

Direction de l'Efficienc e de l'Offre

Département Qualité Sécurité Inspection

---

# **BILAN DES INSPECTIONS REALISEES EN 2011 - 2012**

## **MAISONS D'ACCUEIL SPECIALISEES (MAS) FOYERS D'ACCUEIL MEDICALISE (FAM)**

**(PROGRAMME NATIONAL DE PREVENTION DE LA MALTRAITANCE DANS  
LES ETABLISSEMENTS ET SERVICES MEDICO-SOCIAUX)**

## **PREAMBULE**

La présente synthèse résulte de l'analyse de 14 rapports d'inspection (14% des MAS-FAM).

Ces contrôles s'inscrivent dans le cadre de programmes pluriannuels de prévention et de lutte contre la maltraitance dans les établissements et services médico-sociaux (2002-2006, 2007-2012, 2013-2017).

Les rapports qui ont été retenus pour ce bilan sont ceux dont les auteurs ont utilisé la grille utilisée dans la région Pays de la Loire, avant sa refonte, finalisée en 2013.

Les rapports d'inspection exploités pour ce travail concernent des établissements relevant de statuts juridiques différents : public (hospitalier) ou privé associatif.

L'étude est basée sur l'examen de 84 items non hiérarchisés qui se répartissent dans les trois principales catégories suivantes :

- 1) Conditions d'installation (17 items)
- 2) Conditions d'organisation (40 items)
- 3) Conditions d'admission, d'accueil, de personnalisation et organisation médicale (27 items)

## **OBJECTIFS ET METHODOLOGIE**

### **Rappel des objectifs de la thématique :**

Afin de renforcer l'efficacité de l'action en matière de prévention et de lutte contre la maltraitance, les autorités administratives compétentes doivent exercer une vigilance accrue sur les établissements et services médico-sociaux, en :

- Vérifiant que les conditions et les modalités d'accueil et de prise en charge respectent la santé, la sécurité, l'intégrité, le bien être physique et moral et la dignité des personnes accueillies dans les ESMS,
- Repérant les risques en identifiant les points critiques dans le fonctionnement de la structure et/ou dans l'attitude des personnels,
- Repérant les dynamiques existantes ou émergentes ainsi que les points d'appui dans les établissements, afin de soutenir, développer ou capitaliser les bonnes pratiques,
- Formulant toute proposition pour améliorer la qualité de l'accueil et des prises en charge et soutenir les équipes,
- Sanctionnant le cas échéant, les insuffisances et les abus, par la notification d'injonctions dont le non respect est susceptible de conduire à la nomination d'un administrateur provisoire, à une décision de fermeture partielle ou totale, temporaire ou définitive de l'établissement.

Les MAS-FAM, accueillent des publics caractérisés par une grande vulnérabilité (polyhandicap, plurihandicap, troubles du psychisme, autisme). Des inspections dans ces établissements au titre du repérage des risques de maltraitance s'avèrent donc particulièrement justifiés.

### **Pré-requis méthodologiques :**

- Inspection inopinée : 1 à 2 jours sur site.
- Inspection annoncée pour les 3 FAM accueillant des personnes autistes.
- Entretiens avec directeur, cadres, qualitatif, psychologue, psychomotricien, infirmier, ergothérapeute, éducateur spécialisé, moniteur-éducateur, AMP, AS, agent d'entretien, agent d'accueil, représentant au Conseil de la Vie Sociale, usager, représentant du personnel...
- Examen de documents (liste remise en début d'inspection, cf. annexe)

**Réunions préparatoires :**

Une demi-journée avant chaque inspection.

**Construction d'une grille d'inspection :**

Elaboration d'une grille spécifique MAS-FAM à partir des référentiels suivants :

- le cahier des charges du programme national de prévention de la maltraitance ainsi que sur le guide d'analyse des risques de ce programme conçu pour les contrôles de niveau 1, enrichi du résultat des investigations complémentaires,
- la grille d'inspection EHPAD utilisée en région Pays de La Loire,
- Le décret n°2009-322 du 20 mars 2009 relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie.
- Le questionnaire d'auto-évaluation 2012 de l'ANESM « Bientraitance des personnes accueillies en Maisons d'Accueil Spécialisées et en Foyers d'Accueil Médicalisé ».

**Composition des équipes d'inspection :**

2 inspecteurs et 1 MISP ou médecin ICARS (11 inspections)  
1 inspecteur et 1 médecin (2 inspections)  
2 inspecteurs (1 inspection).

A noter que le Conseil général de la Sarthe a participé à 2 inspections de FAM.

**Période sur laquelle les inspections ont été réalisées :**

Entre janvier 2013 et septembre 2013, 4 inspections ont été réalisées. Toutefois, le bilan des inspections porte également sur l'année 2011 (7 inspections) et 2012 (3 inspections) afin de pouvoir disposer d'un échantillon suffisamment représentatif avec 14 MAS-FAM (sur un total régional de 98 MAS-FAM).

Les inspections ont été réalisées dans les 5 départements de la région (2 en Loire-Atlantique, 3 en Maine et Loire, 1 en Mayenne, 4 en Sarthe et 4 en Vendée).

En 2012, 3 inspections ont été conduites en direction de FAM accueillant des personnes autistes.

Près de 80% des inspections ont mobilisé les inspecteurs 2 jours sur site. Moins de 20% des inspections ont été réalisées avec 1 seule journée sur site.

## 1 - LES CONDITIONS D'INSTALLATION

### A) Des établissements en majorité récents et propres le jour de l'inspection

- Tous les établissements ont été jugés propres le jour de l'inspection
- 3 établissements sur 16 (1 MAS et 2 FAM) sont jugés vétustes (2/3 établissements ont un programme d'investissement validé en vue d'une reconstruction)

### B) Des équipements répondant très majoritairement aux recommandations architecturales actuelles

- La quasi-totalité des structures inspectées ont des chambres individuelles. Seules 4 structures sont équipées de chambres doubles (de 1 à 9 chambres doubles). A noter qu'un établissement possède 5 chambres triples.

La moitié des établissements inspectés sont dotés d'appels-malade dans les chambres. Cet équipement n'est pas toujours compatible avec les problématiques des personnes accueillies.

- La personnalisation des chambres a été constatée par les missions d'inspection dans 15/16 établissements.
- L'accessibilité des bâtiments est effective dans la quasi-totalité des structures inspectées. En revanche la signalétique est jugée défailante dans ¼ des établissements.
- La quasi-totalité des établissements disposent d'un système de rafraîchissement de l'air.

### C) La sécurité des installations : une vigilance particulière pour le risque de brûlure (température de l'eau non limitée à 38°)

- Sécurité incendie : dans la totalité des structures la commission de sécurité a effectué une inspection au cours des 3 dernières années.
- Sécurité alimentaire : les services de la direction de la protection des populations ont procédé à des contrôles au cours des 3 dernières années dans 14 des 16 établissements. Pour un établissement, la restauration est externalisée et pour un autre le dernier contrôle des services vétérinaires datait de plus de 5 ans.
- Sécurisation des locaux à risque (infirmerie, local contenant des produits toxiques..). Seuls 2 établissements ont fait l'objet d'observation sur la nécessité de sécuriser certains locaux potentiellement dangereux pour les résidents
- Sécurité électrique (groupe électrogène et/ou document d'analyse de risque de défaillance électrique), *décret n° 2009-597 du 26 mai 2009*. Ce point de contrôle a été vérifié dans 11 structures. Une non-conformité a été constatée dans 5/11 établissements dont 2 MAS.
- Signalétique anti-tabac. Des observations relatives au non respect de la signalétique anti-tabac ont été formulées dans 7 rapports d'inspection.
- Température de l'eau non limitée à 38° et risque de brûlure. Ce point qui a été vérifié lors des 6 dernières inspections a fait l'objet de préconisations spécifiques dans 4 rapports.
- Prévention de la légionellose : 6/14 ne disposent pas de carnet sanitaire (*arrêté du 1er février 2010 relatif à la surveillance des légionelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire*). Pour autant, 3 des 6 établissements dépourvus de carnet sanitaire procèdent au moins 1 fois par an des analyses de légionelles en différents points de contact par un laboratoire agréé COFRAC.

## 2 - LES CONDITIONS D'ORGANISATION ET DE FONCTIONNEMENT :

### A) La taille des établissements et le respect de l'autorisation

- **Des problèmes de taille critique particulièrement prégnants dans les structures de moins de 40 places.**

Sur l'échantillon des 14 MAS-FAM, la taille moyenne est de 30 places et est portée à 48 places en prenant en compte l'ensemble auquel est adossée la structure inspectée. Des problèmes de taille critique insuffisantes sont particulièrement prégnants dans les structures de moins de 40 places (encadrement insuffisant ou sinon limitant *de facto* le personnel de proximité pour les résidents.)

- **Les principales caractéristiques de l'agrément sont respectées**

Sur la base d'un échantillon aléatoire de 10% des dossiers administratifs, il n'a pas été constaté de non-conformité avec les orientations de la Commission Départementale en faveur des Personnes Handicapées sauf dans une structure (orientation non conforme). Dans 5 établissements, des notifications de la CDAPH sont arrivées à échéance (dossiers en cours de renouvellement). Les catégories de bénéficiaire présente sont des personnes présentant un polyhandicap, une déficience grave du psychisme, de l'autisme, des déficiences intellectuelles moyennes à profondes. Dans 2 établissements, une distorsion entre la catégorie de bénéficiaire visée dans l'agrément et les problématiques des personnes accueillies a été constatée.

Le registre légal des personnes accueillies (*article L 331-2 du CASF*) est présent dans la moitié des structures inspectées.

Le niveau d'activité est satisfaisant (supérieur à 90% le jour de l'inspection) pour les places d'internat permanent.

- **Accueil temporaire : la moitié des établissements inspectés (7/14) propose de l'accueil temporaire (de 1 à 5 places)**

Les établissements ont fait part des difficultés à disposer d'une activité satisfaisante. Dans les établissements inspectés, l'accueil temporaire est principalement utilisé en substitution d'une place d'internat permanent (pas d'accueil en mode séquentiel, peu de séjours de répit et de séjours évaluatifs). Dans une structure pour autiste, il a été même souligné que l'admission de nouveaux résidents en accueil temporaire déstabilise l'organisation et engendre une perte des repères des autres résidents. Dans 2 établissements, les places d'accueil temporaire fonctionnent comme des places d'internat permanent. A noter que des séjours évaluatifs appelés de manière impropre des « périodes d'essai » étaient effectués dans 2 établissements dans le cadre des places d'internat permanent et non de places d'accueil temporaire.

### B) Une sécurité et une continuité de l'accompagnement assurées malgré des insuffisances au niveau de la couverture infirmière.

- **Un personnel d'accompagnement en nombre suffisant mais des carences au niveau de la couverture infirmière**

Les équipes d'inspection n'ont pas relevé pas d'insuffisance au niveau du personnel d'accompagnement des résidents. En règle générale, au moins 2 personnes sont présentes au quotidien dans les unités de vie (de 8 à 10 résidents par unité en moyenne). En revanche, des observations ont été formulées à 3 établissements en raison d'une **couverture infirmière insuffisante** (amplitude journalière faible, pas de couverture d'IDE salarié le week-end et pendant une partie des vacances).

➤ **La présence sur site d'un cadre hiérarchique est nécessaire**

S'agissant de la **continuité de l'encadrement**, certains établissements de petite taille ne peuvent garantir la présence d'un cadre hiérarchique sur le site en journée. Les conditions d'organisation en mode dégradé en résultant ne peuvent compenser que partiellement ce défaut d'encadrement. Le système des astreintes administratives est mis en place dans tous les établissements inspectés.

➤ **La surveillance de nuit n'est pas toujours assurée par un binôme comportant au moins une AS/AMP** (point contrôlé dans 13 établissements)

C'est toujours un binôme qui assure la surveillance de nuit. En revanche, ce binôme comporte une AS ou une AMP dans seulement la moitié des établissements inspectés. Il convient de préciser qu'une astreinte infirmière opérationnelle ou téléphonique est mise en place dans 3 établissements.

**C) Une politique qualité impulsée plus fortement par les sièges sociaux ou les structures hospitalières**

➤ **Des projets d'établissement** de moins de 5 ans dans 85% des établissements inspectés (*article L 311-8 du CASF et D.344-5-5 du CASF*)

Dans plus de 85% des établissements inspectés (12/14), les projets d'établissements sont dépourvus de volet spécifique relatif à l'accueil temporaire (article D312-9 du CASF).

Les missions d'inspection ont jugé que moins des 2/3 des établissements inspectés disposaient de projets d'établissement connus des personnels

➤ La moitié des établissements inspectés ont réalisé une **évaluation interne** (*article L 312-8 du CASF et articles D 312-203 et D 312-204 du CASF*).

Ces démarches d'auto-évaluation sont systématiquement réalisées de manière participative sans nécessairement l'appui d'un consultant externe. En revanche, aucun des établissements inspectés n'avait réalisé d'évaluations externes à la date de l'inspection.

Les démarches d'évaluation interne et externe sont accompagnées par les qualitiens dans les structures les plus importantes.

➤ Concernant le **dispositif de gestion des évènements indésirables** (repérage, recueil, traitement et analyse), il ressort des rapports d'inspection que 9 établissements/14 en sont dotés avec des niveaux de qualité du système très variable d'une structure à une autre. Globalement, les structures médico-sociales rattachées à une structure hospitalière ou à un siège social sont mieux structurées au niveau méthodologique.

Plusieurs écueils sont relevés par les missions d'inspection sur le dispositif des évènements indésirables (EI) :

- Un dispositif de signalement des évènements indésirables qui se limite aux évènements les plus graves (EIG)
- Un dispositif de signalement des EI qui ne se distingue pas des transmissions
- L'existence de plusieurs supports de signalement des évènements indésirables
- Une culture du signalement insuffisamment développée et rendant inopérant le dispositif en termes de démarche d'amélioration continue de la qualité
- Une absence d'analyse des évènements recensés et de consolidation des évènements enregistrés sur une période semestrielle ou annuelle,
- Un manque de retour aux équipes susceptible de démotiver les personnels effectuant les déclarations d'évènements,

### **Les bonnes pratiques suivantes ont été relevées :**

- Une formation interne à la gestion des risques mise en place pour l'ensemble des personnels et délimitation du périmètre de ce qui relève d'un événement indésirable en fonction des problématiques des personnes accueillies
- Des analyses des causes par le service qualité de l'hôpital ou du siège social pour les EIG et EI traités périodiquement par des cadres, référents qualité pour leur service
- Un système de signalement informatisé.

- **Les enquêtes de satisfaction** doivent être intégrées en routine dans la politique qualité des établissements

Environ 1/3 des établissements inspectés ont mis en place des enquêtes de satisfaction. Cet outil de mesure de la satisfaction des usagers est récent et souvent adossé à la démarche d'évaluation interne. Il est demandé aux MAS/FAM de réaliser annuellement une enquête de satisfaction.

- **La gestion des risques**

- Bulletins du casier judiciaire national (n°2 ou n°3), (effectivement présents dans un échantillon de dossiers administratifs sur 4/9 des établissements contrôlés) (*cf. art. L 133-6 du code de l'action sociale et des familles, articles 777 et R 82 du code de procédure pénale*).
- Elaboration d'un Document Unique Relatif aux Risques professionnels (DUERP) (vérifié dans 10 établissements) prévue par le code du travail (*articles L. 4121-3 et R 4121-1 du code du travail*). Ce document qui participe pleinement de la politique qualité a été réalisé dans 7/10 structures inspectées.
- Plan bleu (vérifié dans 12 établissements). Le plan bleu est formalisé dans (9/10) MAS-FAM. Peu d'établissements disposent d'un plan global de gestion de crise intégrant un plan de continuité des activités assortie d'une convention avec un établissement hospitalier précisant les conditions d'accueil aux urgences. A noter que les structures inspectées en 2013 révisent leur plan bleu en fonction des instructions de l'ARS.

## **D) La politique bientraitance des établissements**

- **Absence de protocole maltraitance dans la moitié des MAS-FAM inspectés**

Le protocole relatif à la conduite à tenir en cas de situation de maltraitance peut être considéré comme un élément du dispositif de signalement des événements indésirables graves. Néanmoins, eu égard au dispositif juridique spécifique entourant ces situations, il est nécessaire que les structures bâtissent un protocole ad hoc. Ce protocole est important car nombre d'établissements estiment que le risque de maltraitance est nul compte-tenu de la politique de bientraitance qui y est promue. Les protocoles existants sont parfois insuffisamment explicites quant à la possibilité d'une maltraitance émanant d'un agent de l'établissement. Dans la moitié des établissements disposant d'un tel protocole, son appropriation par les personnels est jugée insuffisante par les professionnels entendus.

- **Les formations bientraitance à renforcer**

Dans environ 1/3 des rapports d'inspection, des préconisations sont formulées pour que les personnels se voient proposer des formations portant sur la bientraitance ou sur la connaissance des publics accueillis (en particulier sur l'autisme pour les structures concernés).

- **Les réunions d'analyse de la pratique sont mises en place dans près de 80% des établissements inspectés**

La totalité des 14 MAS/FAM bénéficie de temps de psychologue. Par ailleurs, 3/14 ne proposent pas d'analyse de la pratique aux professionnels.

## E) Les droits des usagers : les outils de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale sont mis en place (conseil de la vie sociale, livret d'accueil règlement de fonctionnement).

### ➤ Les dossiers administratifs consultés comprennent des contrats de séjour signés

*Article L311-4 du CASF (Afin de garantir l'exercice effectif des droits mentionnés à l'article L. 311-3 et notamment de prévenir tout risque de maltraitance, lors de son accueil dans un établissement ou dans un service social ou médico-social, il est remis à la personne ou à son représentant légal un livret d'accueil auquel sont annexés [la charte des droits et libertés de la personne accueillie et le règlement de fonctionnement].*

Dans les dossiers administratifs consultés de manière aléatoire, il a été constaté la présence d'un contrat de séjour signé mais pas nécessairement une copie attestant de la remise du règlement de fonctionnement

A noter que dans un des établissements inspectés, le règlement de fonctionnement, le contrat de séjour et le livret d'accueil restaient à élaborer.

### ➤ Des observations formulées sur les règlements de fonctionnement

Dans la moitié des rapports d'inspection, des observations ont été formulées sur les **règlements de fonctionnement** communiqués. Elles portent sur les modalités d'adoption du règlement de fonctionnement (absence de mention relative au recueil de l'avis du CVS et des instances, règlement non daté), sur son actualisation (règlement ce plus de 5 ans) ou sur le contenu de certaines dispositions jugées non conformes au code de l'action sociale et des familles. Par ailleurs, dans 3/14 établissements, le règlement de fonctionnement n'était pas connu des professionnels entendus.

### ➤ L'accessibilité des documents est à améliorer

Pour la quasi-totalité des structures, des améliorations doivent être apportées au niveau de l'accessibilité et de l'actualisation du livret d'accueil, du contrat de séjour et du règlement de fonctionnement.

### ➤ Le conseil de la vie sociale est installé dans tous les établissements inspectés.

C'est souvent un CVS commun aux structures médico-sociales implantées sur le même site (MAS-FAM-FO). Dans 2 structures, il ne se réunit qu'une seule fois par an au lieu des 3 réunions prévues par la réglementation. (*article D 311-16 du CASF*)

## F) Une forte pluridisciplinarité des professionnels sans toutefois respecter les dispositions du décret du 20 mars 2009 relatifs aux MAS, FAM et SAMSAH.

Malgré la palette importante de catégories de professionnels mobilisés, aucune MAS-FAM ne respecte les prescriptions réglementaires quant à la composition minimale de l'équipe pluridisciplinaire (*Selon l'article D.344-5-12 du CASF, la composition minimale obligatoire de l'équipe pluridisciplinaire comprend et associe au moins un membre de chacune des professions suivantes : - un médecin généraliste, - un éducateur spécialisé, - un moniteur éducateur, - un assistant de service social, - un psychologue, - un infirmier, - un aide-soignant, - un aide médico-psychologique, - un auxiliaire de vie*).

Ce point de conformité a été vérifié sur 12/14 établissements :

- 10/12 ne disposent pas d'auxiliaire de vie et d'assistant de service social,
- 1/12 ne dispose pas de moniteur-éducateur,
- 1/12 ne dispose pas d'éducateur spécialisé,
- 1 structure aurait toutes les qualifications sauf celles d'auxiliaire de vie.

➤ **Une relative stabilité des effectifs**

L'appréciation de la stabilité des effectifs est parfois difficile en l'absence d'informations précises par établissement dans les bilans sociaux communiqués aux équipes d'inspection. Un turn-over important des personnels a également pu être constaté l'année de création de l'établissement. Ces réserves étant posées, les équipes d'inspection ont estimé que la stabilité des effectifs était assurée dans plus de 60% des établissements inspectés.

A noter par ailleurs l'importance pour les personnels de pouvoir s'appuyer sur des équipes d'encadrement stables. La présence au moins d'un cadre hiérarchique dans une structure de type MAS/FAM s'avère nécessaire pour le bon fonctionnement de l'établissement.

➤ **Une structuration de la direction des établissements globalement satisfaisante**

- La totalité des directeurs des établissements dispose **du niveau de qualification requis** par la réglementation (*article D 312-176-6 à 10 du CASF*), soit un niveau II pour une direction d'établissement.

- Au regard de la réglementation, **les niveaux de délégation** sont conformes aux attendus réglementaires (*article D 312-176-5 du CASF*). Ce point ne concerne pas les établissements publics relevant de la fonction publique hospitalière. Par ailleurs, la réglementation prévoit des délégations pour chaque établissement, ce qui peut se télescoper avec la logique de pôle médico-social qui se développe actuellement. Toutefois, sur le plan organisationnel, les équipes d'inspection ont souligné dans 3 rapports la nécessité d'organiser une subdélégation auprès du responsable opérationnel du site inspecté. Ces observations ont été formulées dans des structures relevant de la fonction publique hospitalière où la subdélégation est plus lourde de sens sur le plan de la responsabilité des acteurs.

- **La circulation de l'information** est satisfaisante. Elle gagnerait en efficience avec un meilleur niveau d'informatisation du dossier résident (50% des établissements inspectés). Dans la totalité des établissements inspectés, des réunions de fonctionnement sont organisées de même que des temps de transmission. Toutefois, le partage et la circulation de l'information pourrait être optimisé avec la mise en place d'un système d'informatisation du dossier résident, notamment pour mieux cibler les transmissions. A la date des inspections, la moitié des MAS-FAM inspectés étaient dotés d'un système d'informatisation du dossier résident, ce qui est peu au regard du niveau d'équipement en EHPAD.

- **L'organigramme hiérarchique et fonctionnel fait défaut dans 1/3 des établissements inspectés (5/14).**

Quand un organigramme est élaboré, il est rarement affiché (2/14) ce qui ne contribue pas à une bonne transparence de l'organisation vis-à-vis notamment des usagers et de leur famille.

- **Des instances représentatives du personnel sont présentes dans la totalité des établissements inspectés.**

Le rôle de veille des CHSCT doit être souligné en matière de promotion de la santé au travail et d'accompagnement d'une politique de prévention des risques.

➤ **Des marges d'amélioration dans l'organisation du travail**

- **Les fiches de poste** sont rédigées pour l'ensemble des personnels dans moins de 36% des établissements inspectés. Les fiches de poste qui contribuent à clarifier le positionnement des professionnels sont souvent incomplètes ou datées. Des fiches de fonction font défaut pour les coordonnateurs des unités de vie (éducateur-spécialisé ou moniteur-éducateur) de même que la fonction de référent pour les résidents.

- La participation de l'ensemble du personnel d'accompagnement formé, aux actes de la vie quotidienne tels que les toilettes peut se concevoir compte-tenu de l'importance de la communication non verbale pour certains résidents. Toutefois, plusieurs rapports ont cependant mis en exergue des **glissements de tâches** au niveau de la réalisation des tâches ménagères par du personnel éducatif.

- **Les fiches de tâche** sont insuffisamment mises en place. Ce point a été contrôlé dans 8 établissements. Les fiches de tâche qui décrivent de façon détaillée, les tâches afférentes à certains types de missions (ménage, surveillance de nuit) n'ont été mises en place de manière formalisée dans une seule des structures inspectées.
- Les agents bénéficient d'un **entretien d'évaluation ou de progrès** (annuel ou bi-annuel) dans près de 80% des structures inspectées. Cet outil de management est prévu par la réglementation pour les établissements publics et dans les conventions collectives (arrêté du 22 octobre 2008 pour les établissements et services du secteur social et médico-social à but non lucratif).
- **Procédure relative à l'accueil des nouveaux membres du personnel.** Il ressort des inspections réalisées en 2013 que l'accompagnement des nouveaux membres du personnel y compris les stagiaires n'est pas formalisé. En particulier, les modalités de suivi d'un nouveau professionnel ne sont pas explicites. Or, c'est un point important dans le dispositif de prévention des risques de maltraitance. *Art. 344-5-14 CASF. « L'établissement ou le service a une mission de transmission des savoirs, d'encadrement et d'intégration des nouveaux personnels, stagiaires ou recrutés, dont les modalités d'organisation sont prévues dans le projet d'établissement ou de service »*

### G) Des partenariats à consolider et à améliorer avec le secteur sanitaire et le secteur psychiatrique

#### ➤ La coopération avec la psychiatrie de secteur est insuffisamment formalisée (point vérifié dans 11 inspections)

Les problématiques liées au handicap psychique sont prépondérantes dans les FAM. Ainsi, trois des FAM inspectés sont agréés pour accueillir des personnes souffrant de troubles autistiques et TED. Or, le partenariat est formalisé avec le secteur psychiatrique dans seulement 6 structures/11.

#### ➤ La coopération avec les établissements de santé est à renforcer (article D.344-5-6 du CASF)

Une meilleure articulation est à rechercher avec les établissements hospitaliers dans la moitié des structures inspectées (point vérifié dans 10 inspections).

Il a été constaté que les résidents ne sont pas toujours accompagnés lors de séjour hospitalier non programmé. *Pour rappel, l'article D344-5-9 du CASF dispose que lorsque la personne est amenée à se déplacer en consultation médicale, paramédicale ou liée à la compensation de son handicap, l'établissement ou le service assure la présence à ses côtés d'une tierce personne la connaissant.*

Il convient également de noter que l'appartenance d'une MAS ou d'un FAM à une structure hospitalière ne constitue pas un gage de fluidité et de complémentarité entre les structures hospitalières et médico-sociales, dans les établissements inspectés.

## 3- LES PHASES D'ADMISSION, D'ACCUEIL, LA PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT ET L'ORGANISATION DES SOINS

### A) Des procédures d'admission et d'accueil à formaliser notamment pour les résidents qui intègrent une place d'accueil temporaire

- Dans près de 40% des MAS-FAM inspectés, il n'y a pas de **procédure d'admission** et d'accueil formalisée.
- Une **commission d'admission** est mise en place dans 80% des établissements contrôlés
- Une **visite de l'établissement** est toujours proposée

- **Evaluation formalisée** à l'issue d'une admission (point contrôlé dans 9 établissements). Les différents bilans et évaluations à effectuer sont prévus dans 8/9 établissements contrôlés. Le recueil des attentes de la personne est réalisé systématiquement lors de l'arrivée d'un nouveau résident. Toutefois, il n'est pas toujours procédé à un recueil de l'ensemble des soins somatiques et psychiatriques, notamment en l'absence de médecin référent ou coordonnateur.

Quant à **l'évaluation des risques psychologiques et comportementaux**, elle est effectuée par le psychologue de l'établissement sans que cela soit toujours intégré dans un processus d'évaluation formalisée.

*Art. 344-5-11 du CASF. L'équipe pluridisciplinaire dresse dès l'admission un bilan pluridisciplinaire de l'état général et de la situation de la personne*

- La désignation d'un **référent** n'est pas toujours instituée dès la phase d'accueil (3/9 établissements contrôlés)

## B) Le projet personnalisé est mis en place dans tous les établissements

Sur la base de l'examen aléatoire des dossiers administratifs (10% des projets personnalisés), les constats suivants ont été formulés :

- la totalité des établissements avaient formalisé un projet personnalisé pour chacun des résidents. Pour une structure, du retard avait été pris dans la finalisation des projets personnalisés.
- Pour plus de 85% des MAS/FAM, le projet personnalisé est actualisé annuellement. *(Art. D.344-5-11 CASF. L'équipe pluridisciplinaire assure une fonction générale de prévention et de surveillance de la santé physique et psychique. Elle veille à l'actualisation d'un bilan pluridisciplinaire [de l'état général et de la situation de la personne] dont un exemplaire est adressé chaque année à la famille ou au représentant légal par le directeur)*

Quant à la contractualisation du projet personnalisé, elle est effective dans 85% des établissements inspectés.

- Une attention particulière est portée à **l'individualisation des rythmes de vie** dans la totalité des établissements inspectés.

## C) Les prestations d'hébergement, d'accompagnement et de soins d'hygiène sont jugées globalement satisfaisantes

- En ce qui concerne **les prestations d'hygiène**, plus de 80% des résidents peuvent bénéficier d'une douche quotidienne. Dans 2 établissements, la fréquence des douches est de 3 fois par semaine.
- S'agissant de **l'alimentation**, la restauration privilégie la sécurité alimentaire (risque de fausse-route) et nutritionnelle en particulier dans les MAS. L'élaboration des menus bénéficie d'une supervision par une diététicienne ou un cadre de santé. Le menu de substitution est rarement proposé aux résidents. Les résidents ont tous le temps nécessaire.
- S'agissant de **l'offre d'animations**, elle est jugée adaptée quantitativement et qualitativement dans les établissements contrôlés (point vérifié dans 8 établissements). Le fonctionnement de l'établissement permet à la majorité des personnes accueillies de réaliser plusieurs fois par semaine une ou plusieurs activités individuelles et collectives inscrites dans leur projet personnalisé. En revanche, peu de structures ont réalisé un planning d'activité personnel d'activités accessible aux personnes accueillies.

*Art. 344-5-3 CASF: Pour les personnes qu'ils accueillent ou accompagnent, les établissements favorisent leur participation à une vie sociale, culturelle et sportive par des activités adaptées.*

## D) Une organisation médicale insuffisante en l'absence de médecin chargé de la coordination des soins

- Dans un peu plus de 30% (4/13) des établissements, **l'organisation des soins** pâtit d'un manque de médecin coordonnateur.  
*Art. D 344-5-5 du CASF. Sous la responsabilité d'un médecin, [le projet d'établissement] organise la coordination des soins au sein de l'établissement ou du service et avec les praticiens extérieurs.*
- Cette carence se traduit notamment par un **faible niveau de protocolisation** pour environ 30% des établissements. Des observations sont formulées afin que les principaux protocoles de soins soient élaborés et connus des équipes (-la douleur, la toilette, la prévention des escarres, l'incontinence..). Pour les contentions, des protocoles sont formalisés dans 4 des 5 établissements contrôlés sur ce point. Il est à noter que les MAS-FAM adossées à une structure hospitalière disposent de protocoles qu'il convient d'adapter aux problématiques sociales. Dans une des structures, un groupe d'analyse des événements indésirables a été mis en place au sein du FAM en vue notamment de mutualiser et d'adapter les protocoles issus du secteur sanitaire.
- **Fiches de liaison** (Art. D344-5-8 du CASF)  
Sur 9 établissements contrôlés, les fiches de liaison sont élaborées pour près de 80% des établissements (7/9).  
L'informatisation du dossier résident est un facteur facilitant pour la constitution et l'actualisation des dossiers.
- **Dossiers médicaux** (R 4127-45 du code de la santé publique)  
Des observations sont formulées dans près de 40% des établissements inspectés (confidentialité des données médicales, dispersion des données, structuration des données médicales). Des remarques sont également émises sur la non qualité des prescriptions individuelles (problème de lisibilité et/ou de signature) pour 30% des établissements.
- **Chariot d'urgence** (article D 344-5-6 du CASF)  
Sur 9 établissements contrôlés, le chariot d'urgence était mis en place dans 5 structures.
- **La sécurité pharmaceutique**  
L'armoire à pharmacie est jugée totalement conforme dans près de 70% des établissements et partiellement conforme dans les 30% restants.  
Le circuit du médicament fait l'objet de nombreuses préconisations dans les rapports d'inspection (problème de stockage, de manque de vérification, de traçabilité procédure inadaptée, de temps important passé par les IDE à la préparation des médicaments).  
Il a été préconisé aux structures d'effectuer l'autodiagnostic du circuit du médicament en EHPAD sans pharmacie à usage intérieur (téléchargeable sur le site de l'ARS Pays de la Loire).
- **Accompagnement des résidents en fin de vie**  
Peu d'établissements sont préparés à l'organisation de l'accompagnement des résidents en fin de vie. Quelques structures confrontées à des situations individuelles, ont ainsi été amenées à nouer un partenariat avec l'équipe mobile de soins palliatifs et /ou l'HAD de leur territoire.

## Annexe

### **LISTE DES DOCUMENTS A REMETTRE A LA MISSION D'INSPECTION**

- Liste des salariés présents
- Liste des résidents présents
- Provenance géographique des résidents
- Plans et/ou état descriptif succinct des locaux
- Diagnostic accessibilité
- Organigramme
- Délégations de pouvoir et de signature données au directeur de l'établissement ainsi qu'aux responsables opérationnels
- Etat nominatif des salariés titulaires (en ETP) ainsi que leur ancienneté
- Règlement intérieur
- Document unique relatif aux risques professionnels
- Plan de formations
- Bilans sociaux (avec informations relatives à l'ancienneté, à l'absentéismes, au turnover, au nombre de CDD)
- Plannings réels du personnel
- Fiches de poste de l'ensemble du personnel, fiches de tâches
- Procédures de recrutement, procédure accueil nouveau membre du personnel
- CV du directeur
- Comptes rendus des réunions avec les représentants du personnel sur une année (dont CHSCT)
- Liste des membres du Conseil d'administration
- PV des séances du Conseil d'administration (ou à consulter)
- Projet d'établissement
- Règlement de fonctionnement
- Comptes rendus des réunions des 5 derniers Conseils de la Vie Sociale
- Compte rendu d'audit(s)
- Rapport d'auto-évaluation
- Rapport d'évaluation externe (sauf si rapport transmis à l'ARS)
- Plan d'amélioration de la qualité
- Rapport d'activité n et n-1
- Copie de la réponse à l'enquête bientraitance de l'ANESM
- Procédure d'admission, d'accueil, document relatif aux critères d'admission, dossier de demande d'admission
- Exemplaire du contrat de séjour
- Livret d'accueil
- Exemplaire d'un projet individualisé
- Comptes rendus des réunions de service (une année)
- Liste des protocoles de soins et des conduites à tenir
- Protocole maltraitance
- Résultats des deux dernières enquêtes de satisfaction
- Procès verbal de la dernière visite de la commission de sécurité incendie
- Procès verbal de la dernière visite des services vétérinaires
- Extrait du carnet sanitaire de surveillance des légionelles
- Copie des événements indésirables (graves ou simples incidents)
- Registre des réclamations ou tout support dans lequel sont consignées les réclamations
- Conventions de partenariat avec réseaux, établissements de santé, autres établissements...
- Plan blanc, plan bleu
- Comptes-rendus des visites de l'inspection du travail
- Procédure de fonctionnement de l'astreinte administrative et médicale
- Copie des transmissions informatiques sur un mois/cahiers de transmissions