

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

Monsieur
Directeur général
AEDE
5 route de Pézarches
77515 HAUTEFEUILLE

Conseil départemental de Seine-et-Marne

Affaire suivie par
Courriel :

Affaire suivie par
Courriel :

Lettre recommandée avec AR
N° 2C 192 925 9715 0

Saint Denis, le 21/11/2025

Référence : 2025_IDF_00079

Objet : Lettre de décisions - Inspection du 10/04/2025 au sein de l'EAM Les Lilas - 77120 COULOMMIERS.

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 de handicap, une inspection a été réalisée au sein de de l'EAM Les Lilas (N° FINESS géographique 770021392) situé à Coulommiers le 10 avril 2025 par l'Agence régionale de santé Île-de-France (ARS) et le Conseil départemental de Seine-et-Marne.

Dans le cadre de la procédure contradictoire, en application des articles L. 121-1 et L. 122-1 du code des relations entre le public et l'administration, je vous ai adressé le 29 aout 2025 le rapport que nous a remis la mission d'inspection, ainsi que les 8 prescriptions et 6 recommandations que nous envisagions de vous notifier (cf. annexe).

Vous nous avez transmis le 17 octobre 2025 des éléments de réponse détaillés, ce dont nous vous remercions.

Nous notons que des corrections ont été apportées concernant les mesures suivantes :

- Prescription 1 : La demande de transformation de l'offre a été transmise aux autorités de contrôle et de tarification. La mesure est retirée ;
- Prescription 3 : Le registre des entrées et sorties a été mis jour, cependant les autres points de la prescription sont maintenus ;
- Prescription 4 : Les dispositions développées par l'établissement pour assurer de la sécurité des biens et le recueil de la satisfaction des usagers ont été explicitées par l'établissement, cependant les autres points de la prescription sont maintenus ;
- Prescription 5 : La politique de la qualité est conforme, cependant les autres points de la prescription sont maintenus ;
- Prescription 7 : Les salariés ont été formés à la sécurité incendie. Les autres points de la mesure sont maintenus ;
- Prescription 8 : La demande de renforcement de l'identitovigilance dans le circuit du médicament a été prise en compte, cependant les autres points de la prescription sont maintenus ;
- Recommandation 1 : le matériel d'aspiration des mucosités est présent. La recommandation est retirée ;
- Recommandation 2 : La sécurité et santé mentale des salariés est introduite dans le cadre d'une formation. La recommandation est retirée ;
- Recommandation 3 : La convention avec le pôle CRISTALES est toujours valide. La recommandation est retirée ;

- Recommandation 6 : La procédure « accueil du nouveau salarié en CDD / CDI à la résidence des Lilas » a été transmise. La recommandation est retirée.

Cependant, au regard de l'ensemble des éléments de réponse apportés, des actions correctrices restent nécessaires.

Aussi, nous vous notifions à titre définitif les 7 prescriptions et 2 recommandations maintenues en annexe du présent courrier et portant sur les points suivants :

- La gouvernance (prescriptions 1-2-3-4) ;
- La politique de la bientraitance (prescription 5) ;
- Les fonctions support : la gestion des ressources humaines, la sécurité (prescriptions 6-7 ; recommandations-4-5) ;
- La prise en charge en soin (prescription 8).

Nous appelons votre attention sur la nécessité de transmettre à la Délégation départementale de l'ARS de Seine-et-Marne à ars-dd77-etab-medico-sociaux@ars.sante.fret au Conseil départemental de Seine-et-Marne, à qualite.esms@departement77.fr, les éléments de preuve documentaire permettant le suivi des mesures correctives et la levée des mesures.

Nous vous rappelons 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>

Le présent courrier et le rapport produit à la suite de l'inspection seront publiés sur le site internet de l'Agence (<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/>) dans les jours suivants dans un objectif de transparence de son action et de reddition de compte des missions de service public que vous assurez. Ceci s'inscrit notamment dans le cadre prévu par le Code des relations entre le public et l'administration (CRPA) avec, en particulier, la protection des données mentionnées en son article L.311-6.

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

Le Directeur général
de l'Agence régionale de santé
Île-de-France

Le Président du Conseil départemental
de Seine-et-Marne.

.....

.....

Copie :
Monsieur Philippe GOLDSCHMIDT
Directeur de territoire
EAM Résidence des Lilas
15 rue du Pré Meunier
77120 COULOMMIERS

Annexe : Décisions faisant suite à l'inspection réalisée le 10 avril 2025 au sein de de l'EAM Les Lilas, situé au 15 rue du Pré Meunier 77120 COULOMMIERS (n° FINESS géographique 770021392).

Prescriptions :

| | Thèmes et Sous-Thèmes IGAS | Mesure envisagée | Réponse de l'établissement | Analyse de la réponse & Décision | Texte de référence | Délai de mise en œuvre |
|---------|---|--|--|---|-----------------------|------------------------------|
| Presc 1 | 1.1- Gouvernance- Conformité aux décisions de l'autorisation ou de la déclaration | <p>L'établissement doit respecter les modalités d'accueil mentionnées dans l'arrêté d'autorisation en :</p> <p>A. Mettant fin aux accueils d'urgence, tant que ceux-ci ne sont pas inscrits dans l'arrêté d'autorisation.</p> <p>B. Informant l'autorité de tarification et de contrôle (ARS/CD) de la situation.</p> <p>Le cas échéant, engager une demande de modification de l'autorisation (ou de régularisation) si l'établissement souhaite intégrer durablement ce type d'accueil à son offre.</p> | <p>Les autorités sont informées de la situation depuis l'admission des résidents concernés. Un mail du 21 septembre 2023 adressé aux autorités de contrôle et de tarification, sollicitait une dérogation pour l'accueil des personnes concernées. Cf. élément de preuve n°41).</p> <p>Une fiche projet concernant l'évolution de l'autorisation de l'établissement a été transmise à l'ARS 77 et au Département 77 le 13 octobre 2025 (cf. élément de preuve n°42).</p> | <p>Prescription retirée.</p> <p>L'établissement a pris attache avec les autorités de contrôles et de tarification afin de faire évoluer l'offre et l'autorisation.</p> | L314-4 CASF | |
| Presc 2 | 1.2- Gouvernance- Management et Stratégie | <p>L'établissement doit élaborer un projet d'établissement conforme à la réglementation en vigueur et aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la Haute autorité de santé.</p> | <p>Le délai de mise en œuvre attendu (6 mois) ne semble pas atteignable avec l'obligation réglementaire d'associer à cette élaboration l'ensemble des professionnels. La 1ère réunion du comité de pilotage a eu lieu le 24 juin 2025 mais la réunion d'information générale n'a eu lieu que le mardi 30 septembre 2025.</p> <p>Élaboration du projet d'établissement pour juin</p> | <p>Prescription maintenue.</p> <p>Le projet d'établissement est en cours d'élaboration. La demande de délai supplémentaire au regard du plan d'action transmis est portée à 9 mois afin de permettre à l'établissement de transmettre le projet finalisé aux autorités de contrôle et de tarification.</p> | L311-8 CASF | 9 mois |

| | Thèmes et Sous-Thèmes IGAS | Mesure envisagée | Réponse de l'établissement | Analyse de la réponse & Décision | Texte de référence | Délai de mise en œuvre |
|---------|--|--|--|---|--|------------------------------|
| | | Transmettre aux autorités de contrôle et de tarification, le projet d'établissement daté et signé par l'ensemble des parties prenantes (conseil de la vie sociale, conseil d'administration...). | 2026 (conformément au document de planification des travaux transmis à la mission d'inspection en avril 2025) | | | |
| Presc 3 | 1.2- Gouvernance- Management et Stratégie | L'établissement doit mettre à jour et faire parapher par le maire le registre des entrées et sorties des résidents. Transmettre aux autorités de contrôle et de tarification la copie du registre conforme. | Le registre des entrées et sorties a été mis en place (Cf. élément de preuve n°25). En attente de la signature par la maire de Coulommiers. | Prescription partiellement maintenue. Prescription 3 : L'établissement doit faire parapher par le maire le registre des entrées et sorties des résidents. Transmettre aux autorités de contrôle et de tarification la copie du registre signé. | L311-2 CASF R311-5 CASF | 6 mois |
| Presc 4 | 1.2- Gouvernance- Management et Stratégie | L'établissement doit garantir les droits de l'usager en : A. Mettant à jour le règlement de fonctionnement, le livret d'accueil (numéro Alma), les affichages (enquête de satisfaction). B. Assurant la sécurité des biens (coffre par exemple) C. Formalisant la procédure liée au respect de l'intimité des usagers. D. Assurant une prise en charge en continu de l'admission à la fin de la prise en charge en excluant toute fin de prise en charge dans les six mois sans que l'usager soit | Point A : Il est fait référence aux dispositions de l'article D311-15 (III°) du CASF, qui prévoit que les établissements mentionnés au I de l'article L313-12 réalisent chaque année une enquête de satisfaction sur la base de la méthodologie et des outils élaborés par la HAS. L'article L313-12 renvoie aux établissements relevant du 6° de l'article L312-1 du CASF, soit les établissements accueillant des personnes âgées. Mise à jour du règlement de fonctionnement et du livret d'accueil. La résidence des lilas étant un établissement relevant du 7° de l'article L312-1 du CASF, soit un établissement accueillant des personnes handicapées, les dispositions de l'article D311-15 ne s'appliquent pas. Point B : nous souhaiterions disposer de la référence réglementaire imposant la mise à disposition obligatoire d'un coffre-fort pour les effets personnels des usagers. | Prescription partiellement maintenue. Points B et D levés : dont acte. Point A : la mesure concerne la mise à jour du règlement de fonctionnement, le livret d'accueil et pas seulement une enquête de satisfaction. Point C : La rédaction de la procédure est programmée mais n'est pas encore rédigée. Prescription 4 : L'établissement doit garantir les droits de l'usager en : A. Mettant à jour le règlement de fonctionnement, le livret d'accueil (numéro Alma). C. Formalisant la procédure liée au respect de l'intimité des usagers. Transmettre aux autorités de contrôle et de tarification le règlement de fonctionnement, le | R311-33 CASF D311-15 CASF Circulaire DGCS/SD 3B/20211 47 relative au respect de l'intimité, des droits sexuels et reproductif s de personnes accompagn nées dans les ESSM, | 3 mois |

| | Thèmes et Sous-Thèmes IGAS | Mesure envisagée | Réponse de l'établissement | Analyse de la réponse & Décision | Texte de référence | Délai de mise en œuvre |
|---------|---|--|---|---|---------------------------------|------------------------|
| | | <p>réorienté et que la CDPAH soit informée,</p> <p>Transmettre aux autorités de contrôle et de tarification le règlement de fonctionnement, le livret d'accueil actualisé, la photo de l'affichage actualisé, la procédure liée au respect de l'intimité des usagers, les nouvelles modalités permettant d'assurer la continuité des parcours et l'échelle de complexité réalisée à l'accueil du résident.</p> | <p>Notre livret règlement de fonctionnement alinéa 9.2 spécifie actuellement que la détention d'objets de valeurs se fait sous la responsabilité du résident.</p> <p>Point C : La remarque est prise en compte et une procédure sera travaillée avec la participation des professionnels du groupe Vie affective relationnelle et sexuelle, ainsi que les résidents et les représentants légaux.</p> <p>Point D : Nous n'identifions pas la source de cette remarque de la mission. La seule procédure d'admission et la seule procédure de sortie sont définies dans les pages 13 à 15 du préprojet d'établissement (transmis en avril 2025) qui ne prévoient pas de fin de prise en charge au bout de 6 mois. Les modalités de fin d'accompagnement sont précisées dans le règlement de fonctionnement (article 11-2) et le contrat de séjour (article 7 – alinéa 7-2) – modalités qui ont été validées avec la DD77 de l'ARS et le département lors de la visite de conformité d'octobre 2019.</p> <p>L'échelle de complexité est un outil interne en cours d'élaboration. Il n'est pas encore assez robuste (validation sur une cohorte) pour effectuer la passation sur l'ensemble des résidents. L'outil a été présenté à la mission en avril 2025.</p> <p>Le projet d'échelle de complexité a été transmise à la mission en avril 2025 via BlueFiles (dossier n°73).</p> | livret d'accueil actualisé, la procédure liée au respect de l'intimité des usagers. | relevant du handicap. | |
| Presc 5 | 1.4- Gouvernance- Gestion de la qualité | L'établissement doit renforcer la démarche d'amélioration de la qualité et politique de bientraitance en : | Point B : Le plan de formation ne comprend effectivement pas de formation avec l'intitulé « bientraitance » dans son titre. Cependant comme le précise la RBPP « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre », la bientraitance vise à | <p>Prescription partiellement maintenue.</p> <p>Point C et D, dont acte.</p> <p>Point A, lorsqu'un référent bientraitance sera formé et nommé la mesure pourra être levée.</p> | D311-15/16 CASF R331-10 CASF | |

| Thèmes et Sous-Thèmes IGAS | Mesure envisagée | Réponse de l'établissement | Analyse de la réponse & Décision | Texte de référence | Délai de mise en œuvre |
|----------------------------------|--|---|---|-----------------------|-----------------------------------|
| | <p>A. Nommant et formant un référent bientraitant</p> <p>B. Sensibilisant les professionnels à la démarche afin qu'il se l'approprie par des formations.</p> <p>C. Informer le CVS du bilan des EI et de la démarche qualité.</p> <p>D. Établissant des enquêtes de satisfaction</p> <p>Transmettre aux autorités de contrôle et de tarification, la feuille de route du référent nommé, les attestations de formation des professionnels sensibilisés, le compte rendu du CVS indiquant qu'il a été informé du bilan des EI et de la démarche d'amélioration de la qualité, l'enquête de satisfaction 2025.</p> | <p>promouvoir le bien-être de l'utilisateur. La bientraitance se caractérise par une recherche permanente d'individualisation et de personnalisation de la prestation. Les plans de formation 2024 (cf. élément de preuve n°10) et 2025 (cf. élément de preuve n°11) comportent des formations pour la gestion des troubles aigus du comportement, ainsi qu'à minima une formation en CAA (LSF, Makaton, PECS, TEACCH). L'objectif visé étant que les professionnels aient une posture d'intervention adaptée aux personnes accompagnées et à leurs besoins, y compris lors des situations de crise. La bientraitance se retrouve dans les programmes des différentes formations suivies en 2024 et 2025.</p> <p>Point D : Il est fait référence aux dispositions de l'article D311-15 (III°) du CASF, article qui prévoit que les établissements mentionnés au I de l'article L313-12 réalisent chaque année une enquête de satisfaction sur la base de la méthodologie et des outils élaborés par la HAS.</p> <p>L'article L313-12 renvoie aux établissements relevant du 6° de l'article L312-1 du CASF, soit les établissements accueillant des personnes âgées.</p> <p>La résidence des lilas étant un établissement relevant du 7° de l'article L312-1 du CASF, soit un établissement accueillant des personnes handicapées, les dispositions de l'article D311-15 ne s'appliquent pas.</p> <p><u>Plan d'action</u></p> <p>Point A : Demande individuelle de formation « référent bientraitance » réalisée par la directrice qualité et innovation de l'AEDE en date du 29/09/2025 dans le cadre du recueil des besoins en formation (élaboration du plan 2026) – en attente de validation.</p> | <p>Point B : Le référent « bientraitance » joue un rôle essentiel dans la promotion des savoirs et des savoir-être auprès des professionnels et de la direction. Sa mission consiste à soutenir et à diffuser la politique de bientraitance institutionnelle. La sensibilisation des professionnels à cette démarche doit s'appuyer non seulement sur les actions de formation mises en place, mais également sur l'accompagnement et les interventions spécifiques du référent bientraitance dans le cadre de sa mission.</p> <p>Prescription 5 :</p> <p>L'établissement doit renforcer la démarche et la politique de bientraitance en :</p> <p>A. Formant et nommant un référent bientraitance.</p> <p>B. En s'appuyant sur le futur référent « bientraitance » de l'établissement pour former les professionnels à la démarche afin qu'ils se l'approprient</p> <p>Transmettre aux autorités de contrôle et de tarification, l'attestation de formation, la feuille de route du référent nommé et les temps de sensibilisation des équipes mis en œuvre avec copie des feuilles d'émargement.</p> | | <p>A. 6 mois</p> <p>B. 9 mois</p> |

| | Thèmes et Sous-Thèmes IGAS | Mesure envisagée | Réponse de l'établissement | Analyse de la réponse & Décision | Texte de référence | Délai de mise en œuvre |
|---------|--|---|---|--|---|------------------------------|
| | | | (cf. élément de preuve n°43) Point C : Le CVS a été informé du bilan des EI (cf. élément de preuve n°8). | | | |
| Presc 6 | 2.1-Fonctions support- Gestion des RH | L'établissement doit vérifier systématiquement les diplômes des professionnels de santé salariés ainsi que leurs inscriptions ordinales si concernés (notamment les infirmiers) Transmettre aux autorités de contrôle et de tarification, la copie des diplômes (ou équivalent certifiés) et des attestations d'inscription ordinale, ainsi que la procédure décrivant les modalités de ces vérifications systématiques et traçabilité avant emploi (tableau de suivi). | Les diplômes des professionnels ont été transmis à la mission en avril 2025 par BlueFiles (dossier n°1). <u>Plan d'action :</u> Procédure AEDE sur la vérification des diplômes et l'inscription ordinale (en cours d'élaboration par le directeur des relations humaines en collaboration avec les directions de territoire et d'établissements) Transmission des attestations d'inscription ordinale | Prescription maintenue . Les diplômes des salariés ont été transmis mais la vérification ordinale n'est pas transmise ainsi que la procédure qui est en cours d'élaboration. | L4311-15 CSP L4341-62 CSP L4346-2 CSP | 3 mois |
| Presc 7 | 2.5-Fonction support- Sécurités | L'établissement doit assurer la sécurité du résident en : A. Formalisant une procédure anti-fugue et sortie à l'insu. B. Mettant en œuvre les mesures permettant de lever les mesures de la commission de sécurité du 07/12/2023. C. Formant les professionnels à la sécurité incendie. D. Mettant à jour le Plan Bleu. Transmettre aux autorités de contrôle et de tarification la procédure | Point C : les professionnels ont été formés en juillet 2025 et septembre 2025. Attestations de formation et conventions de formations disponibles dans le fichier EP 6. (cf. élément de preuve n°6) Point B : la commission de sécurité a eu lieu le 15 juin 2023 et non le 7 décembre 2023. L'ensemble des mesures est suivi dans le plan d'action, certaines actions étant encore en cours dans le cadre d'un dossier d'expertise avec l'assurance dommage ouvrage. Les 11 rapports d'expertise peuvent être transmis si besoin. Point A : procédure à rédiger <u>Plan d'action :</u> Point A : procédure à rédiger | Prescription partiellement maintenue . Points B et C : Dont acte Prescription 7 : L'établissement doit assurer la sécurité du résident en : A. Formalisant une procédure anti-fugue et sortie à l'insu. B. Mettant à jour le Plan Bleu. Transmettre aux autorités de contrôle et de tarification la procédure concernant les sorties à l'insu, le plan bleu renouvelé. | R311-38 CASF L311-3 CASF | A. 3 mois B. 6 mois |

| | Thèmes et Sous-Thèmes IGAS | Mesure envisagée | Réponse de l'établissement | Analyse de la réponse & Décision | Texte de référence | Délai de mise en œuvre |
|---------|----------------------------------|--|---|---|---|---|
| | | concernant les sorties à l'insu, les attestations de formation, le plan bleu renouvelé, le PV de la commission de sécurité levant les mesures | Point D : mise à jour du plan bleu au moins une fois par an. Point C : la prochaine commission de sécurité est projetée en juin 2026. | | | |
| Presc 8 | 3.8-Prise en charge-Soins | <p>L'établissement doit sécuriser la prise en charge en soin du résident et son suivi permanent au regard de la réglementation et des recommandations des bonnes pratiques professionnelles en :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Formant les professionnels participant à l'aide à la prise de médicaments. B. Contractualisant une convention avec un service d'urgence et d'analyses médicales. C. Complétant les dossiers des usagers (antécédents ...) et en traçant le suivi de l'hygiène corporelle sur Airmes™ D. Améliorant l'identitovigilance par la systématisation de l'utilisation des photos des résidents dans le cadre du circuit du médicament E. Mettant en place un système de lavage des mains conforme aux bonnes | <p>Point D : en mai 2024, l'établissement a sollicité l'ensemble des représentants légaux pour autoriser l'utilisation de la photo d'identité du résident dans le logiciel AIRMES. En juillet 2024, une relance a été réalisée et une nouvelle relance a été effectuée en septembre 2025. En l'absence de l'accord formel du représentant légal, l'établissement ne s'est pas autorisé à intégrer la photo d'identité des résidents concernés dans AIRMES (cf. élément de preuve n°31).</p> <p>Point F : les protocoles ont été élaborés sur la base du document « conduites à tenir en cas de situations d'urgence et/ou inhabituelles » élaboré et diffusé par l'ARS Ile-de-France.</p> <p>L'établissement a élaboré 27 protocoles et 3 procédures qui ont été transmis en avril 2025 dans le dossier n°41. La liste des protocoles et procédures existants est disponible (cf. élément de preuve n°39).</p> <p>Nous vous sollicitons pour préciser les protocoles manquants.</p> <p>Plan d'action : Point A : le support est en cours de formalisation. Point B : contractualisation en cours avec le laboratoire d'analyse médicale (élément de preuve n°40)</p> <p>Le conventionnement avec un service d'urgence risque d'être plus complexe à réaliser, mais l'ouverture d'un handibloc à Coulommiers fin 2025 nous donne des</p> | <p>Prescription partiellement maintenue.</p> <p>Le point D, une campagne de relance de signature de l'annexe droit à l'image a été réalisée, l'absence de réponse des familles ou ayant droit ne permet pas l'utilisation de photo</p> <p>Point F : dont acte</p> <p>Au regard des actions engagées par l'établissement, les délais ont été modifiés pour les points C (3 à 6 mois), E (3 à 4 mois), G (2 mois à 6 mois)</p> <p>Prescription 8 :</p> <p>L'établissement doit sécuriser la prise en charge en soin du résident et son suivi permanent au regard de la réglementation et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles en :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Formant les professionnels participant à l'aide à la prise des médicaments. B. Contractualisant une convention avec un service d'urgence et un laboratoire d'analyses médicales. C. Complétant les dossiers des usagers (antécédents ...) et en traçant le suivi de l'hygiène corporelle sur AIRMES™ | <p>D 344-5-15 CASF</p> <p>L 311-3 CASF</p> <p>D344-5-6 CASF</p> | <ul style="list-style-type: none"> A. 3 mois B. 9 mois C. 6 mois D. 4 mois E. 6 mois |

| Thèmes et Sous-Thèmes IGAS | Mesure envisagée | Réponse de l'établissement | Analyse de la réponse & Décision | Texte de référence | Délai de mise en œuvre |
|----------------------------|--|---|--|--------------------|------------------------|
| | <p>pratiques de prévention des infections.</p> <p>F. Développant les protocoles médicaux (prise en charge des urgences vitales, traçabilité des erreurs de délivrance des médicaments ...) et en les mettant à disposition des professionnels, y compris intérimaires.</p> <p>G. Formalisation de l'engagement des professionnels de santé externes intervenant dans l'établissement afin de garantir l'adhésion des intervenants extérieurs aux principes du projet d'établissement et du règlement de fonctionnement, et d'assurer la cohérence et la qualité des prestations.</p> <p>Transmettre aux autorités de contrôle et de tarification les nouvelles procédures en lien avec les soins., indiquer le taux d'utilisation des photos des résidents dans le cadre du circuit du médicament et tracer les éventuels refus d'utilisation de leur photo par les résidents, préciser de quelle façon les antécédents des résidents seront</p> | <p>perspectives favorables. Point C : La création de poste de secrétaire médicale présentée à la mission d'inspection a pour une partie de sa fiche de poste la réalisation de la mise à jour des dossiers médicaux des résidents.</p> <p>Point E : ce robinet a bénéficié d'une commande au coude mais a été cassé à de multiples reprises par les résidents lors de la prise de traitement ou de soins dans l'infirmerie. 13 interventions techniques ont concerné le remplacement de ce robinet depuis avril 2023 (cf. élément de preuve n°36). Nous prenons en compte votre remarque et recherchons une solution durable répondant aux bonnes pratiques de prévention des infections sans atteinte à l'autonomie des personnes accompagnées dans la prise de leur traitement.</p> <p>Point G : l'établissement a transmis aux différents intervenants (médecin somatique et kinésithérapeute) les projets de convention engageant le respect du règlement de fonctionnement et du préprojet d'établissement. Nous sommes en attente de leur retour.</p> | <p>D. Mettant en place un système de lavage des mains conforme aux bonnes pratiques de prévention des infections.</p> <p>E. Formalisant l'engagement des professionnels de santé externes intervenant dans l'établissement afin de garantir l'adhésion des intervenants extérieurs aux principes du projet d'établissement et du règlement de fonctionnement, et d'assurer la cohérence et la qualité des prestations.</p> <p>Transmettre aux autorités de contrôle et de tarification les nouvelles procédures en lien avec les soins, envoyer une photo d'un système de lavage des mains conforme aux bonnes pratiques de lutte contre les infections liées au soins, un document d'engagement signé par chaque professionnel de santé externe (médecin, kinésithérapeute, etc.) mentionnant la prise de connaissance du projet d'établissement et du règlement de fonctionnement, l'engagement à adapter ses pratiques aux valeurs et procédures de l'établissement, la date d'entrée en vigueur de cet engagement.</p> | | |

| | Thèmes et Sous-Thèmes IGAS | Mesure envisagée | Réponse de l'établissement | Analyse de la réponse & Décision | Texte de référence | Délai de mise en œuvre |
|--|----------------------------------|--|----------------------------|----------------------------------|-----------------------|------------------------------|
| | | complétés au sein des dossiers médicaux, envoyer une photo d'un système de lavage des mains conforme aux bonnes pratiques de lutte contre les infections liées au soins, un document d'engagement à signer par chaque professionnel de santé externe (médecin, kinésithérapeute, etc.) mentionnant la prise de connaissance du projet d'établissement et du règlement de fonctionnement, l'engagement à adapter ses pratiques aux valeurs et procédures de l'établissement, la date d'entrée en vigueur de cet engagement, . | | | | |

Recommandations :

| | Thèmes et Sous-Thèmes IGAS | Mesure envisagée | Réponse de l'inspecté | Décision |
|-----------|--|--|--|-------------------------------|
| Reco 1 | 3.8-Prise en charge-Soins | L'établissement devrait disposer d'un matériel d'aspiration fonctionnel. | Le matériel d'aspiration à mucosité a été commandé le 3 février 2025 et réceptionné le 23 mai 2025 (cf. élément de preuve n°37). | Recommandation retirée |
| Reco 2 | 2.1-Fonctions support- Gestion des RH | L'établissement devrait former les salariés à la sécurité et à la santé mentale des travailleurs (code du travail : L 4121- 3) | La sécurité et santé mentale des salariés est abordée dans le cadre des formations annuelles « Gestion des troubles aigus du comportement » (cf. élément de preuve n°17) | Recommandation retirée |
| Reco 3 | 4.2-Relations avec l'extérieur- | L'établissement devrait mettre à jour les conventions dont le terme est échu. | La convention avec le pôle CRISTALES est toujours valide. Cette convention a été signée le 10 juillet 2020 pour une durée d'un an avec tacite reconduction | Recommandation retirée |

| | Thèmes et Sous-Thèmes IGAS | Mesure envisagée | Réponse de l'inspecté | Décision |
|--------|---------------------------------------|--|---|---------------------------------|
| | Coordination avec les autres acteurs | | (article 6). Cette convention avait été transmise en avril 2025 dans le dossier 53. | |
| Reco 4 | 2.1-Fonctions support- Gestion des RH | L'établissement devrait transmettre à chaque salarié une fiche de poste. | Réactualisation des fiches de poste puis transmission à chaque salarié. Ce travail sera mené après l'arrivée des deux chefs de service éducatifs. | Recommandation maintenue |
| Reco 5 | 2.1-Fonctions support- Gestion des RH | L'établissement devrait formaliser la quotité de temps de la directrice adjointe allouée à l'encadrement de l'équipe soignante | La remarque est prise en compte. Un avenant sera établi dès que le nouvel organigramme sera en place avec l'arrivée des deux chefs de service (le recrutement de ces derniers étant en cours) | Recommandation maintenue |
| Reco 6 | 2.1-Fonctions support- Gestion des RH | L'établissement devra établir une procédure concernant les nouveaux arrivants. | La procédure « accueil du nouveau salarié en CDD / CDI à la résidence des Lilas » a été transmise à la mission en avril 2023 (dossier n°11). | Recommandation retirée |