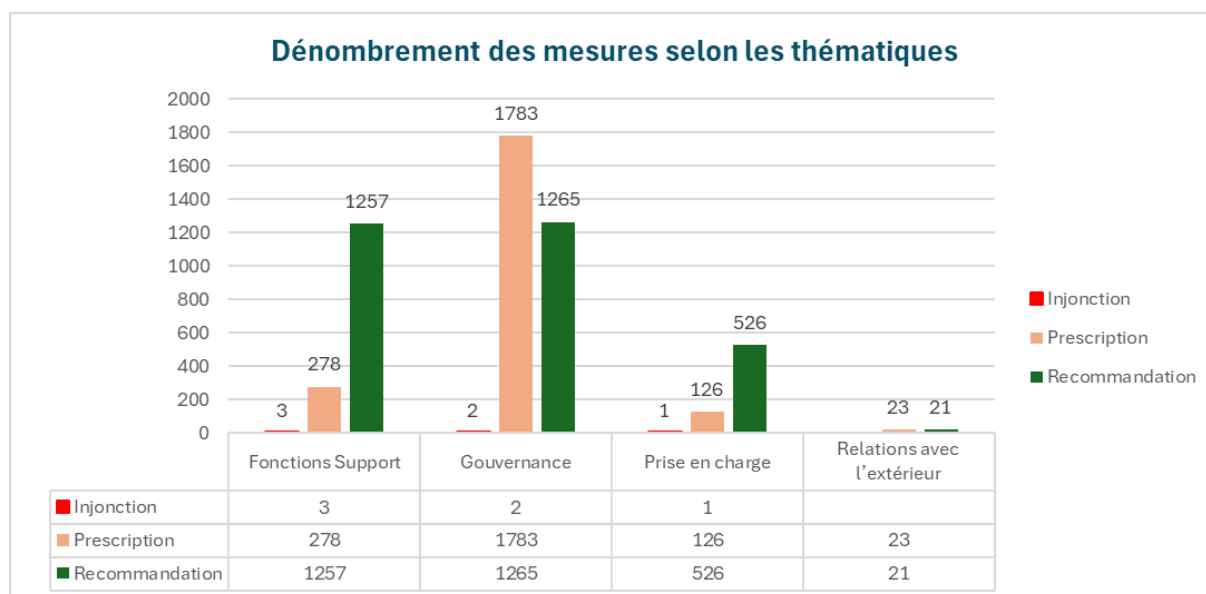
Il existe différentes décisions de mesures correctives selon le degré de criticité, de risque ou de danger estimé par la mission.

- 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 une référence juridique /plusieurs manquements aux bonnes pratiques. 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.

**-Au total en Bretagne, 5 285 mesures ont été notifiées :**

- 6 injonctions
- 2 210 prescriptions
- 3 069 recommandations

Elles ont porté sur les thématiques suivantes :



### **2.3 Niveau de risque à l'issue des Inspections/contrôles**

A l'issue d'une inspection contrôle, 4 niveaux de risque peuvent être identifiés :



L'évaluation du risque global repose sur le niveau de maîtrise, par l'EHPAD, des fonctions clés susceptibles d'impacter la qualité et la sécurité des prises en charge, ainsi que la prévention de la maltraitance. Ces fonctions incluent la gouvernance, les fonctions supports, la prise en charge des résidents et les relations avec les partenaires extérieurs.

Le tableau ci-dessous répartit les établissements bretons par niveaux de risques identifiés à l'issue des inspections et contrôles (en volume et en %) :

Risque	EHPAD	Proportion
<b>Faible</b>	236	47,2%
<b>Moyen</b>	223	44,6%
<b>Elevé</b>	41	8,2%
<b>Total général</b>	<b>500</b>	<b>100%</b>

Lecture : 47,2% des EHPAD ont un risque « FAIBLE » à l'issue des inspections-contrôles contre 8,2% qui ont un risque « ELEVE ».

Il est à noter qu'aucun niveau critique n'a été relevé.

Le tableau suivant en précise la répartition en fonction du type d'intervention réalisée (inspection ou contrôle sur pièces) :

Risque	Contrôle sur pièces	Poids par rapport au total CSP	Inspections	Poids par rapport au total Inspections
<b>Faible</b>	211	52%	25	26%
<b>Moyen</b>	167	42%	56	57%
<b>Elevé</b>	25	6%	16	17%
<b>Total général</b>	<b>403</b>	<b>100%</b>	<b>97</b>	<b>100%</b>

Lecture : 6% des contrôles sur pièces ont un niveau de risque ELEVE contre 17% des inspections.

S'agissant des inspections, la proportion du niveau de risque élevé constaté est la plus importante pour les inspections multithématiques (8/26 EHPAD, soit 31% contre 8/71 EHPAD, soit 11% pour les thématiques)

Le niveau de risque des EHPAD ayant fait l'objet d'une inspection est plus élevé que celui ayant fait l'objet d'un contrôle sur pièces. Cela s'explique du fait du ciblage par l'analyse des risques qui privilégie les inspections sur place pour les structures présentant le plus de risque a priori.

Le tableau ci-dessous présente la répartition des EHPAD contrôlés (en volume), suivant le niveau de risque, **par statut**.

STATUT	Faible	Moyen	Elevé	Total général
Privé à but lucratif	14	6	1	21
Privé à but non lucratif	91	65	14	170
Public Autonome	34	23	3	60
Public Hospitalier	39	41	1	81
Public Territorial	58	88	22	168
<b>Total général</b>	<b>236</b>	<b>223</b>	<b>41</b>	<b>500</b>

Les établissements ayant été contrôlés avec un niveau de risque élevé relèvent de la Fonction publique territoriale (22 soit 53,6%) ou sont des privés à but non lucratif (14 soit 34,1%). Pour les trois autres statuts, elle se situe entre 1 et 3 (entre 2,4% et 7,3%), sachant que pour les privés, ils ne sont que 21 sur la région (4.2%).

Le tableau ci-dessous présente la distribution des EHPAD contrôlés (en volume), suivant le niveau de risque, **par capacité**

CAPACITAIRE	Faible	Moyen	Elevé	Total général
EHPAD de 1 à 24 places	9	10	8	27
EHPAD de 25 à 44 places	14	28	4	46
EHPAD de 45 à 59 places	27	21	6	54
EHPAD de 60 à 99 places	124	117	17	258
EHPAD de 100 à 199 places	56	43	6	105
EHPAD de plus de 200 places	6	4		10
<b>Total général</b>	<b>236</b>	<b>223</b>	<b>41</b>	<b>500</b>

Parmi les EHPAD ayant un niveau de risque élevé, près de 44% sont des EHPAD de moins de 60 places. Parmi eux, les EHPAD de moins de 25 places sont particulièrement concernés avec 29,6% présentant un risque élevé.

Les EHPAD de 60 à 99 places représentent également une part significative (41%) des établissements qui se caractérisent par un risque élevé. Les 17 établissements concernés représentent 6,5% de ce contingent, majoritaire, des établissements bretons.

S'agissant des établissements de plus de 60 places, 6% d'entre eux ont un risque élevé alors qu'ils représentent près de 75% des EHPAD bretons.

Par ailleurs, la part des établissements présentant un niveau de risque élevé est proche entre 3 départements, entre 6 et 7% pour l'Ille-et-Vilaine, le Morbihan et le Finistère. Elle est deux fois supérieure pour les Côtes d'Armor (12,7%).

### 3- Présentation, analyse des résultats et pistes d'amélioration

#### Rappel méthodologique :

Types de contrôles	Nombre	Champs investigués*
Contrôle sur place Inspections multithématiques	26	Gouvernance, Fonctions supports, Prise en charge des résidents, Relations avec l'extérieur
Contrôle sur place Thématique Gouvernance - Gestion des Risques (GDR)	40	Gouvernance, gestion des risques
Contrôle sur place _ Thématique PECM	21	Circuit du médicament
Contrôle sur place _ Thématique FLASH 2022 <sup>1</sup>	10	Politique RH, gestion des risques, relations avec les familles, prise en charge**
Contrôle sur pièce	403	Gouvernance, Ressources humaines, gestion des risques
TOTAL	500	

Dans le cadre du déploiement de l'orientation nationale de contrôle des EHPAD, plusieurs modalités d'intervention ont été retenues afin de respecter les objectifs en volume (500 EHPAD) et calendaires (2022-2024) tout en tenant compte des enjeux organisationnels au sein de l'ARS (ressources /compétences).

Les thématiques investiguées diffèrent selon les types d'IC menées et ont pu être combinées :

*\*le volet financier n'a pas été contrôlé*

*\*\* prise en charge (nutrition, escarres, douleur, circuit du médicament)*

La méthodologie s'appuie sur la cartographie des fonctions contenue dans le guide IGAS<sup>2</sup> autour de quatre fonctions principales, elles-mêmes subdivisées en sous-niveaux de fonctions :

- **La gouvernance** c'est-à-dire principalement le fonctionnement des instances dirigeantes, le pilotage de la structure et la gestion de la qualité et des risques ;
- **Les fonctions supports** qui concernent principalement les ressources humaines et budgétaires, la gestion des informations dont les systèmes d'informations, les bâtiments, les équipements et les différentes sécurités ;
- **La prise en charge** qui intègre les modalités d'accompagnement, le respect des droits des personnes, la vie sociale et relationnelle, l'hébergement, et les soins ;
- **Les relations avec l'extérieur** notamment la coordination avec les acteurs du secteur sanitaire, du secteur social et médico-social et les partenaires institutionnels.

**AVERTISSEMENT : La lecture des constats présentés ci-dessous doit être appréciée au regard du nombre d'EHPAD investigués par thématique. En effet, selon les modalités d'intervention (contrôle sur pièces, et différentes catégories d'inspection), les points de contrôle diffèrent.**

(Cf annexe 1)

<sup>1</sup> Inspections flash réalisées en février 2022 suite à la demande nationale (affaire ORPEA)

<sup>2</sup> IGAS : guide méthodologique pour la construction d'un contrôle d'une structure sociale ou médico-sociale – Novembre 2014 actualisé en juin 2021

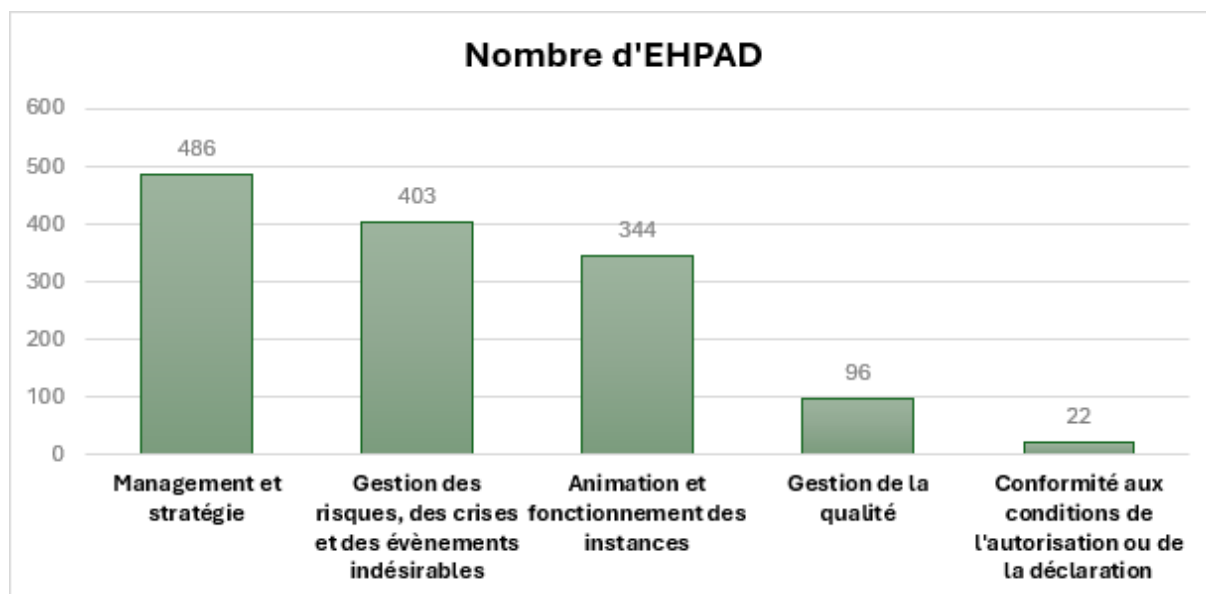


### 3.1 La gouvernance

Le tableau ci-dessous présente les différentes fonctions relatives à la gouvernance issues du guide IGAS.

<b>Conformité aux conditions de l'autorisation</b>	<b>Management et stratégie</b>	<b>Animation et fonctionnement des instances</b>	<b>Gestion de la qualité</b>	<b>Gestion des risques, des crises et des événements indésirables</b>
	Délégations, équipes de direction, qualification direction, IDEC, médecin coordonnateur, modalités de collaboration Direction/gestionnaire, organigramme, projet d'établissement, règlement de fonctionnement, réunions institutionnelles, siège social	Conseil de la vie sociale, commission de coordination gériatrique, conseil d'administration /Conseil de surveillance	Démarche qualité  Politique de promotion de la bientraitance, Formations Lutte maltraitance/ Bientraitance, Protocoles/Bonnes pratiques	Gestion des événements indésirables, Gestion des réclamations, analyse des pratiques, gestion des alertes sanitaires, protocoles incidents graves, procédures faits de maltraitance

Le diagramme ci-dessous présente le nombre d'établissements faisant l'objet d'au moins une mesure, pour chacune des 5 sous-fonctions de la thématique « gouvernance ». Un même établissement peut être concerné par plusieurs sous-fonctions.



### **3.1.1 Conformité aux conditions de l'autorisation**

Les capacités autorisées en hébergement permanent sont de manière générale respectées.

34% des établissements inspectés ont fait l'objet de mesures portant sur le non-respect des capacités autorisées essentiellement en raison d'une sous-exploitation parfois importante des capacités. Seul un cas de surcapacité a été identifié pour une place surnuméraire, dans un établissement privé à but non lucratif.

La sous activité se traduit par la fermeture de services notamment dans les EHPAD des établissements publics hospitaliers. Les établissements concernés invoquent le manque de personnel voire le manque de financement et parfois également l'absence de liste d'attente.

### **3.1.2 Management et Stratégie**

Sont traités les items les plus significatifs vis-à-vis de la qualité et sécurité de la prise en charge : composition et le fonctionnement de l'équipe d'encadrement et les outils de la Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (projet d'établissement, règlement de fonctionnement et conseil de la vie sociale).

#### **3.1.2.1 Equipe d'encadrement**

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

- **Qualification des directeurs :**

Dans la quasi-totalité des EHPAD, le directeur dispose de la qualifications/diplômes requis pour exercer cette fonction. Il a été constaté une professionnalisation de la mission (CAFDES, CAFERUISS).

Cependant la qualification requise n'a pas été apportée pour 7 directeurs. Ceci concerne 3 établissements privés à but non lucratif et 4 publics territoriaux ainsi répartis :

- ☐ 3 d'une capacité inférieure à 25 places ;
- ☐ 2 d'une capacité comprise entre 30 et 44 places ;
- ☐ 2 d'une capacité supérieure à 60 places.

Sur les 7 établissements : 2 se situent dans le Finistère, 1 en Ile-et-Vilaine et 4 dans le Morbihan.

- **Continuité de la fonction de direction**

La structuration de la continuité et de la permanence (astreinte) de la fonction de direction sont variables suivant le statut et le contexte de l'établissement.

Dans près de 30% des EHPAD contrôlés sur cette thématique, la continuité et/ou la permanence de la fonction de direction n'est pas suffisamment structurée(s). Les constats sont disparates suivant les statuts mais il est possible de souligner que 54% des établissements concernés sont des territoriaux tandis que 5% d'entre eux sont des EHPAD hospitaliers.

Les faibles capacités, l'installation dans de petites communes et l'isolement géographique sont des éléments défavorables.

Dans les établissements territoriaux et dans certains associatifs, le dispositif repose parfois sur la disponibilité d'un seul directeur (24H/24 – 365 jours par an) avec un relais parfois pris par un

IDEC/cadre ou un élu. Il a été observé certaines situations d'épuisement/usure professionnels inhérentes à ce mode de fonctionnement.

Pour certains établissements territoriaux (notamment dans les petites communes), une confusion des rôles a parfois été constatée entre le directeur et le président du conseil d'administration de l'EHPAD, élu de la municipalité du territoire.

A l'inverse, les établissements Publics hospitaliers bénéficient souvent d'une astreinte mutualisée avec les autres structures et services de l'hôpital. Toutefois, cette organisation induit parfois une certaine distance entre la direction et l'encadrement de proximité de l'EHPAD, impliquant une moindre connaissance par les personnels en place de l'organigramme général et des dispositions en vigueur en matière de continuité de la fonction de direction.

Groupe_EHPAD	Nombre d'EHPAD inspectés	Poids de la taille/total des EHPAD contrôlés	Nombre d'EHPAD ayant une mesure	% par rapport aux EHPAD appartenant au même groupe
EHPAD de 1 à 24 places	26	5%	11	42%
EHPAD de 25 à 44 places	42	9%	18	43%
EHPAD de 45 à 59 places	53	11%	20	38%
EHPAD de 60 à 99 places	247	52%	72	29%
EHPAD de 100 à 199 places	102	21%	20	20%
EHPAD de plus de 200 places	9	2%	1	11%
Total général	479	100%	142	

Lecture : -42% des EHPAD de 1 à 24 places se sont vus notifiés une mesure du fait des difficultés de continuité de direction.

#### • Le médecin coordonnateur

Les EHPAD ont l'obligation de se doter d'un médecin coordonnateur (article D312-156 du CASF). Depuis le Décret n° 2007-547 du 11 avril 2007 relatif au temps d'exercice du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes, le temps de présence du médecin coordonnateur est fonction du nombre de places. Cette exigence a récemment été renforcée par le Décret n° 2024-779 du 9 juillet 2024, dans un contexte marqué de très fortes tensions sur la démographie médicale.

Aussi, les établissements sont en très grande difficulté pour satisfaire à ces dispositions réglementaires, perçues comme une référence théorique éloignée des capacités opérationnelles. Par ailleurs, les missions demandées au médecin coordonnateur ont également été élargies depuis la rédaction initiale de l'article D312-158 qui précise ces missions. A titre d'exemple, le médecin coordonnateur s'est vu confier la présidence de la commission de coordination gériatrique ainsi que la coordination « de la réalisation d'une évaluation gériatrique [...] », renouvelée en tant que de besoin.

347 EHPAD, soit près de 70% d'entre eux, sont concernés par une mesure sur ce thème :

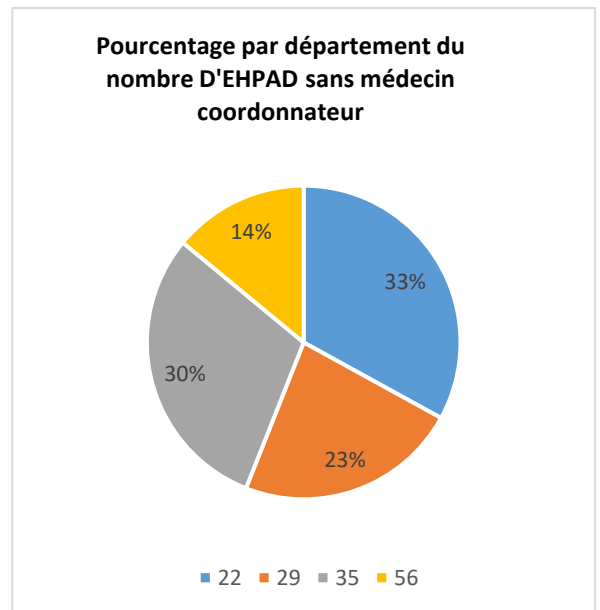
- 137 EHPAD n'ont pas de médecin coordonnateur (près de 28%) ;

- 210 ont un temps insuffisant de coordination médicale (42%).

Le graphique ci-contre présente la répartition par département des 137 établissements ne disposant pas d'un médecin coordonnateur.

Les départements des Côtes d'Armor et d'Ille et Vilaine se caractérisent par une sur représentation (33% et 30%). Le département du Morbihan bénéficie, quant à lui d'une situation significativement plus favorable avec 14% de ses EHPAD sans médecin coordonnateur.

Il existe une variété de situations mais les plus fréquentes rencontrées lors des contrôles sont les suivantes : Les médecins coordonnateurs peuvent être des généralistes retraités désirant garder une petite activité médicale, des généralistes exerçant en libéral mais acceptant, souvent à la demande d'établissements dans lesquels ils interviennent déjà comme médecin traitant de résidents, de prendre en charge cette fonction.



Dans 210 EHPAD dotés d'un temps de coordination médicale, celui-ci n'est réglementairement pas suffisant. Plusieurs directeurs et médecin-coordonnateurs ont indiqué qu'à certains égards, ces situations reposent sur un équilibre fragile et peuvent être considérées comme satisfaisantes. A contrario, ils ont souligné qu'une sollicitation pour une augmentation du temps d'intervention pourrait avoir un effet contre-productif sur la mobilisation du médecin coordonnateur en poste.

Les EHPAD hospitaliers disposent rarement d'un médecin coordonnateur. Le plus souvent, ce sont des gériatres de l'hôpital dont l'intervention se concentre principalement sur la prise en charge somatique des résidents, notamment en tant que prescripteur. Ils réalisent aussi quelques missions de coordination. En fonction des plannings, une multiplicité d'intervenants est mobilisée au sein d'un même EHPAD, ce qui n'est pas sans conséquence pour la coordination médicale, telle que réglementairement prévue.

#### ●L'infirmière coordinatrice (IDEC)

4% des EHPAD bretons (18), ne disposent pas d'IDEC ou de cadre de santé (CDS). Dans les autres EHPAD, l'IDEC ou le CDS est amené à partager son temps entre les missions de coordination et de soins, très souvent pour pallier le manque d'infirmière.

Par ailleurs, 25% des EHPAD contrôlés ont fait l'objet de recommandation pour que les IDEC non formés bénéficient des formations d'encadrement.

Lors de la mise en œuvre du plan de contrôle, il n'existait pas d'obligation légale de présence d'un personnel infirmier coordonnateur, l'HAS/ANESM<sup>3</sup> lui reconnaît un rôle pour la coordination et l'encadrement de l'équipe soignante, la mise en place et le suivi du projet de soins, la diffusion de bonnes pratiques soignantes.

**Nouveau** : La loi n° 2025-581 du 27 juin 2025 sur la profession d'infirmier introduit, pour la première fois, une référence à l'infirmier coordonnateur (IDEC) dans le Code de l'action sociale et des familles.<sup>4</sup> Le Décret n° 2025-897 du 4 septembre 2025 relatif aux missions et conditions d'exercice des infirmiers et médecins coordonnateurs en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) impose la présence d'une IDEC en EHPAD sans en préciser la formation attendue complémentaire à la profession d'IDE.

Les établissements ne disposant ni d'un médecin coordonnateur, ni d'une infirmière coordinatrice, apparaissent plus fragilisés dans leur gouvernance. A cela s'ajoute une augmentation du turn-over des postes de direction depuis la crise COVID.

Lorsque la gouvernance de l'établissement est fragilisée, Il est fréquent d'observer des répercussions sur la gestion des ressources humaines dans les établissements. Il peut s'agir de difficultés d'encadrement, de manque de communication, de relations sociales dégradées, de mal être des autres salariés. Ces circonstances influent sur l'accompagnement et le bien être des résidents.

### **3.1.2.2 Les outils de la Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale**

Afin d'affirmer et de garantir l'exercice effectif des droits et libertés individuels des usagers, la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale prévoit la mise en place de 7 outils complémentaires :

1. La charte des droits et libertés de la personne accueillie ;
2. Le livret d'accueil ;
3. Le contrat de séjour ;
4. La personne qualifiée ;
5. Le règlement de fonctionnement ;
6. Le Conseil de la vie sociale (CVS) ;
7. Le projet d'établissement.

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 du décret n° 2022-688 du 25 avril 2022 portant modification du conseil de la vie sociale et autres formes de participation.

---

<sup>3</sup> Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance - Décembre 2008 » et « Qualité de vie en EHPAD volet 4 : l'accompagnement personnalisé de la santé du résident - novembre 2012 »

<sup>4</sup> Article 2 de la loi du 27 juin 2025 : « Le personnel des établissements mentionnés aux I et IV bis peut comprendre un infirmier coordonnateur exerçant en collaboration avec le médecin coordonnateur et en lien avec l'encadrement administratif et soignant de l'établissement. Les conditions d'exercice de l'infirmier coordonnateur sont définies par décret.

## • Projet d'établissement

L'item projet d'établissement (PE) a fait globalement l'objet de mesures pour 74% des EHPAD. Les inspecteurs ont relevé les points suivants : absence de PE, PE non actualisé depuis plus de 5 ans, PE incomplet, PE non soumis aux instances, plan bleu<sup>5</sup> non présent en annexe, absence ou incomplétude du plan d'action et du tableau de bord.

La proportion des établissements ne répondant pas à la réglementation relative au PE est particulièrement élevée parmi les établissements publics, puisque 81% d'entre eux ne respectent pas l'article L311-8 du CASF.

Ce pourcentage atteint 84% pour les EHPAD publics hospitaliers qui ont souvent la particularité de ne pas disposer de PE propre, leur projet EHPAD étant alors conçu comme partie intégrante du PE sanitaire du centre hospitalier gestionnaire. Dans ces circonstances, il a été rappelé que chaque ESMS doit disposer d'un projet d'établissement spécifique.

Le projet d'établissement a pour finalités principales de clarifier le positionnement de la structure dans son environnement institutionnel, d'indiquer les évolutions en termes de public et de missions, de donner des repères aux professionnels et de conduire l'évolution des pratiques et de la structure dans son ensemble. Le projet d'établissement a vocation à être un outil dynamique en faveur des droits des usagers dans la mesure où il définit les objectifs en matière de qualité des prestations et qu'il rend lisibles les modes d'organisation et de fonctionnement de la structure. Inscrit dans une démarche participative, le projet d'établissement est le principal document à visée intégratrice, tant sur le plan du sens de l'activité que de l'organisation du travail.<sup>6</sup>

En l'absence de PE ou d'actualisation, les dirigeants de l'établissement se privent d'un outil de pilotage stratégique et d'animation managériale permettant aux professionnels de s'approprier les évolutions auxquelles ils vont participer, les objectifs et moyens affectés à cette évolution.

Statut	Nombre d'EHPAD inspectés	Poids Statut/total des EHPAD contrôlés	Nombre d'EHPAD ayant une mesure	% par rapport aux EHPAD contrôlés du même statut
Privé à but lucratif	21	4%	11	52%
Privé à but non lucratif	170	34%	109	64%
Public Autonome	60	12%	46	77%
Public Hospitalier	81	16%	68	84%
Public Territorial	168	34%	137	82%
<b>Total</b>	<b>500</b>	<b>100%</b>	<b>371</b>	

Lecture : 84% des EHPAD public hospitalier ont des mesures relatives au projet d'établissement

<sup>5</sup> Article D. 312-155-4-1 : « un plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en oeuvre en cas de crise sanitaire ou climatique »

<sup>6</sup> Recommandation ANESM/HAS : Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles

Par ailleurs, les PE existants ne répondent pas systématiquement aux recommandations de la HAS relatives au descriptif de la méthode et de la fréquence de l'évaluation périodique du PE ainsi qu'au tableau de bord (calendrier et nom des pilotes de chaque action). Ce manque ne permet pas d'assurer le suivi de la mise en œuvre du projet. 11 % des établissements ont des mesures formulées sur le manque/l'absence de suivi des objectifs du PE.

Les PE ne font pas systématiquement l'objet d'une présentation au CVS et d'une validation par le gestionnaire. De la même manière, l'association des personnels et usagers et familles (hors CVS) lors de l'élaboration du PE n'est pas systématiquement recherchée ou effective.

Le décret n° 2024-166 du 29 février 2024 a modifié l'article D. 311-38 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) en fixant le contenu minimal du projet d'établissement et en incluant notamment la démarche interne de prévention et de lutte contre la maltraitance. Ce point a été peu investigué dans le contexte de cette mission compte tenu de sa date de promulgation.

#### • Règlement de fonctionnement

72% des EHPAD contrôlés sur cet item ont eu des mesures relatives au règlement de fonctionnement (RF).

Si les EHPAD investigués disposent généralement d'un RF, celui-ci est n'est pas actualisé (plus de 5 ans) ou est incomplet. Les mesures à prendre en cas d'urgence, ainsi que la mention de validation par l'organisme gestionnaire et de l'avis des représentants du personnel et/ou du CVS ne sont pas systématiquement intégrés au RF.

Statut	Nombre d'EHPAD inspectés	Poids Statut/total des EHPAD contrôlés	Nombre d'EHPAD ayant une mesure	% par rapport aux EHPAD contrôlés du même statut
Privé à but lucratif	13	3%	8	62%
Privé à but non lucratif	163	35%	109	67%
Public Autonome	53	11%	36	68%
Public Hospitalier	80	17%	62	78%
Public Territorial	160	34%	124	78%
<b>Total</b>	<b>469</b>	<b>100</b>	<b>339</b>	

Lecture : 78% des EHPAD publics territoriaux et des publics hospitaliers ont eu une mesure relative au règlement de fonctionnement.

#### • Conseil de la vie sociale (CVS)

Les EHPAD bretons ont presque tous mis en place un CVS. Seuls 10 EHPAD n'en sont pas dotés (soit 2% des EHPAD contrôlés). 68% des EHPAD contrôlés se sont vu notifier des mesures relatives au CVS, portant sur leur composition ou leur fonctionnement.

Statut	Nombre d'EHPAD inspectés	Poids Statut/total des EHPAD contrôlés	Nombre d'EHPAD ayant une mesure	% par rapport aux EHPAD contrôlés du même statut
Privé à but lucratif	20	4%	9	45%
Privé à but non lucratif	165	34%	113	68%
Public Autonome	53	11%	34	64%
Public Hospitalier	80	17%	44	55%
Public Territorial	161	34%	128	80%
<b>Total</b>	<b>479</b>	<b>100%</b>	<b>328</b>	

Lecture : 80% des EHPAD territoriaux ont eu des mesures relatives au CVS.

### **Composition :**

51% des EHPAD ont un CVS dont la composition n'est pas conforme à la réglementation.

Une partie des non-conformités est liée à la non mise en œuvre des dispositions du décret du 25 avril 2022 applicables au 1er janvier 2023 qui élargit la composition du CVS. L'ajout de nouveaux membres tels que par exemple « Un représentant des représentants légaux des personnes accompagnées, un représentant des bénévoles accompagnant les personnes, un représentant des membres de l'équipe médico-soignante » n'est pas toujours effectif. Par ailleurs, la rédaction de l'article D 311-5 du CASF relatif à la composition du CVS est sujette à interprétation<sup>7</sup>.

Pour 12% des établissements, il n'existe pas de décision de composition (ou non actualisée suite mouvement interne et/ou évolution réglementaire). La composition effective et exhaustive est parfois peu lisible, les établissements disposant souvent uniquement d'une liste des membres élus. De même la composition figurant au règlement intérieur du CVS n'est souvent pas à jour et/ou ne correspond pas à la réalité des membres mentionnés sur les relevés de conclusions de cette instance.

Des mesures portent également sur le non-respect du nombre de représentants des personnes accueillies et/ou de leur famille ou de leurs représentants légaux supérieur à la moitié du nombre total des membres du CVS. Il est parfois compliqué de mobiliser les familles faute de temps (activité professionnelle, éloignement géographique, etc.).

### **Fonctionnement du CVS :**

Les contrôles effectués sur le fonctionnement du CVS ont porté sur le nombre minimal de 3 réunions par an, la désignation d'un président, la conformité du règlement intérieur, les sujets abordés lors des réunions, la signature des relevés de conclusion par le président du CVS. A ces différents titres, 39% des établissements ont fait l'objet d'une ou plusieurs mesures.

Le nombre de réunions annuelles du CVS était insuffisant pour 20% des EHPAD. Ce pourcentage atteint 27% pour les EHPAD publics territoriaux.

<sup>7</sup> Article D311-5 CASF : manque de clarté pour les acteurs en charge de sa mise en œuvre, en particulier en son point II ("Si la nature de l'établissement ou du service le justifie, il comprend également.").



Les attendus du Décret n°2022-688 du 25 avril 2022 concernant le rôle du CVS sont parfois non connus. La présentation annuelle de l'enquête des satisfactions et du bilan des événements indésirables et les plans d'actions est peu réalisée. Le contenu et la qualité des comptes-rendus du CVS ne permettent pas toujours de rendre compte explicitement des sujets abordés.

### **3.1.3 La gestion des risques**

Dans la majorité des cas, la politique de gestion des risques (Gestion des événements indésirables (EI) et des réclamations, dispositif d'analyse des pratiques, procédure maltraitance...) est à renforcer.

Si la plupart du temps des outils sont en place (procédures, fiches de recueil...), l'étendue du champ n'est pas toujours pleinement appréhendée. De plus, le turn-over des personnels ne favorise pas l'appropriation et une implémentation durable des procédures.

En outre, concernant les établissements gérés par une entité qui en regroupe plusieurs, si les procédures « groupe » ou « siège » permettent de doter l'ensemble des établissements qui en relèvent, elles rencontrent toutefois parfois des difficultés d'appropriation par le personnel en raison de leur caractère non spécifique à chaque établissement.

#### **• Données générales sur la gestion des risques**

81% des EHPAD bretons se sont vu notifier des mesures sur la gestion des risques.

Compte tenu de l'importance et de la variété des items qui structurent cette thématique, il est utile de mener une analyse sur des thématiques particulières. Les focus ci-dessous permettent davantage d'identifier les forces et points de fragilité des EHPAD en matière de gestion des risques.

#### **• Gestion des événements indésirables**

46% des EHPAD se sont vu notifier des mesures relatives au dispositif de recueil de gestion et d'analyse des événements indésirables (graves ou non) et au signalement aux autorités administratives des dysfonctionnements graves.

Statut	Nombre d'EHPAD inspectés	Poids Statut/total des EHPAD contrôlés	Nombre d'EHPAD ayant une mesure	% par rapport aux EHPAD contrôlés du même statut
Privé à but lucratif	21	4%	6	29%
Privé à but non lucratif	170	34%	62	36%
Public Autonome	60	12%	35	58%
Public Hospitalier	81	16%	26	32%
Public Territorial	168	34%	102	60%
<b>Total</b>	<b>500</b>	<b>100%</b>	<b>231</b>	

Lecture : 60% des EHPAD publics territoriaux ont une mesure relative à la gestion des événements indésirables.

Les mesures portent tant sur l'absence de dispositif structuré, que sur l'absence ou le manque d'intégration du dispositif dans la politique de gestion de la qualité et des risques, ou sur des points plus précis (absence de retour systématique aux déclarants, rappel de l'obligation de déclaration aux personnels, absence d'organisation garantissant le signalement aux autorités administratives des EIG...).

Si les établissements ne disposant pas de procédure en la matière, même imparfaite, sont rares, l'appropriation par les personnels et le développement d'une véritable culture de la déclaration sont tributaires de la mise en place d'un dispositif opérationnel structuré de recueil, d'analyse et de traitement des événements indésirables répondant aux recommandations de bonnes pratiques.

Les données chiffrées supra mettent en évidence des différences entre statut. Les établissements commerciaux et hospitaliers sont les plus avancés sur le sujet, bénéficiant dans la plupart des cas du dispositif mis en place par le siège du groupe pour les commerciaux ou par l'hôpital pour l'ensemble de ses services sanitaires et médico-sociaux. Ils sont suivis par les établissements privés non lucratifs. Les établissements territoriaux et autonomes sont les plus en difficulté sur le sujet. Souvent ils ne bénéficient pas d'équipes administratives suffisamment importantes, en interne ou au niveau de la collectivité gestionnaire (sauf pour les plus grosses communes), pour disposer ou mobiliser des compétences en adéquations avec ces attentes.

Concernant plus spécifiquement les événements indésirables graves : 68 établissements (soit 30% des EHPAD ayant eu une mesure). Les EHPAD n'ont pas connaissance de l'ensemble des événements à signaler aux autorités de tarification et de contrôle<sup>8</sup>.

L'obligation de déclaration aux autorités n'est pas toujours explicite dans les procédures. En outre, si l'ARS est clairement identifiée pour la remontée des déclarations, le Conseil Départemental est rarement intégré dans les procédures.

Au regard des éléments supra, il ressort que presque la moitié des EHPAD bretons doit améliorer le dispositif de traitement des événements indésirables (graves ou non).

#### • Gestion des réclamations

40% des EHPAD ont fait l'objet de mesures sur le dispositif de gestion des réclamations : défaut de dispositif, absence de formalisation, non conformes aux bonnes pratiques, non intégré à une démarche d'amélioration continue de la qualité.

---

<sup>8</sup> Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales : Pour rappel, les ESMS ont des obligations de signalements plus large que les établissements sanitaires. Ces mesures font souvent suite au constat d'un problème de définition des événements à déclarer (les catégories d'EI concernés sont rarement listées de façon exhaustive et la notion d'EIG n'est pas toujours définie) entraînant un risque que ces événements ne soient pas remontés.

Statut	Nombre d'EHPAD inspectés	Poids Statut/total des EHPAD contrôlés	Nombre d'EHPAD ayant une mesure	% par rapport aux EHPAD contrôlés du même statut
Privé à but lucratif	20	4%	10	50%
Privé à but non lucratif	165	34%	54	33%
Public Autonome	53	11%	19	36%
Public Hospitalier	80	17%	23	29%
Public Territorial	161	34%	86	53%
<b>Total</b>	<b>479</b>	<b>100%</b>	<b>192</b>	

*Lecture : 53% des EHPAD publics territoriaux et 50% des privés à but lucratif ont une mesure relative à la gestion des réclamations.*

Les établissements hospitaliers sont les plus structurés, bénéficiant dans la plupart des cas du dispositif mis en place pour l'activité sanitaire. Ils sont suivis par les établissements non lucratifs.

Les établissements territoriaux sont les plus en difficulté sur le sujet, ne bénéficiant souvent pas d'équipes administratives support étoffées que ce soit en interne ou au niveau de la collectivité gestionnaire (sauf pour les plus grosses communes). Les établissements autonomes sont confrontés aux mêmes enjeux structurels. La moitié des établissements privés à but lucratif, disposant du support de leur groupe, s'est approprié de façon satisfaisante ce processus.

Au global, rares sont les établissements disposant d'un dispositif de gestion des réclamations pleinement intégré dans leur politique de la gestion de la qualité et des risques. L'analyse rétrospective des réclamations fait rarement l'objet de plans d'action intégrés dans le PACQ<sup>9</sup> des établissements. Sur ce point encore ce sont les établissements hospitaliers les plus structurés, bien qu'il soit à noter que les procédures ne sont pas toujours adaptées au secteur médico-social en vue de son appropriation par le personnel des EHPAD. Par exemple, un vocable similaire est utilisé dans les procédures (ex patients au lieu de résidents, CDU au lieu de CVS...).

#### • Analyse des pratiques professionnelles <sup>10</sup>

Plus de 60 % des EHPAD bretons se sont vu notifier des mesures sur l'analyse des pratiques professionnelles (de 49% pour les établissements publics autonomes à 75 et 76 % pour les privés lucratifs et publics hospitaliers).

<sup>9</sup> PACQ : plan d'amélioration continue de la qualité

<sup>10</sup> L'analyse des pratiques professionnelles est une démarche structurée visant à permettre aux professionnels de réfléchir collectivement sur leurs expériences, à mieux comprendre les situations complexes rencontrées et à développer des solutions adaptées

Statut	Nombre d'EHPAD inspectés	Poids Statut/total des EHPAD contrôlés	Nombre d'EHPAD ayant une mesure	% par rapport aux EHPAD contrôlés du même statut
Privé à but lucratif	20	4%	15	75%
Privé à but non lucratif	165	34%	91	55%
Public Autonome	53	11%	26	49%
Public Hospitalier	80	17%	61	76%
Public Territorial	161	34%	96	60%
<b>Total</b>	<b>479</b>	<b>100%</b>	<b>289</b>	

Ces mesures font suite au constat soit de l'absence de dispositifs, soit de dispositifs non conformes aux recommandations de bonnes pratiques (pas d'animation par un intervenant extérieur, présence de l'encadrement, dispositif non accessible à tous les personnels...). Concernant l'absence d'animation par un intervenant extérieur, l'argument financier est souvent avancé par les établissements.

Plusieurs établissements ont indiqué qu'ils avaient mis fin au dispositif d'analyse des pratiques en raison d'une adhésion insuffisante ou décroissante des personnels.

Pour inciter plus fortement les professionnels à y participer, des établissements développent des initiatives comme la mise en place de réunions d'analyse de pratique spécifiques à plusieurs catégories de professionnels.

### **3.1.4 Politique de promotion de la bientraitance- gestion de la qualité**

#### **• Politique de la promotion de la bientraitance**

Sur 26 établissements inspectés en inspection complète, 9 font l'objet d'une mesure concernant l'élaboration ou la formalisation d'une politique de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance (3 privés non lucratifs, 2 hospitaliers et 4 territoriaux).

La révision réglementaire<sup>11</sup> du contenu des projets d'établissement devrait permettre aux établissements de formaliser systématiquement une telle politique dans un document stratégique pour l'EHPAD dès lors que le projet d'établissement est lui-même élaboré.

<sup>11</sup> Décret n° 2024-166 du 29 février 2024 relatif au projet d'établissement ou de service des établissements et services sociaux et médico-sociaux modifie le contenu minimal du projet d'établissement (l'article D. 311-38-3 du CASF). Doit être intégrée « la démarche interne de prévention et de lutte contre la maltraitance, au sens de l'article L. 119-1, mise en place par l'établissement ou le service. Sont notamment précisés les moyens de repérage des risques de maltraitance, ainsi que les modalités de signalement et de traitement des situations de maltraitance et celles de la réalisation d'un bilan annuel portant sur les situations survenues dans l'établissement »

### • Formation spécifique sur la thématique de la bientraitance/lutte contre la maltraitance

144 mesures concernant l'absence de proposition et de suivi de formation spécifique sur la thématique de la bientraitance/lutte contre la maltraitance (ou le nombre restreint de personnels formés) ont été formulées. Ces mesures portent sur 143 établissements (soit 33% des EHPAD contrôlés). Sont ainsi concernés environ :

- 22% des privés non lucratifs
- 10% des privés lucratifs
- 35% des établissements publics
- 33% des publics autonomes
- 32% des hospitaliers
- 39% des territoriaux

Les établissements privés (notamment à but lucratif) sont ceux ayant eu le moins de mesures notifiées, à l'inverse du secteur public et en particulier les établissements territoriaux et autonomes.

Même s'ils ne mettent pas en place de formations spécifiques à la bientraitance, il est constaté que les établissements proposent régulièrement à leur personnel des formations permettant une meilleure connaissance du public accueilli et des outils existants. Cette offre contribue indirectement à favoriser une prise en charge bientraitante (ex : Formation Naomi Feil pour mieux communiquer avec les personnes désorientées).

Mais rares sont les établissements justifiant d'une formation spécifique au repérage et au traitement des situations de maltraitance.

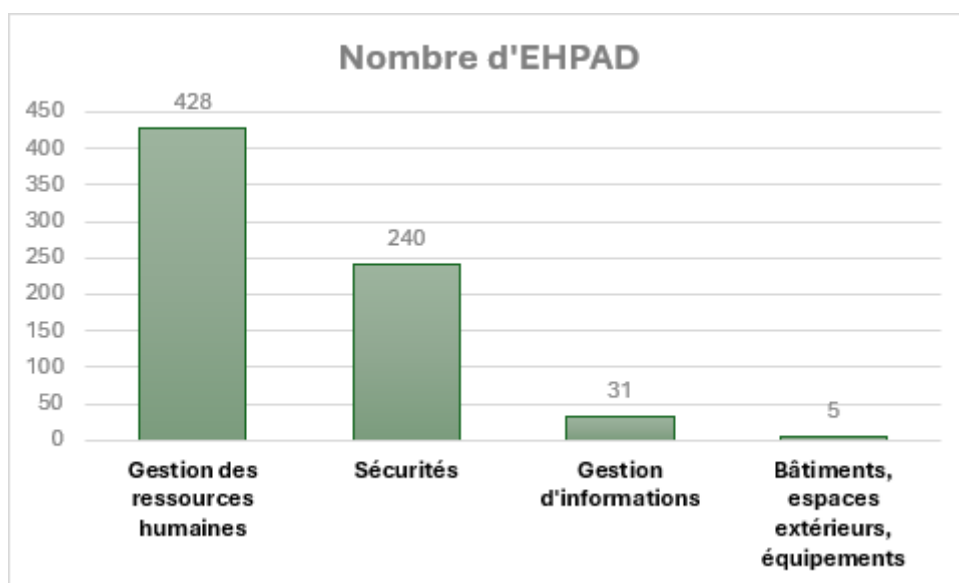
Statut	Nombre d'EHPAD inspectés	Poids Statut/total des EHPAD contrôlés	Nombre d'EHPAD ayant une mesure	% par rapport aux EHPAD contrôlés du même statut
Privé à but lucratif	13	3%	2	15%
Privé à but non lucratif	148	35%	29	20%
Public Autonome	49	11%	19	39%
Public Hospitalier	76	18%	20	26%
Public Territorial	143	33%	53	37%
<b>Total</b>	<b>429</b>	<b>100%</b>	<b>123</b>	

### 3.2 Fonctions supports

La thématique "Fonctions support" se décompose comme suit :

<b>Gestion des ressources humaines</b>	<b>Gestion d'informations</b>	<b>Bâtiments, espaces extérieurs, équipements</b>	<b>Sécurités.</b>
Accueil des nouveaux personnels, Dossiers du personnel, entretiens professionnels, fiches de poste, glissement de tâches, plan de continuité d'activité, plan de formation, plannings, risques psycho-sociaux, soutien /accompagnement des personnels	Registre Entrées /sorties Accès Informations confidentielles Logiciel Soins	-Entretien locaux -Gestion immobilière -Accessibilité --Hygiène	-Sécurité des locaux -DASRI -Veille de nuit -Astreinte infirmière la nuit - Présence infirmière le jour

Le diagramme ci-dessous présente le nombre d'établissements faisant l'objet d'au moins une mesure dans chacune des 4 sous-fonctions de la thématique « Fonctions supports ».



### 3.2.1 La gestion des ressources humaines

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

Il est observé des difficultés importantes de recrutement de temps médical (cf partie précédente gouvernance) mais également de temps paramédical (aides-soignantes (AS), infirmières, ergothérapeute...). Le recours à des faisant fonction est devenu une solution habituelle. Pas ou insuffisamment formés sur les attendus de l'accompagnement des personnes vulnérables et/ou en perte d'autonomie, les faisant-fonctions exercent des missions d'AS avec un risque de glissements de tâches. Les établissements recourent aussi massivement à des professionnels remplaçants (CDD ou intérim) avec un turn-over conséquent. Toutefois il convient de souligner que certains établissements parviennent à les fidéliser en les recrutant via des plates-formes (HUBLO, PERMUTEO<sup>12</sup>...) ainsi qu'au bénéfice d'une animation stratégique et managériale adaptée.

<sup>12</sup> HUBLO et PERMUTEO : Outils de gestion des remplacements dédié aux établissements de santé et médico-sociaux

Pendant la mise en œuvre du plan de contrôle, une nouvelle réglementation<sup>13</sup> est venue renforcer les conditions préalables à l'accès à des contrats d'intérim ou de courte durée. Enfin, hormis pour les médecins-coordonnateurs, il n'existe pas de norme opposable en termes de bornes basses/bornes hautes de personnels. Le tableau de bord médico-social<sup>14</sup> permet le calcul de ratios et ainsi de comparer les établissements d'un même groupe homogène. Cependant la constitution de ces groupes homogènes prend en compte uniquement la taille et non le groupe iso-ressources moyen pondéré soins \_ GMPS<sup>15</sup>. Cela ne permet pas d'objectiver le nombre et la qualification des professionnels nécessaires à la prise en charge en fonction du nombre et du profil des usagers accueillis.

### • Accueil des nouveaux personnels

Si l'accueil et l'accompagnement des nouveaux salariés apparaît comme un enjeu fort dont les directions se sont emparées, nombreux sont les établissements devant encore progresser dans l'élaboration et la mise en œuvre de protocoles d'accueil et d'accompagnement, outils participant à la réussite du parcours d'intégration de ces nouveaux professionnels. Une appropriation retardée de l'organisation et des procédures internes ou l'absence de compagnonnage par des pairs peut limiter la fidélisation des professionnels recrutés.

Près de 50% des EHPAD contrôlés ont des mesures concernant l'accueil des personnels : absence de procédure d'accueil des nouveaux personnels et de modalités d'accompagnement spécifiques (compagnonnage), procédures incomplètes, vérification non rigoureuse des casiers judiciaires...

Statut	Nombre d'EHPAD inspectés	Poids Statut/total des EHPAD contrôlés	Nombre d'EHPAD ayant une mesure	% par rapport aux EHPAD contrôlés du même statut
Privé à but lucratif	13	3%	4	31%
Privé à but non lucratif	137	34%	62	45%
Public Autonome	48	12%	31	65%
Public Hospitalier	69	17%	41	60%
Public Territorial	136	34%	63	46%
<b>Total</b>	<b>403</b>	<b>100%</b>	<b>201</b>	

*Lecture : 65% des établissements publics autonomes contrôlés ont une mesure relative à l'accueil des nouveaux personnels*

<sup>13</sup> Décret n° 2024-583 du 24 juin 2024 relatif à la durée minimale d'exercice préalable de certains professionnels avant leur mise à disposition d'un établissement de santé, d'un laboratoire de biologie médicale ou d'un établissement ou service social ou médico-social par une entreprise de travail temporaire

<sup>14</sup> Tableau de bord médico-social : base de données nationale à partir de données renseignées chaque année par les établissements et services, qui participe à une meilleure connaissance du secteur (offre, ressources humaines, finances, système d'information et développement durable). Elle permet la restitution d'indicateurs nécessaires au pilotage de la performance des établissements et services médico-sociaux (ESMS) accompagnant des personnes âgées ou personnes handicapées.

<sup>15</sup> GMPS : L'indicateur synthétique « groupe iso-ressources moyen pondéré soins » (GMPS) rend compte du niveau de perte d'autonomie moyen des personnes hébergées dans l'établissement et de leurs besoins en soins.

### • Les fiches de poste

275 EHPAD ont fait l'objet de mesures notifiées, tous statuts confondus en la matière. Les fiches de poste peuvent manquer de formalisation : pas de fiches de postes élaborées ou non actualisées, fiches de postes existantes mais non-nominatives, datées, signées.

Pourtant la fiche de poste est un outil essentiel de gestion des ressources humaines. En s'en privant, les établissements peuvent prendre le risque d'un manque de clarté dans l'attribution des missions et responsabilités de chacun, a fortiori dans un contexte de turn-over important.

S'agissant des fiches de tâches, qui fournissent une description des actions heure par heure, elles sont parfois contestées du fait que le travail en EHPAD requiert de la part des soignants une autonomie d'appréciation dans la réalisation concrète de leurs missions afin de répondre aux objectifs de personnalisation de la prise en charge (respecter les habitudes de vie de la personne et savoir répondre à un besoin ponctuel qui sortirait de l'ordinaire : organiser un réveil plus tardif après une mauvaise nuit par exemple) et aux imprévus (survenue d'une chute par exemple). Dans les établissements où se succèdent les remplaçants et intérimaires, elles présentent toutefois l'avantage de lister les missions incontournables à réaliser chaque jour tout en laissant cette latitude sur les horaires.

### • Formation du personnel

S'agissant des formations, la grande majorité des EHPAD contrôlés dispose de plans de formations. En effet, seuls 39 EHPAD ont fait l'objet d'une mesure relative à l'absence de plan de formation ou d'outil de suivi de ce plan de formation.

En revanche, concernant la réalisation des formations prévues et le nombre d'agents formés, on observe une hétérogénéité en raison du turn-over.

Lors des contrôles, un focus a été fait sur les formations spécifiques sur la thématique de la bientraitance/lutte contre la maltraitance, (cf. point 3.1.5)

## **3.2.2 La sécurité des résidents**

### • Présence quotidienne d'une infirmière

#### **La journée**

Dans la grande majorité des EHPAD, 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 (ex : absence d'infirmière au repas du soir).

26 Ehpads ont été concernés par une mesure relative à cette présence insuffisante. 62% concernent des EHPAD de moins de 60 places.

#### **La nuit**

La présence d'infirmière la nuit est rare sauf pour les structures ayant de grosses capacités et les EHPAD hospitaliers. Il a été observé un renforcement des dispositifs d'astreintes infirmières ou de mutualisation territoriale, soit par le biais de conventions entre ESMS, soit avec des établissements d'hospitalisation à domicile (HAD). Des projets portés par des Communautés



Professionnelles Territoriales de Santé (CTPS) <sup>16</sup> dans le Morbihan ou centres de santé dans les Côtes d'Armor permettront d'accroître l'offre.

Ces dispositifs se sont développés notamment grâce au soutien financier octroyé par l'ARS Bretagne.<sup>17</sup>

Sur les 403 EHPAD contrôlés, 151 Ehpads ont eu des mesures portant sur l'infirmière de nuit, soit 37%.

Il existe des disparités entre départements : si 54% des EHPAD des Côtes d'Armor ont eu une mesure à l'issue de l'inspection, le pourcentage pour les EHPAD d'Ille-et-Vilaine est de 27%.

Département	Nombre EHPAD inspectés	Poids /total des EHPAD contrôlés	Nombre d'EHPAD ayant une mesure	% par rapport aux EHPAD appartenant au même groupe
22	96	24%	52	54%
29	106	26%	33	31%
35	116	29%	31	27%
56	85	21%	35	41%
<b>Total</b>	<b>403</b>		<b>151</b>	

Lecture : 54% des EHPAD des côtes d'Armor contrôlés ont eu une mesure relative à l'astreinte infirmière la nuit.

Les disparités existent également selon la taille : 48% des EHPAD de moins de 60 places ont eu une mesure à l'issue de l'inspection contre 33% des EHPAD de plus de 60 places.

Groupe_EHPAD	Nombre d'EHPAD inspectés	Poids de la taille/total des EHPAD contrôlés	Nombre d'EHPAD ayant une mesure	% par rapport aux EHPAD appartenant au même groupe
EHPAD de 1 à 24 places	24	6%	10	42%
EHPAD de 25 à 44 places	39	10%	19	49%
EHPAD de 45 à 59 places	47	12%	24	51%
EHPAD de 60 à 99 places	202	50%	69	34%
EHPAD de 100 à 199 places	83	20%	29	35%
EHPAD de plus de 200 places	8	2%	0	0%
<b>Total général</b>	<b>403</b>	<b>100%</b>	<b>10</b>	

<sup>16</sup> CTPS : organisation de professionnels de santé choisissant, à leur initiative, de travailler ensemble au sein d'un même bassin de population. Ainsi, parce qu'elles fédèrent des professionnels différents (libéraux, hospitaliers, médico-sociaux voire sociaux) et donc des compétences variées, elles permettent d'améliorer l'accès aux soins des usagers et de mieux structurer les parcours de santé des patients et résidents.

<sup>17</sup> Dispositifs qui font l'objet d'accompagnement financier par l'ARS Bretagne depuis 2014. Ils sont prévus au niveau national (feuille de route 2018 « grand âge et autonomie », feuille de route EHPAD-USLD 2021-2023, mesure 5 « généraliser des parcours dédiés aux personnes âgées pour éviter les urgences » du Pacte de refondation des urgences ainsi que dans le cadre des Plans nationaux soins palliatifs depuis 2015.)

Lecture : 42% des EHPAD de 1 à 24 places ont eu une mesure à l'issue de l'inspection sur l'astreinte infirmière de nuit.

### • La veille de nuit

Concernant l'organisation des établissements la nuit, à part quelques exceptions, elle repose sur des équipes constituées de deux personnes.

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.

112 EHPAD se sont vu notifier des mesures concernant la veille de nuit, soit plus de 25% des EHPAD contrôlés.

Cette mesure concerne les EHPAD de petite taille et établissements territoriaux de façon prépondérante. Il est également à noter une disparité entre départements puisque 36% des EHPAD des Côtes d'Armor contrôlés ont une mesure contre 14% des EHPAD du Finistère.

Groupe EHPAD	Nombre d'EHPAD inspectés	Poids de la taille/total des EHPAD contrôlés	Nombre d'EHPAD ayant une mesure	% par rapport aux EHPAD appartenant au même groupe
EHPAD de 1 à 24 places	25	6%	19	76%
EHPAD de 25 à 44 places	40	9%	19	47%
EHPAD de 45 à 59 places	48	11%	16	33%
EHPAD de 60 à 99 places	220	50%	46	21%
EHPAD de 100 à 199 places	97	22%	11	11%
EHPAD de plus de 200 places	9	2%	1	11%
Total général	439	100%	112	

Lecture : 76% des EHPAD de 1 à 24 places ont eu une mesure sur la veille de nuit.

Statut	Nombre d'EHPAD inspectés	Poids Statut/total des EHPAD contrôlés	Nombre d'EHPAD ayant une mesure	% par rapport aux EHPAD contrôlés du même statut
Privé à but lucratif	20	5%	5	25%
Privé à but non lucratif	150	34%	38	25%
Public Autonome	49	11%	6	12%
Public Hospitalier	76	17%	12	16%
Public Territorial	144	33%	51	35%
<b>Total</b>	<b>439</b>	<b>100%</b>	<b>112</b>	

Lecture : 35% des EHPAD territoriaux ont eu une mesure sur la veille de nuit.

### **3.2.3 La sécurité des locaux**

Les points de contrôles concernent la configuration et l'usage des lieux, l'accès à des matériels et produits potentiellement dangereux (hors médicament).

Sur les 31 EHPAD inspectés, sont concernés par des mesures (35 mesures liées à la sécurité des locaux au total). La majorité concerne des établissements privés à but non lucratif (17 mesures pour 12 établissements), suivis des établissements publics hospitaliers (9 mesures pour 4 établissements), des établissements publics territoriaux (8 mesures pour 5 établissements) et d'un établissement privé lucratif (1 mesure). Aucun établissement public autonome n'est concerné.

Les principales problématiques rencontrées sont :

- Des produits (d'entretien), déchets (local DASRI) ou matériels dangereux (central électrique, outils...) potentiellement accessibles aux résidents dans la quasi-totalité de l'échantillon.
- 6 rapports font état d'un accès à des issues de secours légèrement à fortement entravées (de la simple chaise au poste de travail complet (bureau, fauteuil, ordinateur...).
- L'encombrement des espaces de circulation intérieurs par du matériel (parfois en raison d'une insuffisance de locaux de stockage.) est relevé dans 8 rapports. Des salles de bain collectives servent également parfois au stockage.
- Des facteurs de risques de chutes violentes voire mortelles ont été observés : 6 rapports font état d'une ou plusieurs fenêtres accessibles aux résidents dépourvues de limiteur d'ouverture, 8 rapports mentionnent des escaliers ou paliers pas ou insuffisamment sécurisés (dont 2 cas de chaises posées à proximité de garde-corps de mezzanine ou de cage d'escalier).

Les établissements propriétaires de leurs locaux et ceux locataires ne disposent pas des mêmes marges de manœuvre face à la vétusté ou à certains problèmes de sécurité nécessitant des investissements. Les établissements locataires tendent à demeurer « captifs » de cette stratégie immobilière et de ses conséquences éventuelles, de par l'absence d'amortissements et/ou de la capacité à mobiliser d'importants crédits d'investissements en vue d'une acquisition de locaux adaptés.

Les contraintes budgétaires ne justifient pas pour autant tous les risques rencontrés. Certains risques encourus (ex : chutes) ont impliqué une réponse rapide, indépendamment des motifs budgétaires.

#### Vétusté/caractère inadapté des locaux :

15 mesures ont été émises sur 12 établissements. Elles portent sur :

- La vétusté : fuites et/ou infiltrations d'eau, peintures abîmées/écaillées, plinthes dégradées, sols et/ou plafonds détériorés, façades dégradées.
- L'inadaptation des locaux (hors sécurité et vétusté) : absence de douche dans une partie voire la totalité des logements de l'EHPAD, espaces encombrés de matériel, nombre important de chambres doubles, taille insuffisante des espaces privatifs, défaut ou le manque d'espace de déambulation, manque de décoration des espaces collectifs...
- L'inadaptation des espaces extérieurs : absence d'espace extérieur clos, manque voire absence d'entretien, pentes non réglementaires...

#### **Focus sur les chambres doubles :**

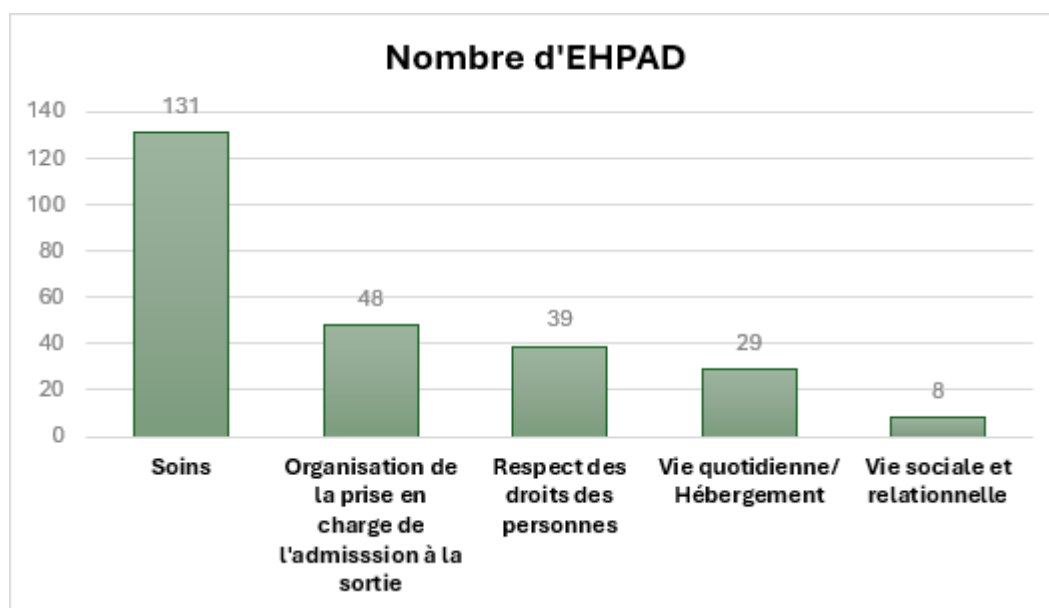
La problématique liée à la présence de chambres doubles est mentionnée dans 7 rapports d'inspection représentant 27% des EHPAD inspectés. Un nombre significatif de chambres doubles a été constaté dans la majorité des établissements hospitaliers inspectés (6/7), ce qui semble s'expliquer par la vocation sanitaire initiale des locaux.

### **3.3 La prise en charge**

La thématique "Prise en charge" se décompose comme suit :

<b>Organisation globale de la prise en charge</b>	<b>Respect des droits des personnes</b>	<b>Vie sociale et relationnelle</b>	<b>Vie quotidienne Hébergement</b>	<b>Soins</b>
Admission Contrat de séjour /livret d'accueil Coordination des professionnels, Désignation d'un référent PAP	Liberté d'aller et venir Dignité/intimité Rythme de vie des personnes Libre choix médecin/pharmacien Relations avec les familles Personnes qualifiées	Animation	Alimentation/repas Conditions d'hébergement Linge Toilettes	Prise en charge douleur Prise en charge fin de vie Prise en charge « Personnes handicapées vieillissantes » Prise en charge médicamenteuse Prévention des chutes Prévention des escarres Prévention hygiène bucco-dentaire Protocoles de soins Suivi du poids Suivi hydrique Traçabilité actes de soins

Le diagramme ci-dessous présente le nombre d'établissements faisant l'objet d'au moins une mesure dans chacune des 5 sous-fonctions de la thématique « Prise en charge ».



### **3.3.1 Le projet d'accompagnement personnalisé**

Les EHPAD ont l'obligation d'élaborer, pour chaque résident, un projet d'accompagnement personnalisé (PAP) comprenant un projet de soins et un projet de vie visant à favoriser l'exercice des droits des personnes accueillies (article D312-155-0 du CASF). Les investigations ont porté sur :

- L'existence d'un recueil des habitudes de vie, les souhaits et besoins des résidents et de leurs familles,
- L'existence de PAP pour tous les résidents et les modalités d'élaboration des projets de vie (existence d'un projet type, participation du personnel, des résidents et de leurs familles),
- L'utilisation effective des projets de vie au quotidien par les professionnels,
- Le suivi et la révision des projets (fréquences, modalités).

La démarche d'élaboration de projet d'accompagnement personnalisé pour les résidents d'EHPAD est mise en place dans quasiment tous les établissements inspectés. C'est une démarche élaborée en équipe, et très souvent sous la responsabilité des psychologues intervenant dans l'établissement.

Les temps de présence de psychologue dans les EHPAD sont le plus souvent des temps très partiels, parfois seulement à hauteur d'une demi-journée ou d'une journée par semaine, ce qui peut s'avérer problématique dans le cadre d'une démarche de mise en œuvre et de suivi des projets d'accompagnement personnalisé des résidents en EHPAD.

Une autre problématique constatée, et qui se matérialise par les mesures notifiées, réside dans le manque de projets pour tous les résidents d'un établissement et le manque de renouvellement de ces projets. Dans certaines circonstances, bien que le PAP soit élaboré, il n'est pas mis en œuvre par les personnels faute de consultation régulière. Ils restent à l'état de document, certes réalisé mais non consulté au quotidien.

25 préconisations (15 prescriptions et 10 recommandations) ont été notifiées sur cette thématique pour 20 EHPAD, certains établissements ayant eu plus d'une préconisation.

15 EHPAD ont été destinataires chacun d'une prescription portant essentiellement sur l'absence d'un projet d'accompagnement personnalisé pour tous les résidents accueillis ou au mieux le non renouvellement régulier et annuel de ces projets.

S'agissant des 10 recommandations (concernent 8 EHPAD), elles portent à la fois sur le manque de projets pour tous les résidents ou de renouvellement des projets ainsi que sur un dispositif non opérationnel de recueil des habitudes de vie et besoins des résidents. Deux recommandations portent sur l'absence dans le projet d'indication sur le souhait du résident d'être tutoyé et/ou appelé par son prénom par les personnels de l'établissement.

Ces constats posent la question de l'individualisation/personnalisation des prises en charge des résidents dans leur lieu de vie malgré les contraintes liées à la vie en collectivité et le manque de ressources humaines et le recours aux personnels temporaires (CDD-intérim).

### **3.3.2 Coordination des professionnels**

#### **• Coordination avec les acteurs de soins externes**

Les prises en charge des résidents et notamment l'accès aux spécialités (psychiatrie, soins dentaires, kinésithérapie), en libéral ou en hospitalier, sont régulièrement abordés lors des entretiens d'inspection avec les personnels médicaux et paramédicaux. Les équipes font de plus en plus souvent part de difficultés à obtenir des rendez-vous dans tous les domaines de soins.

Sur ce point, considérant l'absence de responsabilité directe de l'EHPAD et ses équipes, il n'est pas formulé de préconisations sur ces difficultés.

Les dispositifs de coordination mis en œuvre, très souvent, reposent sur la volonté d'un professionnel (Ex : le dentiste de la commune qui accepte encore de prendre en charge les résidents). La présence d'un médecin coordonnateur est essentielle pour faciliter les contacts et améliorer les prises en charge.

L'absence de médecin coordonnateur cumulée à l'insuffisance de professionnels médicaux (généralistes et spécialistes) et paramédicaux induisent la plupart du temps la non mise en place de la commission de coordination gériatrique (CCG) et ayant pour conséquence une absence d'homogénéisation des pratiques et d'optimisation des soins somatiques, psychologiques et de prévention, ce qui majore les risques d'une prise en charge inadaptée et partielle des usagers en EHPAD.

#### **• Coordination des professionnels en interne**

La coordination des professionnels en interne a été appréciée au regard des réunions de transmissions entre équipes (équipe de nuit/équipe de jour et équipe du matin/équipe du soir), des temps de réunion portant sur le fonctionnement/organisation, les résidents ...

53 mesures ont été notifiées. Elles portent sur 40 EHPAD.

La plupart des mesures notifiées sont des recommandations de mise en place de réunions d'équipe institutionnelles et de périodes de transmissions régulières entre professionnels.

Le rôle de l'IDEC, comme édicté par l'article D312-158-1 du CASF (issu du Décret n° 2025-897 du 4 septembre 2025) montre bien qu'il s'agit d'un levier essentiel de coordination et d'articulation entre les professionnels de la structure<sup>18</sup>.

### **3.3.3 Respect des droits des personnes**

62 mesures sur le respect des droits des personnes ont été notifiées et concernent 39 EHPAD. Les mesures portent principalement sur la liberté d'aller et venir et le respect de l'intimité/dignité des personnes accueillies.

La répartition par thématique est la suivante :

Thématiques	Nombre d'EHPAD ayant une ou plusieurs mesures
Affichage des droits et libertés (charte)	1
Respect de la dignité, intimité	15
Liberté d'aller et venir	29
Libre choix du praticien (médecin ou pharmacien)	4
Relation avec les familles (communication, accès aux informations)	11

**Concernant le respect de la dignité /intimité**, 15 Ehpads ont eu des mesures dont 8 relatives à l'insuffisante adaptabilité de l'établissement au respect du rythme de vie des résidents. Les soins d'hygiène, les toilettes, les douches, et la prise de repas peuvent être réalisés de manière non adaptée aux besoins et préférences des résidents, avec des pratiques parfois négligentes ou inappropriées. Ainsi, ont été constatés des couchers ou levers tardifs ou inversement, des petits déjeuners servis trop tôt, des toilettes rapides et un manque de communication avec les résidents, ou encore une fréquence des douches insuffisante.

Il est souvent évoqué par les établissements ou les professionnels un manque de personnel limitant la possibilité d'accompagner individuellement chaque résident, notamment pour les activités, les soins et la gestion de la continence.

Ces dysfonctionnements nuisent à une prise en charge personnalisée, essentielle pour préserver l'autonomie, le bien-être et la qualité de vie des résidents.

**Concernant la liberté d'aller et venir**, 29 EHPAD sont concernés par une mesure sur les pratiques de contentions (barrières de lits, sangles abdominales, portes de chambres fermées). Elle porte principalement sur la sécurisation des pratiques : non systématisation de prescription ou de leur renouvellement, absence ou manque d'actualisation de procédure/protocole.

Les établissements sont confrontés à un enjeu majeur lié à la conciliation des exigences de sécurité des résidents et de leur liberté d'aller et venir. Le manque de personnel ou de formation peut amener à banaliser la mise en place de mesures contentions :

---

<sup>18</sup> D312-158-1 CASF : Sous la responsabilité et l'autorité administratives du responsable de l'établissement, et sous l'autorité du cadre de santé le cas échéant, l'infirmier coordonnateur participe à la coordination de l'équipe paramédicale, à l'organisation et à la qualité des soins paramédicaux réalisés par l'équipe soignante et contribue aux projets d'amélioration continue de la qualité des soins.

- Soit parce qu'elles ne sont pas systématiquement ressenties par les professionnels comme une entrave à la liberté d'aller et venir,
- Soit pour des raisons de manque de personnel, la mise en sécurité du résident étant privilégiée à défaut de pouvoir respecter les bonnes pratiques en la matière.

A cela, peut s'ajouter la problématique des bâtiments qui ne sont plus adaptés à l'évolution de l'état de santé et de vieillissement des résidents.

### **3.3.4 Vie quotidienne et hébergement**

57 mesures relatives à la vie quotidienne et à l'hébergement ont été notifiées et concernent 29 EHPAD.

24 EHPAD se sont vu notifier des mesures concernant l'alimentation dont 13 concernant la durée de jeûne nocturne trop importante sans possibilité de collation de nuit.

Les autres mesures concernent les temps de repas trop courts, les modalités de prise des repas (repas en chambre, aide à la prise, restauration en petites unités), ainsi que sur les goûts non respectés des résidents et certaines fois sur les quantités insuffisantes.

Si l'appel à l'externalisation des repas renforce la sécurisation des circuits alimentaires, il peut freiner l'adaptabilité des repas aux goûts et quantité souhaités par les résidents.

L'alimentation /restauration est un sujet abordé de façon récurrente dans les CVS qui démontre l'importance de ce temps de vie sociale.

S'agissant des conditions d'hébergement, 15 EHPAD sont concernés par des mesures. Elles visent à utiliser et à aménager au mieux les locaux afin d'offrir des conditions d'accueil et d'hébergement optimales aux personnes accueillies. Le manque d'entretien des locaux, la sous-utilisation de pièces (ex : espaces avec équipements de stimulation multisensorielle (type Snoezelen), de balnéothérapie ...), une signalétique insuffisante ou inadaptée ne contribue pas à ce que les résidents bénéficient d'un cadre de vie agréable.

Il est effectivement observé que dans les EHPAD ayant des espaces type snoezelen utilisés avec suffisamment de professionnels formés et disponibles, l'apport pour l'accompagnement de personnes atteintes de troubles du comportement, de difficultés cognitives et de communication est notable.

### **3.3.5. Soins**

En termes de soins, 95 mesures ont été notifiées et portent principalement sur les thématiques suivantes :

Thématiques	Nombre d'EHPAD ayant une ou plusieurs mesures
Le repérage et prise en charge de la douleur	15
La prise en charge de la fin de vie	6
La prévention des chutes	5
La prévention/hygiène bucco-dentaire	12
La traçabilité des actes de soins	14
La gestion d'informations à caractère confidentiel	19
Le suivi du poids des résidents	15
Les protocoles de soins	12



- **Le repérage et la prise en charge de la douleur** des résidents et la **prise en charge de la fin de vie** : les mesures portent sur la mise en œuvre de protocole(s), leur appropriation par le personnel et l'amélioration de la formation des professionnels afin de leur permettre de mieux repérer et prendre en charge la douleur des résidents accueillis.
- **La prévention des chutes** : un manque de formalisation de l'évaluation du risque de chute systématique à l'entrée du résident avec révision régulière, en recourant aux compétences internes ou externes utiles (ergothérapeute, masseur-kinésithérapeute, psychomotricien...) est constaté.
- **La prévention/hygiène bucco-dentaire** : il est noté une absence de véritable politique institutionnelle au sein des établissements en la matière. Celle-ci doit se concrétiser par la mise en place de bilans systématiques à l'entrée du résident et de rendez-vous de contrôles réguliers.
- **Le suivi du poids des résidents** : les investigations portent sur le respect des règles de bonnes pratiques concernant le suivi régulier et tracé du poids des résidents. L'équipement observé au sein des EHPAD est adapté à la mise en place de ces recommandations. De plus, il est à noter que ces données sont utilisées dans le suivi de l'état nutritionnel des résidents.
- **La traçabilité des actes de soins** infirmiers et de soins de nursing : les EHPAD disposent maintenant quasiment tous de logiciel de soins permettant d'assurer une traçabilité informatisée des actes pratiqués. Les recommandations notifiées peuvent porter sur :
  - une traçabilité effectuée en fin de tournée et non en temps réel comme cela est recommandé,
  - un manque de traçabilité, total ou partiel, personnel dépendant,
  - un manque de formation au logiciel soin utilisé notamment pour les nouveaux personnels, remplaçants, intérimaires.
- **La gestion d'informations à caractère confidentiel** (notamment données médicales et de soins, dossiers médicaux et de soins) : les mesures notifiées portent sur le manque de confidentialité des données médicales et données de soins, notamment du fait d'un accès non sécurisé aux dossiers de résidents (accès aux locaux, accès des dossiers à des personnels non autorisés). Il est noté que dans beaucoup d'établissements, malgré la mise en place d'un logiciel de soins adapté aux EHPAD, des dossiers "papier" continuent à être utilisés. Si le double emploi sécurise la disponibilité des informations en cas d'aléas informatiques, ces dossiers sous format papiers doivent être régulièrement actualisés et rangés de manière sécurisée. Il est également noté que toutes les fonctionnalités des logiciels de soins installés ne sont pas utilisées, faute de temps, de formation.
- **Les protocoles de soins** : les mesures notifiées portent à la fois sur la nécessité d'une actualisation et d'une diffusion des protocoles existants dans le respect des bonnes pratiques. Néanmoins, quand ils existent, il est parfois constaté un manque d'appropriation par les professionnels.

L'absence de médecin coordonnateur et d'IDEC cumulée à l'insuffisance de professionnels soignants ne permet pas notamment une évaluation des risques et des fragilités du résident dans sa globalité à son entrée et autant que de besoins, ayant pour conséquence une non-homogénéisation des pratiques et une non optimisation des soins somatiques, psychologiques et de prévention.

### **3.6 Le circuit du médicament**

Les mesures notifiées ont été classées dans plusieurs thématiques :

Thématiques	Nombre d'EHPAD ayant une ou plusieurs mesures
Procédure circuit du médicament	101
Transport/livraison/stockage des médicaments	29
Autoévaluation des pratiques en PECM	11
Préparation des médicaments	15
Administration/aide à la prise	12
Modalités de prescriptions, pratiques de retranscription	11
Missions des pharmaciens référents	5
Formation du personnel	40

Les recommandations notifiées dans le cadre des CSP ne portent que sur les thèmes "Procédure circuit du médicament" et "Formation du personnel".

Au total, en tenant compte à la fois des inspections et des contrôles sur pièces, il y a eu 352 mesures notifiées, concernant 122 EHPAD.

Dans le cadre de cette thématique, quasiment l'intégralité des établissements concernés ont fait l'objet de mesures révélant des dysfonctionnements plus ou moins graves relatifs à la préparation, à la distribution et aux conditions de stockage.

Pour la plupart, les constats les plus sensibles peuvent être rapidement corrigés (ex : problème de sécurité et d'accès aux médicaments en lien avec la fermeture ou la sécurisation de locaux ou d'armoire...).

Le circuit du médicament en EHPAD a fait l'objet d'amélioration permettant une meilleure sécurisation de celui-ci, notamment grâce à un recours accru à des accompagnants proposés par des experts tels que l'OMEDIT. Au bénéfice d'outils nationaux (ANAP), les établissements peuvent procéder à des autoévaluations et formaliser un plan d'actions visant à améliorer leur circuit. Des dynamiques sont également à l'œuvre afin de structurer et d'optimiser ce circuit avec le développement du recours à la PDA<sup>19</sup>.

Néanmoins, des points de vigilance dans le circuit du médicament sont à avoir en routine dans les établissements pour atteindre ou maintenir un niveau de sécurité satisfaisant :

- Identitovigilance : « le bon médicament au bon résident »,

---

<sup>19</sup> PDA : Les EHPAD conventionnent avec des officines de pharmacie, ces dernières assurant la préparation des doses à administrer (PDA) pour les résidents.

- Actualisation, et diffusion des protocoles adaptés à la structure sur les différentes étapes de la prise en charge médicamenteuse (de la prescription à la traçabilité de l'administration du médicament),
- Sécurisation des accès aux médicaments (salle de pharmacie, local de soins partagé, chariots de distribution et d'urgence...),
- Préparation exclusive des piluliers par des personnels habilités sur un temps dédié,
- Formation et information régulière des personnels intervenant dans le circuit du médicament.

La mise en œuvre de ces points de vigilance est garante de la qualité et de la sécurité de prise en charge médicamenteuse des résidents. L'absence du médecin coordonnateur et/ou de l'IDEC en constitue un frein.

### **3. 4 Relations avec l'extérieur**

Les inspections montrent que de nombreux EHPAD ne disposent pas de conventions formalisées ou à jour avec leurs partenaires clés (pharmacies, établissements de santé, associations, acteurs médico-sociaux). 47 mesures ont été notifiées pour corriger ces manquements pour 35 établissements, soit près de 75% des EHPAD concernés.

Renforcer et actualiser ces partenariats est essentiel pour garantir la continuité des soins, la sécurité des résidents et la coordination avec les acteurs externes, en particulier dans les situations complexes (psychiatrie, HAD).

## Conclusion

Le vaste plan de contrôle des EHPAD mené en Bretagne entre 2022 et 2024, dans le prolongement de la crise révélée par l'affaire ORPEA, a permis de dresser un état des lieux des pratiques dans les 500 établissements bretons. Il en ressort une photographie contrastée du secteur : si près de la moitié des établissements présentent un niveau de risque faible, une proportion non négligeable – 8,2 % – demeure exposée à des risques élevés, avec des vulnérabilités particulièrement marquées dans les établissements de petite taille et à statut public territorial.

La gouvernance s'est révélée un levier central mais fragile, notamment en raison des difficultés récurrentes de continuité de direction, d'absence ou d'insuffisance de coordination médicale et paramédicale. Cette faiblesse structurelle affecte en cascade la qualité de la prise en charge des résidents et la dynamique des équipes.

Les fonctions supports souffrent elles aussi de tensions fortes, particulièrement dans le domaine des ressources humaines, où le recrutement, la fidélisation, l'accueil des nouveaux professionnels, et la formation restent des enjeux majeurs. De même, des manquements dans la gestion des risques, la sécurité des locaux, ou encore l'application des droits des usagers, témoignent d'un besoin persistant de structuration et de pilotage de la qualité.

S'il est observé que des établissements se sont saisis de ces contrôles pour réduire les dysfonctionnements affectant la qualité et la sécurité de la prise charge des personnes accueillies en EHPAD, il reste néanmoins des actions à mettre en œuvre afin de renforcer la bientraitance, améliorer le circuit du médicament et favoriser l'individualisation de l'accompagnement.

Ce bilan peut constituer un point de référence pour favoriser la transformation de l'organisation et du fonctionnement des EHPAD. Il plaide pour une gouvernance renforcée, une professionnalisation accrue des acteurs, des outils mieux appropriés et des coopérations territoriales élargies. Il s'agit de garantir aux personnes âgées accueillies un cadre de vie digne, sécurisé, et respectueux de leurs droits, dans une dynamique d'amélioration continue de la qualité et de promotion de la bientraitance.

## ANNEXE 1 : nombre d'EHPAD investigués par thématique

Thématique	Nombre d'EHPAD investigués
Conformité aux conditions d'autorisation	66
Qualification des directeurs	479
Continuité de la fonction de direction/Délégations	479
Médecin coordonnateur	500
Infirmière coordinatrice	500
Projet d'établissement	500
Règlement de fonctionnement	469
Conseil de la vie sociale	479
Gestion des évènements indésirables	500
Gestion des réclamations	479
Analyse des pratiques professionnelles	479
Politique de la promotion de la bientraitance	26
Formation spécifique sur la thématique de la bientraitance/lutte contre la maltraitance	429
Accueil des nouveaux personnels	403
Fiches de poste	500
Formation du personnel	500
Présence quotidienne d'une infirmière	439
Astreinte infirmière la nuit	403
Veille de nuit	439
Sécurité des locaux	31
Le projet d'accompagnement personnalisé	26
Coordination des professionnels	66
Respect des droits des personnes	39
Vie quotidienne et hébergement	36
Soins	36
Prise en charge médicamenteuse	57
Relations avec l'extérieur	47