

**Cabinet du Directeur général
Inspection régionale autonomie santé**

**Délégation départementale des Yvelines
Délégation départementale des Hauts de Seine
Conseil départemental des Yvelines
Conseil départemental des Hauts de Seine**

Monsieur [REDACTED]
Fondation des Amis de l'Atelier
Direction générale
17 rue de l'Égalité
92290 CHATENAY-MALABRY

Affaire suivie par : Renaud MIGUET ANDREI
Courriel : renaud.miguet_andrei@ars.sante.fr
& ars-idf-inspection@ars.sante.fr
[REDACTED]

Pour le Conseil départemental des Yvelines
inspection.essms@yvelines.fr

Lettre recommandée avec AR
N° 2C19292563322

Saint-Denis, le, 22 Aout 2025

Réf : 2025_IDF_00010

Objet : Lettre de décisions - Inspection du 13/02/2025 au sein du FAM Interdépartemental de Bécheville.

Monsieur le Directeur général,

Dans le cadre du programme national d'inspection et de contrôle des établissements médico-sociaux prenant en charge des personnes en situation d'handicap, une inspection a été réalisée au sein du foyer d'accueil médicalisé (FAM) interdépartemental de Bécheville (n° FINESS 780028312) le 13 février 2025 par l'Agence régionale de santé Île-de-France (ARS), le Conseil départemental des Yvelines et le Conseil départemental des Hauts-de-Seine.

Dans le cadre de la procédure contradictoire, conformément aux articles L. 121-1 et L. 122-1 du Code des relations entre le public et l'administration, je vous ai adressé, le 19 juin 2025, le rapport de la mission d'inspection ainsi que les 4 injonctions, 14 prescriptions et 14 recommandations envisagées (cf. annexe).

Je vous remercie pour la transmission, le 8 juillet 2025, de vos réponses détaillées. Celles-ci témoignent d'un engagement et d'une volonté d'amélioration continue de la qualité de la prise en charge des usagers et d'une démarche de transparence vis-à-vis des organismes financeurs et de contrôle. Nous avons noté des évolutions substantielles et la mise en œuvre en partie des quatre injonctions initiales :

- I1 – Suspension temporaire des admissions : Les admissions ont été interrompues, et le processus de recrutement de personnel diplômé progresse de manière linéaire.
- I2 – Organisation des unités d'accueil : Les éléments apportés indiquent que le maintien ponctuel d'un regroupement des usagers présentant des profils distincts, dans le respect des besoins spécifiques, peut encore être pratiqué. Cependant, ces regroupements ne doivent pas être opérés systématiquement en cas de manque de personnels.
- I3 – Organisation de l'offre médicale : Le renfort apporté par la structure gestionnaire et les solutions envisagées pour pallier l'absence, toujours persistante, de professionnels médicaux démontrent une mobilisation effective ;
- I4 – Déploiement d'une politique de bientraitance : La dynamique engagée en matière de qualité et de formation est en cours de consolidation.

Cependant, les conditions pleines et entières nécessaires à une prise en charge sécurisée et de qualité des personnes accueillies ne sont toujours pas réunies. L'établissement demeure, en effet, confronté à des carences majeures en personnel, notamment de par l'absence persistante de médecins généralistes et psychiatres, ainsi qu'à des difficultés structurelles en matière de ressources humaines. Cette situation compromet gravement la qualité et la sécurité des prises en charge des usagers, rendant impossible un accompagnement éducatif, thérapeutique et médical adapté. En conséquence, la cessation des admissions doit être maintenue afin de prévenir tout risque pour les personnes accueillies.

En corollaire, plusieurs constats de non-conformité ou de risques persistants justifient le maintien d'autres mesures. En conséquence, je vous notifie à ce jour, à titre définitif, 3 injonctions, 5 prescriptions (dont 1 issue de la requalification de l'injonction 4), et 3 recommandations détaillées en annexe

Ces mesures portent sur les domaines suivants :

- La qualité et la sécurité des prises en charge ;
- La gestion des ressources humaines ;
- La prévention et la lutte contre les maltraitances ;
- L'individualisation de la prise en charge (projet individualisé d'accompagnement) ;
- La gouvernance de l'établissement ;
- Les fonctions supports.

J'appelle votre attention sur la nécessité de transmettre aux Délégations départementales de l'Agence régionale de santé des Yvelines et des Hauts-de-Seine, à ars-dd78-MEDSOCIAL@ars.sante.fr, ars-dd92-MEDSOCIAL@ars.sante.fr ainsi qu'à l'adresse inspection.essms@yvelines.fr pour le Conseil départemental des Yvelines, les éléments de preuve documentaires permettant le suivi de la mise en œuvre des mesures correctives et la levée des injonctions.

Je vous rappelle que le constat de l'absence de mise en œuvre dans les délais fixés de chacune des mesures correctives faisant l'objet d'injonctions et de persistance des risques ou manquements mis en cause, peut donner lieu, en application des dispositions des articles L. 313-14 et 16 ainsi que R313-25-1 à 3 du code de l'action sociale et des familles (CASF) à une astreinte journalière, à l'interdiction de gérer toute nouvelle autorisation prévue par le CASF, à l'application d'une sanction financière, à la mise sous administration provisoire ou à la suspension ou la cessation, totale ou partielle, de l'activité de l'établissement.

Un recours contentieux peut être formé devant le tribunal administratif dans les deux mois suivant la réception de la présente notification. Le tribunal administratif peut être saisi par l'application Télérecours citoyens accessible par le site <https://citoyens.telerecours.fr>

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le directeur général, l'expression de notre considération distinguée.

Le directeur de l'Agence Régionale de
Santé

Le Président du Conseil départemental
des Hauts de Seine

Le Président du Conseil départemental
des Yvelines

[SignatureField#1]

Signé

Signé

Copie :
Direction
FAM Interdépartemental
1 rue Baptiste Marcet
78130 LES MUREAUX

Annexe : Décisions faisant suite à l'inspection réalisée le 13 février 2025 au sein du FAM INTERDEPARTEMENTAL de BECHEVILLE (n° FINESS 780028312), 78130 Les MUREAUX

Injonctions :

	Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Nature du manquement	Injonctions envisagées et délais de mise en œuvre	Réponse de l'établissement	Analyse de la réponse et décision	Délai de mise en œuvre
Inj 1	2.1-Fonctions support-Gestion des RH	Carence en ressources humaines liée à un manque de qualification de plusieurs professionnels et à un fort taux d'absentéisme présentant des risques susceptibles d'affecter la qualité de la prise en charge et la sécurité des personnes accueillies.	« Cesser de façon temporaire les admissions tant que les équipes d'accompagnement éducatif et paramédical ne sont pas stabilisées et composées de suffisamment de professionnels tant en qualité (diplômés) et en quantité afin de faire cesser les risques susceptibles d'affecter la prise en charge des personnes accueillies ou le respect de leurs droits et menaçant la qualité et la sécurité des prises en charge. Délai : immédiat »	« Injonction qui n'appelle pas d'observation : la Fondation des Amis de l'Atelier a elle-même demandé le 28 mai dernier aux ATC une pause dans le déploiement des 116 places autorisées (turn-over toujours significatif, difficultés de recrutement) Éléments transmis : – Note sur la politique RH du FAM – PDC 2025 – Suivi du PDC 2025 – Suivi des arrêts de travail TP -TSA – Supervision TSA – 20250507— Point de situation V Def p 6,7 et 8 (présentation bimensuelle aux ATC) – Parcours d'intégration nouveau salarié ==> MAJ 16/06/2025 – 5 entretiens de reprise — accompagnement à la reprise de postes »	La mission constate que : • Le nombre de résident n'a pas évolué, pas de nouvelle admission depuis mars ; • 7 salariés non diplômés ont été remplacés par des salariés diplômés sur l'année 2025, • La supervision est mise en place avec 20 séances programmées, 3 étant réalisées au 30 mai 2025, qu'il est aussi prévu une séance de supervision pour les veilleurs de nuit. L'absence prolongée de médecins au sein de l'établissement, constatée à travers les éléments fournis dans le cadre du suivi de l'injonction, continue d'exposer les usagers à un risque sérieux pouvant compromettre la qualité et la sécurité de leur accompagnement. Dans ce contexte, le maintien de la suspension des admissions demeure justifié tant que les équipes médicales, paramédicales et éducatives ne sont pas stabilisées tant du point de vue quantitatif que qualitatif (présence de professionnels diplômés et/ou en cours de formation interne ou externe).	Immédiat

	Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Nature du manquement	Injonctions envisagées et délais de mise en œuvre	Réponse de l'établissement	Analyse de la réponse et décision	Délai de mise en œuvre
					<u>Injonction maintenue</u> <u>Éléments de preuve attendus :</u> A. La preuve du recrutement des médecins (contrat de travail ou convention par exemple) B. Le tableau des effectifs C. Le suivi de l'activité D. Le taux d'emploi de personnel diplômé. E. Plan de formation à jour avec attestation de présence.	
Inj 2	2.1-Fonctions support-Gestion des RH	Absence d'équipe pluridisciplinaire au sein de l'établissement, compromettant la qualité et la sécurité de la prise en charge au quotidien des personnes accueillies.	« Cesser le regroupement des personnes accueillies avec TSA avec celles souffrant de troubles psychiatriques (schizophrénie) afin de faire cesser le risque menaçant la sécurité ou le bien-être physique et moral des personnes accueillies et des accompagnants. Délai : immédiat. »	« L'organisation actuelle repose sur une répartition des accompagnements en deux pôles, permettant de proposer des environnements et modalités de soutien adaptés aux profils des personnes accueillies. Les personnes présentant un fonctionnement de type TSA sont accompagnées sur le pôle TSA, tandis que celles présentant des troubles psychiques stabilisés relèvent du pôle TP. Cette structuration vise à garantir un accompagnement différencié, sécurisant et de qualité, tout en restant attentive à l'évolution des besoins et à la dynamique inclusive. Lors d'absence de diagnostic concernant des troubles du spectre autistique, les troubles prévalents déterminent le lieu d'accueil après une période d'observation. Une fraction des personnes accueillies peut en effet présenter les deux types de trouble. »	Les éléments transmis permettent de mieux appréhender l'objectif pédagogique poursuivi par l'établissement, qui consiste à maintenir, de manière ponctuelle, certains résidents dans des unités différentes, afin de procéder à une évaluation plus fine de leurs capacités et éviter une erreur d'orientation ou toute forme de stigmatisation (cf. projet personnalisé d'accompagnement – PE). Par conséquent, ce mode de prise en charge doit impérativement faire l'objet d'une justification et d'une traçabilité, notamment à travers : – Une procédure formalisée précisant les modalités de mise en œuvre et de contrôle de ces temps d'évaluation, – L'inscription, dans les plannings, de professionnels spécifiquement dédiés à cette mission,	6 mois

	Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Nature du manquement	Injonctions envisagées et délais de mise en œuvre	Réponse de l'établissement	Analyse de la réponse et décision	Délai de mise en œuvre
					– Une mention explicite de l'intérêt de cette démarche dans le Projet Individualisé d'Accompagnement (PIA), formulée de manière objectivable et évaluable, dans l'intérêt du résident. Cependant, ces regroupements ne sauraient être mis en œuvre de manière systématique pour pallier un manque de personnel. La direction doit veiller à ce que ces regroupements ne soient plus motivés par des considérations liées à l'insuffisance des effectifs présents et doit en contrôler l'application effective. Injonction maintenue <u>Éléments de preuve attendus :</u> A. La mise en place d'une procédure adaptée ; B. Un planning dédié à ces temps d'observation, accompagné de la qualification des professionnels concernés ; C. Une mention explicite, dans le PIA, de l'intérêt de cette modalité d'évaluation pour le résident.	
Inj 3	1.2— Gouvernance-Management et Stratégie	Absence de médecin généraliste et de médecin psychiatre depuis la création de	« Mettre en place, avec l'appui du siège, tous les moyens nécessaires pour pallier l'absence du médecin	<u>Éléments preuves :</u> – Note injonction 3 signée DG – Document de consentement télémédecine »	La note transmise par la structure expose les actions engagées par la FAA afin de pallier l'absence du médecin généraliste et du médecin psychiatre. Les cinq mesures décrites présentent les modalités prévues pour assurer le	1 an

	Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Nature du manquement	Injonctions envisagées et délais de mise en œuvre	Réponse de l'établissement	Analyse de la réponse et décision	Délai de mise en œuvre
		l'établissement rendant impossible un accompagnement thérapeutique et médical de qualité et sécuritaire des personnes accueillies.	généraliste et du médecin psychiatre et parvenir au recrutement pérenne de ces deux professionnels afin de faire cesser tout risque menaçant la santé et les prises en charge des personnes accueillies. Délai : immédiat		fonctionnement en mode dégradé, en l'absence de professionnels médicaux. Cependant, aucun élément tangible n'a été apporté pour permettre de confirmer la mise en œuvre effective de ces actions. En particulier, sont absents : – Le contrat avec le prestataire intervenant, – La procédure détaillant les modalités de mise en œuvre des consultations de télémedecine, – Les justificatifs attestant d'une recherche active de médecins. Injonction maintenue <u>Éléments de preuve attendus :</u> A. Une copie du contrat avec le prestataire concerné ; B. Une procédure formalisée relative à la mise en œuvre de la télémedecine et des téléconsultations ; C. Des éléments probants attestant de démarches actives de recherche de professionnels médicaux.	
Inj 4	1.3-Gouvernance-Animation et fonctionnement des instances	"Absence de : — mise en œuvre d'une politique formalisée de bientraitance et de	"La direction doit garantir la mise en œuvre effective d'une politique de bientraitance incluant de la formation (ex :	En cours. L'établissement s'inscrit dans la mise en œuvre de cette injonction ; il poursuivra les démarches amorcées et en cours notamment pour formaliser les éléments attendus sur les sujets de bientraitance dans un document unique (voir en PJ les éléments existants et mis à jour)	L'analyse des documents transmis confirme la mise en œuvre d'une politique qualité au sein de l'établissement ainsi que son déploiement opérationnel.	6 mois

Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Nature du manquement	Injonctions envisagées et délais de mise en œuvre	Réponse de l'établissement	Analyse de la réponse et décision	Délai de mise en œuvre
	prévention de la maltraitance ; — communication et/ou transmission auprès des autorités de contrôle concernant les événements indésirables graves survenus au sein de l'établissement ; — suivi des événements indésirables."	formation de lutte contre la maltraitance dans le PAUF 2025), le suivi et la traçabilité des événements indésirables et leur transmission aux autorités de contrôle. La direction doit garantir une communication transparente sur les événements indésirables graves (EIG) auprès des autorités de contrôle et en garantir le suivi. (ex : Mise en place d'une procédure présentant les modalités de transmission aux autorités, et les modalités d'intervention de la direction territoriale et du siège en cas d'EI ou EIG) Délai : 3 mois" L.119—1, L.311-3, L.331-8-1 du CASF	et pour rappeler en interne le cadre, la procédure et le processus de signalement des EI/EIG en cours à la fondation des amis de l'atelier (FAA). Une cartographie des risques sera par ailleurs produite à l'appui de cette refonte. <u>Éléments transmis :</u> — Mise en place du nouveau dispositif de télédéclaration Mode opératoire ARS pour déclaration dématérialisée EIG 02,202 5 + message aux Directeurs, — Tableau de suivi des EI, CR REX EIG 29012025, — Schéma organisation qualité Mise en place instance mixte 12 juin — Réunion Parents Professionnels instance Mixte, — Devis PECS, — Procédure gestion des EI, — Groupe droits fondamentaux outil diagnostic appréciation bientraitance — Groupe droits fondamentaux productions de la matinée du 17 juin, — Groupe droits fondamentaux feuille émargement, exercice des droits projets de service TSA p.17-Remarque mission : c'est le préprojet de service, Expression des droits Projet de service TP p.3, — Note traçabilité qualification et transmission des EI, Mail présentation des outils aux groupes de travail droits fondamentaux, — Procédure circuit du traitement des EI	Cependant, l'examen de ces éléments permet de constater que : — Le compte rendu du retour d'expérience (RETEX) daté du 19 février 2025, bien qu'organisé, ne prévoit qu'une seule date de mise en œuvre d'actions correctives sur les cinq objectifs initialement identifiés ; — La réunion mixte, visant à associer les familles à la réflexion sur les axes d'amélioration de la vie quotidienne, en les distinguant des aspects relevant de l'accompagnement éducatif et des soins, est formalisée et son compte rendu est disponible ; — Le schéma d'organisation de la démarche qualité est clair et structuré ; — Les deux procédures relatives aux événements indésirables (EI) et aux événements indésirables graves (EIG) sont disponibles et conformes, bien qu'elles datent de 2016 et ne fassent état d'aucune mise à jour récente ; — L'information des directeurs concernant la dématérialisation des déclarations d'EI et d'EIG a été réalisée, accompagnée de la transmission de la procédure afférente. Toutefois, la direction doit désormais confirmer l'inscription de cette démarche dans une logique pérenne.	

	Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Nature du manquement	Injonctions envisagées et délais de mise en œuvre	Réponse de l'établissement	Analyse de la réponse et décision	Délai de mise en œuvre
				– Atelier collaboratif charte des droits et libertés, Calendrier supervision mai-décembre 2025, – CR supervision Janvier 2025, – Rapport formateur TSA février 2025, – CR supervision Unité Londres Mars 2025, – CR supervision Pékin Sidney Mai 2025, – CR supervision Marrakech Moscou Juin 2025, – CR supervision URAT Juin 2025 »	Compte tenu des éléments transmis, l'injonction est requalifiée en prescription (Cf. <i>Prescription n°15 dans le tableau suivant</i>).	

Prescriptions :

	Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse de la réponse et décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
Presc 1	1.2—Gouvernance-Management et Stratégie	La direction doit mettre à jour le règlement de fonctionnement, et contrôler sa mise en place au sein de l'établissement. Elle doit s'assurer que le règlement de fonctionnement réponde aux exigences réglementaires avec notamment, sa présentation à titre consultatif au conseil de vie sociale (CVS) et en intégrant les modalités de rétablissement des prestations pour les personnes accueillies.	« Fait ; document revu, présentation prévue au CVS de septembre ainsi qu'en CSE (également en septembre) » <u>Éléments transmis :</u> – Règlement de Fonctionnement intégrant les observations résultant de la visite de conformité et celles de la mission d'inspection	Le règlement de fonctionnement (RF) transmis a été mis à jour et intègre les exigences réglementaires. Cependant, les éléments de preuves de présentation de cette nouvelle version du RF aux instances représentatives du personnel et au conseil de la vie sociale n'ont pas été transmis. Dès lors la prescription est maintenue. <u>Éléments de preuve attendus :</u> A. Copies des ordres du jour, B. Copie des feuilles d'émargement, C. Copie des procès-verbaux ou comptes rendus	L.311—7, R311-35, R311-37 du CASF	3 mois
Presc 2	1.2—Gouvernance-Management et Stratégie	La direction doit se doter d'un projet d'établissement et assurer son déploiement. Elle doit notamment garantir, dans le processus de rédaction, l'implication des familles, des usagers et des représentants des salariés (ex : compte rendu de réunion, PV de présentation aux instances). Elle doit contrôler que le projet d'établissement intègre bien,	En cours. « Sur ce sujet, la FAA souhaite rappeler que si elle s'inscrit sans réserve dans cette injonction (le projet d'établissement doit effectivement être finalisé/déployé en bonne et due forme au sens de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002), le process de construction de ce projet d'établissement a été amorcé avant la visite de la mission d'inspection : le projet de service des 2 unités TP/TSA, qui constitue le cadre	Il est pris note des remarques. Cependant, dans l'attente de la finalisation de la construction du projet d'établissement et de sa présentation aux instances, la prescription est maintenue. <u>Éléments de preuve attendus :</u> A. PE finalisé	L311-8 du CASF	6 mois

Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse de la réponse et décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
	en son sein, l'ensemble des exigences réglementaires telles que le projet d'activité.	structurant de ce futur projet d'établissement (notamment en termes d'organisation des unités et de ventilation des moyens RH, tant en nombre qu'en qualifications) a été finalisé l'an passé et présenté aux équipes et aux familles (en CVS et en réunion plénière). Le travail en cours se poursuit donc sur ce point et doit permettre à la FAA d'y répondre avant l'expiration du délai de 6 mois. » <u>Éléments transmis :</u> – Note sur la construction des projets de service TP et TSA – Caractéristiques publiques pôle TP 12 02 2024 – Caractéristiques résidentes TP chiffres analyses infos – Convocation projet de service 16112023 – CR réunions instance mixte 12 juin 2025 – Grille besoins Serafin pôle TP 23 07 avec synthèse – Grilles besoins Serafin pôle TSA 17 09 – Journée type TSA – Organisation travail 2 projets de service 18 7 24 – Projet Unité renforcé 13112024 – Tableaux caractéristiques du public accueilli pôle TSA »	B. Copie de l'avis des IRP sur le PE qui leur sera présenté C. Copie de l'avis du CVS sur le PE qui leur sera présenté		

	Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse de la réponse et décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
Presc 3	1.2— Gouvernance-Management et Stratégie	La direction doit garantir la mise en place d'un projet de soins, dont la méthodologie de rédaction inclura, notamment, le personnel soignant, médical et paramédical. La direction doit contrôler que le projet de soins soit appliqué.	«Conformément à la réglementation — Article L.311-8 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) qui impose l'élaboration d'un projet d'établissement ou de service, sans obligation spécifique de projet médical et Décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 qui précise le contenu du projet d'établissement médicosocial, notamment les modalités de coordination des soins — l'établissement a élaboré au sein de ses projets de services préfigureurs de son projet d'établissement les modalités d'accompagnement aux soins dans le cadre du pôle TP (Annexe 1) et dans le cadre du pôle TSA (Annexe 2) À noter que la notion de projet médical concerne spécifiquement les établissements de santé (Article L.6143-2 du Code de la santé publique qui impose l'élaboration d'un projet médical intégré au projet d'établissement), le FAM n'est donc pas concerné par ce type de vocable : sur ce point, la page 23 du rapport spécifiant l'absence de projet médical repose sur une erreur de droit.» <u>Éléments transmis :</u> — Cf Projets de service TP slide 18 et TSA slide 15 axes Soins Nomenclature SERAFIN PH	Dont acte Prescription retirée	L311-8 du CASF ; D312-203 du CASF	6 mois
Presc 4	1.2— Gouvernance-Management et Stratégie	Le plan bleu doit contenir, en particulier, le plan de formation des personnels de l'établissement aux situations sanitaires exceptionnelles, et il doit être présenté au CVS.	« Plan bleu finalisé et d'ores et déjà adressé à l'ARS » <u>Éléments transmis :</u> — Plan bleu 2025	Dont acte. Prescription retirée	R.3131-4 du CSP	

	Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse de la réponse et décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
Presc 5	1.2— Gouvernance-Management et Stratégie	Lorsque le gestionnaire fait le choix d'une direction par intérim, il doit s'assurer que les professionnels aient le niveau de qualification requis et que le document unique de délégation de la direction intérimaire soit transmis aux autorités de contrôle.	«Fait. Changement de direction opéré depuis la visite d'inspection» <u>Éléments transmis :</u> – Cf mail de transmission aux ATC le 16 avril 2025 des CV – DUD directeur – CV directrice adjointe	Dont acte Prescription retirée	D312-176-5, D312-176-6 du CASF	
Presc 6	1.2— Gouvernance-Management et Stratégie	La direction doit s'assurer de l'existence et de la connaissance par les salariés d'une procédure prévoyant l'organisation en cas d'absence de la direction.	«Procédure formalisée. En cours pour l'information aux salariés» <u>Éléments transmis :</u> – Plan de continuité de la direction de l'établissement	Les éléments transmis ne permettent pas de s'assurer que les salariés ont connaissances de l'organisation du FAM en l'absence de la direction. Prescription maintenue <u>Éléments de preuve attendus :</u> A. Compte rendu de réunion présentant la procédure B. Affichage avec la procédure C. Intégration de la procédure dans le logiciel métier	D315-69 du CASF	3 mois
Presc 7	1.2— Gouvernance-Management et Stratégie	Les affichages obligatoires, tels que, par exemple, les enquêtes de satisfaction, les arrêtés d'autorisation, doivent être présents au sein de l'établissement.	« Fait. Enquête de satisfaction programmée (notamment dans le cadre de l'évaluation externe prévue début novembre) » <u>Éléments transmis :</u> – Affichage de l'arrêté	Dont acte Prescription retirée	D311-15, R311-34, L311-4 du CASF	

	Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse de la réponse et décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
		La direction doit en garantir la mise à jour et leurs adéquations avec les exigences réglementaires.				
Presc 8	1.3- Gouvernance- Animation et fonctionnement des instances	La direction doit s'assurer que les prérogatives du CVS soient bien exercées.	"Fait. Élections Octobre/novembre 2023 (renouvellement des mandats à effectuer au prochain semestre)" <u>Éléments transmis</u> — 4 Ordre du jour — 5 présentations supports au CVS — 3 Comptes-rendus de CVS — Règlement de fonctionnement CVS signé	Dont acte Prescription retirée	L311-6, L311-7, L311-8 du CASF	
Presc 9	1.3- Gouvernance- Animation et fonctionnement des instances	La direction doit mettre en place un plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) intégrant, notamment, les enquêtes de satisfaction, le traitement des réclamations et la traçabilité de l'information tel que les comptes rendus de réunions.	« Fait. PACQ validé le 8 juillet. Par ailleurs, concernant l'implication des familles, l'établissement — au regard du contexte — a mis en place une instance mixte permettant une mobilisation allant au-delà du seul CVS sur les sujets de logistique/vie quotidienne : l'enjeu étant d'ouvrir plus largement cette mobilisation (en fréquence, en nombre de personnes mobilisées) » <u>Éléments transmis :</u> — Schéma organisation Qualité PBM — CR Réunion COPIL Qualité — Démarche autoévaluation — Présentation Équipes PBM Évaluation HAS (2) — Note de présentation de l'instance mixte + CR du 12 juin (1ère réunion)	Dont acte Prescription retirée	L311-1 et 3, L312-8, D.312-203 du CASF	

	Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse de la réponse et décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
			– Émargement REUNION INFO QUALITE EVAL – Tableau Plaintes Réclamations et Satisfactions – Note Prescription 9 – Réunion trame vierge – Feuille d'émargement			
Presc 10	2.1-Fonctions support-Gestion des RH	La direction doit présenter des plannings clairs et exploitables, permettant de contrôler la présence au quotidien du personnel ainsi que leur niveau de qualification et leur nom.	« Le logiciel OCTIME me permet de générer des plannings avec les qualifications » <u>Éléments transmis :</u> – Planning nuit FAM – Pôle TP — juin 2025 – Pôle TP plannings hebdomadaire – Pôle TSA — juin 2025	Dont acte Prescription retirée	L.311—3 du CASF	
Presc 11	2.1-Fonctions support-Gestion des RH	La direction doit garantir qu'il n'y ait pas de glissement de tâche au sein de l'établissement. Le personnel doit être qualifié afin de limiter les risques dans la prise en charge des personnes accueillies.	« La FAA rappelle le principe qui s'applique dans tous ses ESMS, dont le FAM de Bécheville : l'emploi en CDI est conditionné à l'existence d'un diplôme ou, lorsque ce n'est pas le cas, à l'engagement dans une démarche de qualification permettant de mettre en cohérence l'emploi occupé et la diplomation attendue. Le PDC prend en compte cet enjeu de qualification des professionnels. » <u>Éléments transmis :</u> – Missions Aide-soignante 23 05 22 – Missions de la maitresse de maison 14 01 22 – Missions du moniteur éducateur 23 03 22	Dont acte Prescription retirée	D.451—41, D.451-73 et L.311 du CASF	

	Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse de la réponse et décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
			– Missions Éducateur sportif 28 01 22 – Pilotage Unités Projet de service Rôle du chef de service P23 Rôle des professionnels Pôle TSA et TP projet de service P24 et 25"			
Presc 12	2.3-Fonction support-Gestion d'informations	La direction doit se munir d'un registre des entrées et des sorties coté et paraphé par le maire.	"le registre existe. Demande faite à la mairie pour l'obtention de la signature du maire. La mairie n'a pas connaissance de ce registre. Nous restons en attente de leur retour."	Dont acte Prescription retirée	L331-2 du CASF	
Presc 13	3.1-Prise en charge-Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	La direction doit garantir la mise en place d'un projet personnalisé d'accompagnement pour chaque personne accueillie, incluant, un bilan pluridisciplinaire à l'entrée, des modalités de communication adaptée, un suivi et une traçabilité de la prise en charge.	« La refonte et l'harmonisation des PAP ont été initiées. La planification est formalisée (cf. PJ) pour garantir le respect de l'échéance des 12 mois fixée par la mission. » <u>Éléments transmis :</u> – Accompagnement Pôle TP actes de la vie quotidienne – Exemple de Projet d'accompagnement personnalisé – L'accompagnement au quotidien Projet de service TSA P29 – Procédure Projet Personnalisé du résident – Projet accompagnement personnes Projet de service P21 – Planification annuelle des PAP	La démarche de refonte et d'harmonisation des Projets d'Accompagnement Personnalisé (PAP) est en cours. Toutefois, l'analyse des documents transmis met en évidence plusieurs limites dans la planification annuelle : – Pour les unités TSA avec hébergement, la planification des PAP s'interrompt au 10 octobre 2025 ; – Pour les unités TSA sans hébergement, le tableau de planification présente des incohérences : il prévoit, pour 5 résidents sur 6, des réunions de préparation des PAP en 2026, alors que les réunions de validation sont mentionnées en 2025, ce qui est contradictoire, la validation étant censée faire suite aux réunions préparatoires ; – Pour les unités T.P., 35 % des PAP ne sont pas réalisés et 5 projets ne sont	D .344—5— 11, L.311-3, L311-3, D.344-5-10, D.311-0-4 du CASF	1 an

	Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse de la réponse et décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
				pas actualisés. Toutefois, l'ensemble des PAP est inscrit dans une planification sur les années 2025 et 2026. Prescription maintenue Éléments de preuves attendus : A. Planning validé avec 100% des PIA réalisés B. Procédure expliquant la mise en place des PIA et plus particulièrement l'objectif des réunions préparatoire et de la réunion de validation		
Presc 14	3.1-Prise en charge-Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	La direction doit garantir la possibilité aux personnes accueillies qui le souhaitent et qui en ont la capacité, de nommer une personne de confiance. La personne de confiance doit être précisée au sein des dossiers informatiques.	Fait. <u>Éléments transmis :</u> – Formulaire d'information remis avec le dossier d'admission – Fiche de désignation de la personne de confiance en annexe 4 dans le contrat de séjour	Dont acte Prescription retirée		
Presc 15	1.2—Gouvernance-Management et Stratégie	.		La direction doit confirmer le déploiement de sa politique qualité par l'opérationnalité de cette dernière, avec notamment, une accentuation des informations et formations sur la bientraitance et la prévention de la maltraitance, une mise à jour des procédures en interne avec contrôle de la connaissance de ces dernières par les salariés et une meilleure appropriation de		1 an

	Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse de la réponse et décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
				ce qu'est un RETEX, ou une autre forme de réunion de retour d'expérience. <u>Éléments de preuve attendus :</u> A. Les comptes rendus des réunions mixte ; B. Les procédures mises à jour ; C. Les comptes rendus des réunions institutionnelles présentant chaque année, à l'ensemble des salariés, la politique de bientraitance et de prévention de la maltraitance de l'établissement. D. Les comptes rendus des 2 prochains RETEX		

Recommandations :

	Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'inspecté	Décision
Reco 1	1.1- Gouvernance -Conformité aux décisions de l'autorisation ou de la déclaration	Le fonctionnement de l'accueil de jour devrait correspondre à l'autorisation.	Depuis l'ouverture, les personnes ne se sont vues proposés que des temps partiels de présence. L'augmentation de temps de présence pour certains résidents est possible avec leur accord. Démarche d'information en cours sur ce point	Aucun élément probant ne permet de retirer la recommandation. <u>Recommandation maintenue</u>

	Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'inspecté	Décision
Reco 2	1.2— Gouvernance - Management et Stratégie	L'organigramme devrait présenter clairement les liens hiérarchiques et fonctionnels entre les équipes et indiquer les ETP.	Fait. <u>Éléments transmis :</u> — Organigramme mis à jour en avril 2025.	Dont acte Recommandation retirée.
Reco 3	1.2— Gouvernance - Management et Stratégie	La direction devrait se munir de procédures d'astreinte.	Fait. <u>Éléments transmis :</u> — Procédure d'astreinte d'avril 2025	Dont acte Recommandation retirée.
Reco 4	1.2— Gouvernance - Management et Stratégie	La direction devrait s'assurer que les fiches de postes et les fiches de fonctions soient à jour et notamment celle des chefs de service tant éducatif que soignant.	« Fait. À noter sur ce point : Dans l'article 5 »" les attributions du contrat de travail" », il est expressément indiqué que « Le détail des fonctions et attributions est expressément précisé par la convention collective et, le cas échéant, par une définition de fonction. Les attributions étant par nature évolutives, et pourront être modifiées ou complétées selon, notamment, les besoins de la fondation ». Pour ces raisons, les fiches de postes ne donnent pas lieu à signature (les fonctions atypiques donnant lieu à des fiches de mission spécifique, notamment pour les postes de nuit). » <u>Éléments transmis :</u> — Fiche de poste de CSE — Deux fiches de « pilotage de Chef de service	Dont acte Recommandation retirée.
Reco 5	1.4- Gouvernance -Gestion de la qualité	Les dossiers informatisés des personnes accueillies devraient contenir des informations permettant d'identifier les comportements « problèmes » de ces derniers.	Fait. <u>Éléments transmis</u> — Recommandation sur le dossier informatisé.	Dont acte Recommandation retirée.
Reco 6	1.4- Gouvernance -Gestion de la qualité	La direction devrait développer des formations sur les comportements « problèmes » et l'accueil de personnes souffrant de TSA afin de lutter contre les	Fait. <u>Éléments transmis :</u> — 3 modèles de conduite à tenir	Dont acte Recommandation retirée.

	Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'inspecté	Décision
		attitudes professionnelles inadaptées, et garantir une qualité d'accueil dès l'admission.	– 6 attestations de formation – Plan de formation e excelle et en pdf – Comptes rendus de supervision.	
Reco 7	1.4- Gouvernance -Gestion de la qualité	La direction devrait mettre en place des procédures concernant les chambres d'apaisement et l'unité renforcée.	Sur ce point, la FAA questionne la lecture de la mission d'inspection : de notre analyse, il ressort une confusion des inspecteurs concernant les espaces entre TP/TSA : le pôle TP ne présente en effet pas de salle d'apaisement ou de retrait. Le rapport nous semble inexact sur ce point. pour le reste, point vérifié et attesté. Fait. <u>Éléments transmis :</u> – « Procédure Utilisation Espace d'apaisement – Protocole individuel pour utilisation salle d'apaisement – Fiche de surveillance en salle d'apaisement »	Dont acte Recommandation retirée.
Reco 8	2.1-Fonctions support- Gestion des RH	La direction devrait s'assurer que les emplois publiés sur le site soient en adéquation avec les postes réellement vacants	Fait. Annonces à jour dans tous les sites spécialisés, comme sur le site FAA. voir sur ce point la synthèse des tâches de la chargée de recrutement dédiée au FAM de Bécheville. Cette publication des FDP était également à jour à la date de l'inspection ; il y a en effet une inexactitude à corriger sur ce point dans le rapport : Il est en effet précisé que si toutes les fiches de poste ne sont pas en ligne, cela ne tient pas à un oubli ou une négligence mais simplement au fait que la FAA met les FDP en ligne au rythme du prévisionnel de déploiement (l'arrivée des professionnels devant être cadencée par les ouvertures, au risque — par exemple — d'avoir toutes les AS/AES mais pas IDE à l'instant T de l'ouverture d'une unité) <u>Éléments transmis :</u> – Événements et Recherches de candidatures (par chargée de recrutement dédiée au FAM) – 20250507— Point de situation V Def p 6,7 et 8 (présentation bimensuelle aux ATC) – NS renforcer le plateau technique — mission de chargée de recrutement	Dont acte Recommandation retirée.
Reco 9	2.1-Fonctions support-	La direction doit mettre en place une politique « ressources humaines » afin, notamment, de lutter contre le turn-over	Dans le cadre d'un fonctionnement avec un niveau élevé de centralisation, la politique RH est réparti entre la FAA et l'établissement. La première est en charge des éléments les plus transverses (mise en place d'un plan attractivité depuis 2024 ; mise en place d'un CFA pour la	Dont acte

	Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'inspecté	Décision
	Gestion des RH	et les arrêts de travail. (article R 4121-1 du code du travail)	dimension formation, mise en place d'un service social, d'un parcours du nouveau salarié ; cf. note politique RH.). L'établissement est pour sa part en charge des éléments afférents au fonctionnement sur site. L'établissement dispose bien d'un DUERP, en vigueur à la date de l'inspection, contrairement à ce qui est précisé dans le rapport (cf. PJ). Ledit DUERP est en cours de réactualisation. il doit être souligné sur ce point les effets de cette structuration : Le turn over est divisé par 2 en 2025 par rapport à 2024 à la même période (1er semestre) <u>Éléments transmis :</u> – Note politique RH – 4pages CFA-Egalité – Accord attractivité 240924 – Affiche assistante sociale 2025 – RH Mémo Service Social 2025 – Parcours d'intégration nouveau salarié – Comité COVIRISK – BECHEVILLE-HSE-DUERP-FAM 2024 – Actualisation du DUERP — devis TLC – Suivi arrêt de travail Pôle TP – Suivi arrêt de travail Pôle TSA-ADMIN	Recommandation retirée.
Reco 10	2.1-Fonctions support- Gestion des RH	Les dossiers administratifs des salariés devraient être à jour en y intégrant, des pièces comme les copies des diplômes des salariés et les contrats de travail.	Régularisation en cours <u>Éléments transmis</u> – Mode opératoire GED – Note de synthèse Assistants PAIE-ADP – Pièce à fournir à l'embauche	La procédure actualisée en 2019 a bien été mise à jour. La présence des notes de synthèse et du document « pièces à fournir » est également constatée. Cependant, le nombre de dossiers administratifs actuellement à jour n'est pas précisé, et aucun élément transmis ne permet d'attester

	Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'inspecté	Décision
				de l'avancée concrète de la régularisation de ces dossiers. Recommandation maintenue A. .
Reco 11	2.1-Fonctions support- Gestion des RH	La direction devrait s'assurer qu'à l'arrivée de nouveaux salariés, ces derniers bénéficient, en autres, d'un livret d'accueil et de l'accès aux logiciels métiers. De plus, les personnels vacataires devraient pouvoir bénéficier de badge nominatif temporaire à leur arrivée au sein du FAM	Procédure d'accueil et d'intégration mise à jour. Livret d'accueil <u>Éléments transmis :</u> – Procédure d'accueil et d'intégration avec un parcours d'intégration type	<u>Dont acte</u> Recommandation retirée.
Reco 12	2.4-Fonction support- Bâtiments, espaces extérieurs, équipements	La direction pourrait assurer un contrôle de l'hygiène alimentaire en dehors des cuisines, et un suivi des travaux dans l'intérêt des personnes accueillies.	Fait. L'ensemble des procédures de vérification ont été relancées depuis l'inspection. <u>Éléments transmis :</u> – Distinction des fonctions logistique et technique, – Préparation repas collectifs ou ateliers cuisine, – Formation des agents sur les moyens de secours – Formation habilitation électrique – Maintenance, – Vérification des ascenseurs, – Vérification des installations d'aération, – Vérification des portails, – Vérification électrique	Dont acte Recommandation retirée.

	Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'inspecté	Décision
			– Vérification interne des blocs de secours, – Vérification gaz combustible novembre 2024 – Outils suivi Restauration hors cuisine	
Reco 13	3.1-Prise en charge- Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	La direction devrait rédiger et mettre en œuvre une procédure, permettant de tracer les admissions et les refus d'admission.	Fait. À noter que ce tableur de suivi existait à la date de l'inspection. Il semble n'avoir pas été transmis à la mission. Avertissement : tableau non anonymisé <u>Éléments transmis :</u> – Procédure d'admission FAA P 4 – Courriers de refus – Tableau de suivi des candidatures	Dont acte Recommandation retirée.
Reco 14	3.1-Prise en charge- Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Le livret d'accueil décrivant la composition de l'équipe médicale devrait être mis à jour, car les informations qu'il contient datent de l'ouverture de l'établissement.	En cours	Aucun élément transmis. Recommandation maintenue.