

Direction Générale

Service émetteur :
Direction Inspection, Contrôle et Evaluation

Affaire suivie par :

██████████T

Courriel :

████████████████████
██
██
████████████████████

ESAT BEAUREGARD
Monsieur David DEMOULIN
Directeur
21 Avenue Jean Casimir PERIER
BP 102
10400 NOGENT SUR SEINE

Objet : Décision administrative suite à inspection

P. J. : : 1 tableau des mesures correctives à mettre en œuvre (annexe 1)

Monsieur le Directeur,

J'ai diligenté les 23 janvier et 11 février 2025 une inspection dans votre établissement. Cette inspection avait pour objet de s'assurer des conditions et modalités d'accueil, et de prise en charge en vigueur dans l'établissement garantissant la santé, la sécurité, l'intégrité et le bien-être physique et moral des personnes accueillies.

Le rapport d'inspection ainsi que le recueil préalable d'observations avant décision administrative vous ont été transmis par mail en date du **9 septembre 2025**.

Conformément aux dispositions du code des relations entre le public et l'administration, l'organisme gestionnaire a été invité à présenter ses observations sur les mesures correctives envisagées dans un délai d'un mois.

Vous avez répondu par courriel en date du **29 octobre 2025 sans transmission des éléments de preuve dont la communication a été demandée par la mission par courrier électronique du 3 décembre 2025, resté sans réponse.**

Dès lors, **l'ensemble des prescriptions et recommandations initialement notifiées est maintenu.**

Vous en trouverez la synthèse dans le tableau en annexe.

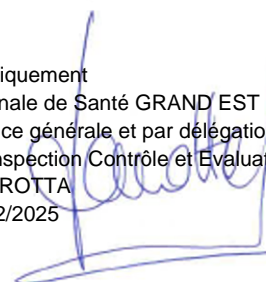
La présente décision peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le Tribunal Administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification. La juridiction peut notamment être saisie via une requête remise ou envoyée au greffe du Tribunal Administratif ou aussi par l'application Télérecours citoyens accessible à partir du site www.telerecours.fr.

Vous adresserez, dans les délais mentionnés et après réception du présent courrier, les éléments justificatifs demandés des mesures mises en œuvre à la **Délégation Territoriale de l'Aube** de l'ARS sous forme dématérialisée.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de ma considération distinguée.

Copie : Délégation Territoriale de l'Aube
Direction autonomie

Signé électroniquement
Agence Régionale de Santé GRAND EST
Pour la directrice générale et par délégation - La Directrice
Adjointe de l'Inspection Contrôle et Evaluation,
Joséphine MAROTTA
Nancy le 19/12/2025



ANNEXE 1

Tableaux récapitulatifs des prescriptions et recommandations, définitivement maintenues en lien avec les constats déclinés en écarts et en remarques.

Prescriptions					
Ecarts		Page du rapport	Libellé de la prescription maintenue		Délai de mise en œuvre
N° 1	L'établissement n'a pas transmis la validation du projet d'établissement par le CVS eu égard à l'article L 311-8 du CASF.	10	Pre 1	Transmettre la validation du projet d'établissement par le Conseil de la Vie Sociale (CVS), conformément à l'article L.311-8 du CASF.	1 mois
N°2	Absence d'objectif stratégique structurant l'avenir de l'ESAT dans le projet d'établissement face aux enjeux spécifiques qu'il rencontre et évoqué à la mission d'inspection conformément à l'article D 311-38-3 du CASF	10	Pre 2	Formaliser et transmettre un document présentant les objectifs stratégiques structurant l'avenir de l'ESAT, en cohérence avec les enjeux identifiés	6 mois
N°3	Le rapport d'activité de l'année N-1, incluant l'exécution budgétaire, l'activité et le fonctionnement ainsi que l'affectation des résultats, n'a pas été transmis par l'établissement conformément à l'article R 314-232 du CASF	11	Pre 3	Transmettre le rapport d'activité de l'année N-1, incluant l'exécution budgétaire, l'activité, le fonctionnement et l'affectation des résultats	Immédiat
N°4	Les CVS ne donnent pas lieu à une prise en compte des problématiques identifiées lors des séances eu égard à l'article L 311-6 et suivants du CASF	14	Pre 4	Mettre en place un dispositif de suivi des problématiques soulevées lors des réunions du CVS et assurer leur prise en compte effective et la communication aux travailleurs	2 mois
N°5	Il n'y a pas de dispositif d'observation ou de grille permettant d'évaluer les comportements, d'évaluer le mal être des personnes prises en charge. Ceci constitue un écart par rapport aux exigences des articles L.312-1, L.311-3, L.313-1 et R.311-2 du CASF, qui imposent une évaluation continue et structurée des besoins des usagers.	14	Pre 5	Mettre en place une collaboration formalisée avec les professionnels de santé et établir un outil d'observation ou une grille d'évaluation permettant de détecter les signes de mal-être des usagers	4 mois

N°6	La mission d'inspection constate qu'il n'y a pas d'analyse des événements indésirables suivi d'un plan d'actions avec évaluation transmis à l'équipe d'inspection pour 2023, 2024 conformément à l'article L 313-24 du CASF	16	Pre 7	Transmettre ou formaliser le cas échéant l'analyse des événements indésirables survenus en 2023 et 2024, définir un plan d'actions associé et le transmettre	2 mois
N°7	Les professionnels ne disposent pas de documents formalisés tels que des fiches ou protocoles de conduite à tenir en cas de crise, d'incident ou d'événement indésirable grave hormis la procédure d'évacuation d'une personne malade eu égard aux articles L 311-3 et suivants du CASF	17	Pre 8	Elaborer et diffuser des procédures formalisées à destination des professionnels pour la gestion des crises, incidents ou événements indésirables graves,	2 mois
N°9	Les entretiens menés avec différentes catégories de personnel de l'ESAT font apparaître que la formation dispensée aux professionnels véhicule une conception priorisant l'organisation de l'ESAT sur le modèle d'une entreprise, reléguant la mission d'accompagnement médico-social et éducatif des travailleurs en situation de handicap néanmoins précisée par l'Article L344-2 du CASF	21	Pre 9	Réajuster le plan de formation de l'ESAT pour assurer sa cohérence avec les principes de l'accompagnement médico-social, en intégrant les spécificités du public accompagné.	4 mois
N°10	Le projet personnalisé est élaboré sans la participation effective systématique de l'utilisateur, de ses mandataires ou de ses parents, en contradiction avec les articles 8 à 13 de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. De ce fait, les objectifs de la prise en charge ne reflètent pas suffisamment les souhaits et besoins de la personne, contrairement à l'article L344-2-1 du CASF. Par ailleurs, la vie sociale, l'accès à l'autonomie et à la citoyenneté sont peu développés dans les objectifs individuels, malgré les prescriptions de l'annexe 3-9 du CASF. Enfin, la révision anticipée du projet personnalisé, lorsqu'elle est nécessaire, ne se traduit pas dans les projets individualisés consultés par la mission d'inspection, limitant ainsi la pertinence et l'adaptation de l'accompagnement éducatif, social et médico-social, qui ne respectent pas non plus les critères SMART (Spécifiques, Mesurables, Atteignables, Réalistes, Temporels).	26	Pre 10	Garantir et Formaliser un processus de l'Elaboration et l'actualisation du PP en présence de l'utilisateur ou de ses représentants légaux avec la prise en compte des souhaits exprimés par les usagers. Intégrer les éléments significatifs de leur situation personnelle dans le PP Ce processus devra permettre la rédaction et le suivi d'objectifs spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et temporellement définis (SMART) y compris sur la vie sociale, l'autonomie et l'exercice de la citoyenneté, A notifier dans le livret d'accueil et le transmettre.	4 mois

Prescriptions					
Remarques majeures		Page du rapport	Libellé de la prescription maintenue		Délai de mise en œuvre
N° 1	Pour les travailleurs de l'atelier palettes, situé à 500 mètres environ du site principal, le seul espace disponible est un Algeco exigü loué, insuffisant à l'accueil des travailleurs déjeunant sur place. En conséquence, plusieurs travailleurs sont contraints de déjeuner dans leur véhicule.	23	Pre 11	Mettre à disposition des salariés de l'atelier palettes un local de restauration dimensionné en fonction du nombre de travailleurs de l'atelier palettes à des fins de pause	1 mois
N°2	L'inspection a mis en évidence de graves carences dans l'organisation, la gestion et la sécurisation de l'infirmerie de l'établissement, traduisant une absence de procédures claires et une supervision insuffisante de l'IDE dans ses missions.	29	Pre 12	Elaborer et mettre en œuvre une procédure écrite de gestion de l'infirmerie (gestion des stocks et des périmés, traçabilité des traitements des usagers et de leur administration...)	2 mois

Recommandations					
Remarques		Page du rapport	Libellé de la recommandation maintenue		Délai de mise en œuvre
N° 1	Certains travailleurs handicapés travaillent à temps partiel sans que l'équipe d'inspection puisse comptabiliser le nombre total équivalent au nombre d'accompagnements et correspondant à 58 postes à temps plein de travailleurs en file active	8	Rec 1	Mettre en place un outil de comptabilisation du temps de travail des travailleurs handicapés et ainsi évaluer les équivalents temps plein (ETP) et ajuster la file active à l'autorisation	2 mois
N°2	L'équipe d'inspection n'a pas eu de transmission de documents ou procédures formalisant et structurant les liens entre l'EA et l'ESAT	9	Rec 2	Formaliser les relations entre les deux structures via des conventions, organigrammes croisés ou chartes de collaboration.	Immédiat
N°3	Le livret d'accueil contient très peu de FALC, ce qui peut limiter son appropriation par les travailleurs handicapés comme toute la communication développée par l'ESAT auprès du public accueilli.	11	Rec 3	Intégrer systématiquement le FALC (Facile à lire et à comprendre) dans tous les documents à destination des travailleurs, pour garantir leur accessibilité.	6 mois
N°4	Le niveau hiérarchique n'est pas clairement identifié dans l'organigramme. Deux responsables de service y figurent : l'une en charge du médico-social, l'autre des ressources humaines et des services administratifs. En revanche, la répartition des responsabilités au sein des ateliers n'est pas précisée : on ne sait pas qui est le responsable de service des activités de production, ni qui est en charge des questions relatives à la santé et à la sécurité au travail.	12	Rec 4	Compléter l'organigramme en précisant les responsabilités au sein des ateliers, notamment pour les domaines de la production, de la santé et sécurité au travail.	1 mois
N° 5	L'analyse du document de délégation de signature fait apparaître une délégation formulée sans définition claire des compétences transférées ni délimitation des missions concernées, et couvrant de façon globale l'ensemble du périmètre de l'ESAT.	12	Rec 5	Redéfinir les délégations de signature et transmettre un cadre précis : missions, responsabilités transférées, périmètre et durée.	Immédiat
N° 6	L'établissement n'a pas fourni d'éléments de preuve d'ouverture vers d'autres partenaires externes autres que par l'intermédiaire de l'APTH.	12	Rec 6	Développer activement des partenariats extérieurs en dehors de l'APTH et formaliser ces collaborations par des conventions.	1 an

N°7	L'équipe d'inspection constate et l'absence de réflexion et de politique sur l'adéquation des ateliers aux besoins actuels du public.	12	Rec 7	Réaliser un diagnostic des ateliers existants et de leur adéquation avec les besoins actuels des usagers, en lien avec leurs compétences et projets.	3 mois
N°8	Le conseil d'administration et l'assemblée générale de l'association ne se tiennent qu'une fois par an. Le Directeur indique à la mission d'inspection prendre les décisions et rendre compte de ses décisions au conseil d'administration.	13	Rec 8	Clarifier et transmettre le rôle du conseil d'administration et instaurer un processus de validation des décisions de la vie de l'ESAT	3 mois
N°9	Les professionnels encadrant les travailleurs handicapés dans les ateliers évoluent sans encadrement direct. Cette organisation conduit à un travail en silos, sans coordination constatée par la mission d'inspection.	14	Rec 9	Réorganiser l'encadrement direct des professionnels pour sortir du fonctionnement en silos	6 mois
N°10	Absence d'outils d'évaluation permettant d'ajuster les actions en faveur des travailleurs handicapés.	15	Rec 10	Créer et transmettre des outils d'évaluation pour mesurer l'impact des actions sur les parcours des travailleurs handicapés et ajuster les pratiques.	6 mois
N°11	Il n'y a pas d'évaluation des risques de maltraitance liés à la fragilité des personnes accueillies constatée par la mission d'inspection.	16	Rec 11	Mettre en œuvre une procédure d'évaluation et de prévention des risques de maltraitance, adaptée à la vulnérabilité des usagers.	6 mois
N°12	Le règlement de fonctionnement, ne précise pas comment les sanctions sont décidées, appliquées, et ne décrit pas les types de comportements « fautifs » ciblés par ces sanctions.	16	Rec 12	Réviser le règlement de fonctionnement pour y intégrer les types de comportements sanctionnables, les modalités de décision et de recours	6 mois
N°13	Le dispositif de recueil des réclamations et leur analyse restent théoriques : le registre des plaintes n'est pas connu par les travailleurs interrogés.	17	Rec 13	Rendre opérationnel le dispositif de recueil des réclamations en le rendant accessible aux usagers sur l'ensemble des sites en assurant sa traçabilité	2 mois
N°14	Il n'y a pas de suivi des actions mises en œuvre définies par le PACQS.	17	Rec 14	Mettre en place un système de suivi formalisé des actions issues du PACQS, avec des indicateurs et un tableau de bord.	6 mois
N°15	Les protocoles sanitaires ne sont pas adaptés au public accueilli.	18	Rec 15	Adapter les protocoles sanitaires en fonction des pathologies et des risques du public accueilli	6 mois
N°16	Il apparaît que les travailleurs handicapés ne sont pas accompagnés dans la démarche d'enquête de satisfaction afin de développer l'autodétermination et les compétences psycho-sociales	18	Rec 16	Accompagner les travailleurs dans l'enquête de satisfaction pour favoriser leur autodétermination et développer leurs compétences psychosociales.	3 mois

N°17	L'ESAT n'a pas fourni le process en cas d'absentéisme de moniteur d'atelier.	20	Rec 17	Formaliser un protocole de gestion de l'absence des moniteurs d'atelier pour garantir la continuité de l'accompagnement.	3 mois
N°18	Les formations à l'éthique et à la bientraitance, pourtant identifiées comme prioritaires dans le PACQS 2018 n'apparaissent que 2 fois dans les plans de formation pour les années 2022, 2023 et 2024.	20	Rec 18	Intégrer systématiquement les formations à l'éthique et à la bientraitance dans le plan de formation annuel, conformément au PACQS.	Immédiat
N°19	Il n'existe pas de transmission systématique ni de réunions dédiées à l'analyse des pratiques professionnelles entre ces deux entités. De même, aucun recueil structuré des besoins des professionnels n'a été mis en place.	21	Rec 19	Instaurer des temps réguliers d'analyse des pratiques professionnelles entre équipes, et recueillir de manière structurée les besoins des professionnels. Transmettre le planning prévisionnel de ces temps	Immédiat
N°20	Le document intitulé « référentiel » regroupe de manière non hiérarchisée des éléments très différents : autorisations, projet d'établissement, livret d'accueil, règlement de fonctionnement, projet personnalisé, informations sur l'ESAT et sur l'entreprise adaptée.	21	Rec 20	Revoir l'organisation du référentiel en séparant les 2 entités juridiques différentes	1 an
N°21	Les installations dédiées à la restauration au sein de l'ESAT sont insuffisantes. Seules 24 places assises sont disponibles pour prendre les repas ce qui ne permet pas d'accueillir l'ensemble des usagers même si certains rentrent manger à leur domicile. 2 travailleurs interrogés habitent à Nogent-sur-Seine mais ne rentrent pas à leur domicile pendant leur pause méridienne.	22	Rec 21	Augmenter la capacité de restauration (places assises), en tenant compte du nombre réel de travailleurs présents sur site afin qu'ils puissent prendre leur pause.	4 mois
N°22	La mission d'inspection constate qu'il n'y a ni lavabo, ni évier pour faire la vaisselle dans le réfectoire. Le réfrigérateur installé dans la pièce n'est soumis à aucun contrôle : au jour de l'inspection l'équipe d'inspection y a retrouvé plusieurs aliments périmés.	22	Rec 22	Équiper le réfectoire de points d'eau et mettre en place un suivi sanitaire régulier des équipements, notamment des réfrigérateurs.	2 mois
N°23	Les travailleurs handicapés ont accès à une machine pour les boissons à contrario des professionnels qui ont accès à des cafetières mis à disposition dans leur salle de pause.	23	Rec 23	Garantir l'égalité d'accès aux équipements notamment les cafetières	1 mois

N°24	Les conditions d'hygiène dégradées, l'encombrement, les chaussures entreposées sur les chaises, éparpillées au sol, les casiers ouverts et en désordre dans les vestiaires espaces verts des travailleurs ESAT révèlent à la mission d'inspection un manque de mise en pratique de la pédagogie d'autonomisation par l'apprentissage des responsabilités liées à l'entretien d'un environnement de travail organisé.	23	Rec 24	Mettre en place un programme d'apprentissage à l'hygiène et à l'entretien de l'environnement de travail, via un accompagnement éducatif.	3 mois
N°25	La signalétique des locaux est globalement peu adaptée et manque de clarté avec risque de confusion. Pour exemple, le vestiaire femmes est également indiqué comme local de nettoyage identifié dans le projet d'établissement en 2021.24	24	Rec 25	Améliorer la signalétique des locaux pour éviter toute confusion, en concertation avec les usagers.	4 mois
N°26	En 2023, seuls neuf mandataires ou parents ont été reçus dans le cadre de la prise en charge (cf. évaluation interne ESAT)	27	Rec 26	Renforcer la collaboration avec les familles et représentants légaux en organisant des temps d'échange	Immédiat
N°27	L'équipe d'inspection a relevé l'absence de mention du suivi médical dans les projets personnalisés, notamment pour les travailleurs handicapés ayant des besoins médicaux spécifiques. Par ailleurs, l'analyse des documents ne précise pas le rôle de l'IDE défini afin d'intégrer une dimension santé dans l'élaboration des projets personnalisés en l'absence de médecin référent identifié au sein de l'ESAT.	27	Rec 27	Mentionner systématiquement le suivi médical dans les projets personnalisés et valoriser le rôle de l'IDE en l'absence de médecin référent.	2 mois
N°28	Le recours pour les travailleurs un espace de parole neutre et confidentiel n'est pas formalisé. Le recours à u médecin n'est pas formalisé en cas de besoin.	29	Rec 28	Mettre en place un espace de parole neutre et confidentiel avec l'éducatrice spécialisée pour les travailleurs, et formaliser le recours au médecin du travail en cas de besoin.	2 mois
N°29	L'établissement n'a pas transmis le process de saisine du SAVS.	29	Rec 29	Transmettre le processus de saisine du SAVS afin qu'il soit intégré dans les accompagnements.	2 mois
N°30	Le suivi des travailleurs est assuré par l'éducatrice en lien avec les moniteurs d'atelier. Celui-ci n'est pas formalisé au jour de l'inspection. Il n'y a pas de grille d'évaluation.	30	Rec 30	Formaliser le suivi des travailleurs par l'éducatrice et les moniteurs à travers des grilles d'évaluation et des outils partagés.	6 mois

N°31	Absence de procédure formalisée, de traçabilité des actes infirmiers sur le dossier unique de l'usager et de défaut supervision de l'IDE et de coordination avec les acteurs de santé extérieurs.	30	Rec 31	Mettre en place une procédure de traçabilité des actes infirmiers, avec une supervision de l'IDE et une coordination avec les professionnels de santé externes.	Immédiat 3 mois
N°32	La mission d'inspection a constaté que l'organisation actuelle de la prise en charge collective ne s'adapte pas aux besoins spécifiques liés au handicap, ni au rythme de vie des personnes accueillies.	32	Rec 32	Adapter l'organisation collective aux besoins spécifiques liés au handicap, en ajustant les rythmes et les modes d'accompagnement.	En lien avec la révision des PP – 1 an
N°33	Les horaires de travail sont fixes. Certains travailleurs en situation de handicap bénéficiant de temps partiel.	32	Rec 33	Proposer des horaires de travail flexibles, compatibles avec les capacités des travailleurs en situation de handicap.	2 mois
N°34	Hormis la réunion de rentrée 2023, aucun autre compte rendu formel n'a été transmis à la mission d'inspection.	32	Rec 34	Formaliser les comptes rendus de toutes les réunions et en assurer la diffusion à l'ensemble des parties concernées	2 mois
N°35	Il n'y a pas de réunion d'équipe formalisée.	33	Rec 35	Programmer régulièrement des réunions d'équipe pluridisciplinaires pour favoriser la coordination entre professionnels.	Sans délai
N°36	Aucun processus formalisé de repérage, d'évaluation ou de prévention des facteurs susceptibles de déclencher ou de majorer des troubles psychologiques n'a été transmis à l'équipe d'inspection.	33	Rec 36	Créer un processus de repérage, d'évaluation et de prévention des facteurs de vulnérabilité psychologique des usagers.	6 mois
N°37	Des liens sont régulièrement établis avec le médecin du travail, bien que cette collaboration ne soit pas formalisée par un processus défini.	33	Rec 37	Formaliser la collaboration avec le médecin du travail dans un protocole partagé/ une convention, incluant des objectifs, une fréquence et des modalités d'échange.	3 mois