

Délégation départementale de la Gironde
Pôle animation territoriale parcours de santé
Dossier suivi par : [REDACTED]
Téléphone : [REDACTED]
Courriel : [REDACTED]

Madame Bénédicte MOTTE
Directrice de la délégation départementale
de la Gironde

À

A Bordeaux, le 26 septembre 2024

Madame [REDACTED]
Directrice EHPAD Notre Dame de Bonne Espérance
40 rue du Fils
33000 Bordeaux

Envoi en recommandé avec accusé de réception
RAR numéro 2C17271957018
Ref : DD33-D-24-09-05432

Objet : Inspection de l'EHPAD Notre Dame de Bonne Espérance à Bordeaux

Madame la directrice,

Comme suite à mon courrier en date du 30 juillet 2024, et dans le cadre des dispositions des articles L.121-1 et L.122-1 du code des relations entre le public et l'administration, vous avez formulé, par courrier en date du 17 septembre 2024, les mesures correctives envisagées à l'issue de l'inspection réalisée au sein de votre établissement.

Je prends acte des engagements et des mesures prises pour remédier aux dysfonctionnements constatés par la mission.

Concernant vos réponses, je considère que les constats du rapport d'inspection sont partagés. En conséquence, certaines mesures que j'envisageais ne se justifient plus.

Toutefois, vos éléments de réponse ne permettent pas de mettre un terme avant l'envoi de ce courrier à l'ensemble des dysfonctionnements et non-conformités constatés. Vous trouverez en pièce-jointe le tableau de vos réponses dans le cadre de la procédure contradictoire et les commentaires de la mission d'inspection sur ces dernières.

Ainsi, je vous notifie les décisions suivantes :

Injonctions :

- **Injonction N°1 fondée sur l'article R311-33 du CASF levée**
- **Injonction N°2 fondée sur l'article L311-5-2 du CASF**: l'établissement ne doit pas restreindre le droit de visite mais garantir le droit des personnes qu'ils accueillent de recevoir chaque jour tout visiteur de leur choix.
Délai : 1 mois
- **Injonction N°3 fondée sur l'article L311-8 du CASF** : actualiser le projet d'établissement, en s'appuyant sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles édictées par l'HAS (élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service).
Délai : 1 an
- **Injonction N°4 fondée sur l'article L.311-3 3° du CASF** : un plan d'actions de soutien à la direction de l'établissement doit être élaboré par la direction générale.
Délai : 6 mois

- **Injonction N°5 fondée sur l'article L.312-1-II du CASF** : le diplôme de chaque agent doit être conforme aux missions confiées.

Délai : immédiat

- **Injonction N°6 fondée sur l'article L133-6 du CASF levée**

- **Injonction N°7 fondée sur l'article L133-6 du CASF levée**

- **Injonction N°8 fondée sur l'article L.311-3 3° du CASF levée**

- **Injonction N°9 fondée sur l'article L.311-3 du CASF** : le dispositif d'appel malade doit être fonctionnel et les appels transmis aux DECT des soignants les plus proches.

Délai : immédiat

- **Injonction N°10 fondée sur l'article D 312-156 du CASF** : en tant qu'EHPAD autorisé pour 93 places, la direction doit se conformer à un temps de coordination suffisant.

Délai : 6 mois

- **Injonction N°11 fondée sur l'article L.311-3 du CASF levée**

Recommandations :

- **Recommandation N°1** : Le conseil de la vie sociale doit être informé des EI et dysfonctionnements au sein de l'EHPAD ainsi que des actions correctrices mises en œuvre conformément aux recommandations de l'ANESM qui préconise "que le sujet de la maltraitance soit évoqué périodiquement au sein du CVS...." (ANESM Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance - Décembre 2008).

Délai : immédiat

- **Recommandation N°2** : Intégrer dans le plan de formation de l'établissement un volet spécifique à la bientraitance et à la prévention de la maltraitance, conformément à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.

Délai : 6 mois

- **Recommandation N°3** : Préciser la politique de promotion de la bientraitance dans le livret d'accueil, conformément à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.

Délai : 1 mois

- **Recommandation N°4** : Au regard des difficultés rencontrées par l'établissement avant l'arrivée de la directrice actuelle, et connues par la direction générale de l'association, et afin d'assurer une prise en charge de qualité des résidents conformément à l'article L311-3 du CASF, des réunions de soutien professionnel du personnel seront mises en place en présence de la direction générale sur les 6 premiers mois et conformes aux recommandations des bonnes pratiques (RBPP « missions du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - décembre 2008).

Délai : 6 mois

- **Recommandation N°5 levée**

- **Recommandation N°6 levée**

- **Recommandation N°7 levée**

- **Recommandation N°8 levée**

- **Recommandation N°9 levée**

Conformément à l'article L313-14 du CASF, je vous précise que le non-respect des injonctions ou mises en demeure pourra conduire à une décision de sanction administrative (suspension ou cessation d'activité, mesure d'astreinte journalière, administration provisoire...).

La mise en œuvre des injonctions et prescriptions s'impose à l'établissement, au regard de la réglementation. Le contrôle de leur effectivité sera assuré par tous moyens prévus par le CASF.

Un recours contentieux peut être exercé contre les injonctions et prescriptions auprès du tribunal administratif de Bordeaux dans un délai de deux mois à compter de la date de réception de ce courrier. Ce recours peut également être exercé par voie électronique avec une saisine du tribunal administratif par l'application Télé-recours citoyens accessible par le site www.telerecours.fr.

Je vous prie d'agréer, Madame la directrice, l'expression de ma considération distinguée.

26 septembre 2024

Pour le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé
Nouvelle-Aquitaine, par délégation,
La directrice de la délégation départementale de la GIRONDE,


Bénédicte MOTTE

PJ : Tableau avec les décisions de mesures correctives

COPIE : Directeur de l'ADGESSA

ANNEXE N°1 : Tableau avec les décisions de mesures correctives

DÉCISIONS DE MESURES CORRECTIVES – COURRIER DEFINITIF

N° (ex : E1, E2 ou R1, R2....)	DELAIS	Constats	Observations de l'établissement	Réponse de la mission d'inspection
Ecart N°1	Immédiat	En n'ayant pas affiché le règlement de fonctionnement le service ne respecte pas les dispositions de l'article R311-34 du CASF.	Le règlement de fonctionnement a été affiché le 21/06/2024 sur le panneau d'affichage réglementaire destiné aux résidents et leur famille. Ce dernier se situe à proximité de l'accueil dans le couloir d'accès aux lieux de vie des résidents. Cf. annexe Ecart n°1 Photo affichage RF	La direction de l'établissement confirme les constats des membres de la mission d'inspection et a mis un terme au dysfonctionnement. Écart levé
Ecart N°2	1 MOIS	L'article 1.2.3 du règlement de fonctionnement impose aux visiteurs de se présenter à l'interphone de l'établissement. Cette restriction au droit de visite est contraire aux formulations de l'article L311-5-2 du CASF	Il est désormais possible d'entrer au sein de l'établissement sans passer par l'interphone (ouverture automatique des portes) pendant les heures d'ouverture administrative du lundi au vendredi de 9h à 17h (présence de la secrétaire d'accueil). Pour des raisons de sécurité lié au risque d'intrusion, l'entrée via l'interphone est activée en dehors des horaires d'ouverture administrative. Une modification de l'article 1.2.3. du règlement de fonctionnement sera présenté lors du prochain CVS le 2 octobre prochain, il comportera une modification. Cf annexe écart n°2 PROJET Art 1.2.3	La direction de l'établissement confirme les constats des membres de la mission d'inspection. Cependant, la solution proposée ne permet pas de respecter le droit des visites des résidents. Écart maintenu
Ecart N°3	1 AN	Le projet d'établissement est caduc depuis le 1er janvier 2023 contrevenant ainsi aux obligations de l'article L311-8 du CASF.	La direction de l'établissement prévoit de piloter un groupe de travail pluridisciplinaire « Projet d'établissement » de décembre 2024 à mai 2025 avec pour objectif une présentation pour validation au Conseil d'administration de l'ADGESSA en juin 2025.	La direction de l'établissement confirme les constats des membres de la mission d'inspection. L'écart sera levé dès lors que l'établissement transmettra les documents attestant de l'effectivité des changements. Écart maintenu
Ecart N°4	6 MOIS	L'absence de plan d'action de soutien de la direction	Cf. documents joints Ecart n°4	Un document a été fourni sans titre, sans date et sans signature en réponse à cet écart.

		générale, malgré les difficultés qu'elle reconnaît, ne permet pas la prise en charge et l'accompagnement de qualité qui doivent être assurés au résident en application de l'article L.311-3 3° du CASF.		De plus, son contenu ne démontre pas une réelle implication de la direction générale pour résoudre les dysfonctionnements qu'elle signale aux autorités de tutelle. Écart maintenu
Ecart N°5	Immédiat	En ne disposant pas d'une copie du diplôme de chaque agent qualifié, l'établissement ne peut garantir les prestations réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées prévues à l'article L312-1-II du CASF, notamment lors du déjeuner.	Comme de nombreux établissements l'EHPAD NDDBE est confrontée à une pénurie de personnel aides-soignants diplômés Malgré les nombreuses annonces de postes d'AS à pourvoir publiées régulièrement, nous ne recevons pas de candidats diplômés. Nous faisons également appel à des agences d'intérim (■■■■■, etc) qui peinent également à nous proposer des intérimaires diplômés. Nous sommes ainsi contraints d'avoir recours à du personnel faisant fonction aide-soignant. Afin de remédier à cette difficulté nous avons la volonté de favoriser l'accès à une formation diplômante pour les salariés de l'établissement : • <u>Formation DEAS PRO A</u> : Nous avons obtenu en 2024 un financement à hauteur de ■■■■■. Une salariée est ainsi en cours de formation du 1er septembre 2024 au 1er juillet 2025. Trois salariés ont manifesté leur intérêt pour suivre une formation diplômante AS. De nouvelles démarches seront effectuées en 2025 auprès de l'OPCO sous réserve de la recevabilité du dossier des salariés par l'IFAS. Cf. Annexe : Ecart N° 5 convention de formation • <u>Dispositif de soutien VAE</u> 1 salarié FFAS suit actuellement une VAE avec une perspective de diplôme avant la fin de l'année 2024. 3 FFAS dont il manque des modules pour valider le diplôme d'aide-soignant sont encouragés à valider les modules manquants. Pour les aider dans leur démarche la direction de l'établissement propose aux salariés le dispositif suivant :	La direction de l'établissement confirme les constats des membres de la mission d'inspection. L'écart sera levé dès lors que l'établissement transmettra les documents attestant de l'effectivité des changements. Écart maintenu

			- Mise à disposition en dehors des horaires de travail d'un ordinateur au sein de l'établissement avec un accès internet permettant de compléter les livrets en ligne (Livrets 1 et 2) - Conseils prodiguer par [REDACTED] pour compléter le Livret 2 (5 séances d'une 1/2 heures) - Deux séances de préparation à l'oral par [REDACTED] Ce dispositif d'aide sera présenté lors du CSE du 19 septembre 2024. Par ailleurs il convient d'optimiser l'organisation du travail des aides-soignants diplômés au sein de l'établissement en modifiant les horaires de pauses afin de renforcer la présence du personnel diplômé au moment des repas. Un projet de modification des horaires de pause des aides-soignants est en cours d'élaboration et sera présenté en CSE avant la fin de l'année 2024.	
Ecart N°6	Immédiat	En ne disposant pas du bulletin du casier judiciaire national dans le dossier de tous les agents, l'établissement ne se met pas en mesure de satisfaire aux dispositions de l'article L133-6 du CASF et n'est pas en capacité de vérifier les aptitudes des personnels à exercer auprès de personnes vulnérables. L'accès à l'aile en travaux ne permet pas de garantir la sécurité des résidents (article L311-3 1° CASF)	La procédure interne de constitution du dossier administratif du salarié à l'embauche prévoit une checklist de documents à fournir par le futur salarié dont le bulletin N°3 du casier judiciaire qui est exigé préalablement à l'embauche. Ce document valable 3 mois ne peut être copié ou stocké conformément à la RGPD. La procédure d'embauche prévoit une attestation de remise et de vérification du Bulletin N°3 du casier judiciaire. Cf annexe écart n°6 Composition du dossier administratif du salarié	La direction de l'établissement rappelle à juste titre la durée de conservation des extraits de casier judiciaire. La procédure proposée par l'établissement est conforme à la réglementation. Écart levé
Ecart N°7	Immédiat		Les travaux dans couloir sont terminés. La circulation est fonctionnelle et a été ouverte. En revanche quelques menus travaux restent à réaliser dans certaines chambres, toutes les chambres sont fermées à clé.	La direction de l'établissement confirme les constats des membres de la mission d'inspection et a mis un terme au dysfonctionnement. Écart levé
Ecart N°8	Immédiat	Le défaut d'entretien des espaces extérieurs ne garantit pas la sécurité des	Chaque point relevé lors de la visite des espaces extérieurs a été traité. En pièce jointe un rapport photographique reprenant tous les défauts d'entretien retenus et corrigés. Cf doc joint écart n°8 : rapport photographique	La direction de l'établissement confirme les constats des membres de la mission d'inspection et a mis un terme au dysfonctionnement. Écart levé

		résidents (l'article L.311-3 3° du CASF).		
Ecart N°9	Immédiat	En ne disposant pas d'un dispositif appel-malade fonctionnel le système d'alerte ne permet pas d'assurer la sécurité de tous les résidents (art L311-3 du CASF).	Le système d'appel-malade a été vérifié en mai 2024 avec le fournisseur [REDACTED] il était fonctionnel. Lors de l'inspection du 20 juin 2024, lors d'un test appel malade, aucun soignant ne s'est présenté. L'aide-soignant du secteur a indiqué ne pas voir entendu de sonnerie sur son DECT. Aucun élément soit en faveur d'un dysfonctionnement du système soit en faveur d'une mauvaise utilisation du DECT par la soignante n'a pu être clairement identifié. Entre temps il a été constaté un certain nombre de DECT absents ou en mauvais état (malgré un réapprovisionnement en matériel neuf en novembre 2023). Dès lors un plan d'action a été mis en place : - Identification des DECT défectueux ou manquant et commande auprès du fournisseur [REDACTED] - Analyse de la programmation actuelle des sonneries appel malade (sur AS du secteur puis sur IDE si non réponse au bout de 10 min) puis demande de reprogrammation à [REDACTED] selon le schéma suivant : appel malade transmis à tous les AS de l'étage (au moins 2), puis transfert IDE au bout de 5 min en cas de non-réponse - Formation du personnel soignant (2 sessions) par [REDACTED] Après intervention de [REDACTED] sur la reprogrammation du système, diffusion d'une note de service au personnel soignant sur rappel des consignes en cas d'appel malade et des consignes du l'utilisation et le respect du matériel. Cf doc joint écart n°9 DEVIS [REDACTED] Recrutement du Dr [REDACTED] qui prendra ses fonctions à compter 1^{er} novembre 2024. La prestation de coordination médicale à distance [REDACTED] a pris fin le 30/08/2024. Dans l'attente de l'arrivée du [REDACTED] à 0.5 etp , le Dr	La direction de l'établissement confirme les constats des membres de la mission d'inspection. L'écart sera levé dès lors que l'établissement transmettra les documents attestant de l'effectivité des changements. Écart maintenu
Ecart N°10	Immédiat	Le temps consacré à la coordination médicale à l'EHPAD est insuffisant au vu du nombre de résidents accueillis (art D 312-156 du		La direction de l'établissement confirme les constats des membres de la mission d'inspection. L'écart sera levé dès lors que l'établissement transmettra les documents attestant de l'effectivité des changements.

		CASF : EHPAD de 60 à 99 places : temps de médecin coordonnateur de 0,50 ETP)	■ (Medco de l'établissement Aïrial de Biron, ADGESSA à 0.6 etp) assure une mission de coordination à distance (0.4 etp) et de réalisation de la coupe PATHOS jusqu'au 30 novembre 2024. Le Dr ■ est présent sur site 1 journée toutes les deux semaines.	Écart maintenu	
Ecart N°11	Immédiat	la clé du coffre des stupéfiants est laissée sur le dessus du coffre contrevenant à la logique des articles R 5126-109 et R5132-80 du CSP.	La clé du coffre des stupéfiants est dorénavant accessible dans une boîte à clés avec code, réservée uniquement aux infirmiers dans la salle de soins. Cf doc joint écart N°11 photo	La direction de l'établissement confirme les constats des membres de la mission d'inspection et a mis un terme au dysfonctionnement. Écart levé	
R1	Immédiat	En n'abordant pas ouvertement le sujet de la maltraitance au sein du conseil de la vie sociale, l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de l'ANESM qui préconise "que le sujet de la maltraitance soit évoqué périodiquement au sein du CVS...." (ANESM Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance - Décembre 2008) .	Le sujet de la maltraitance sera abordé lors du projet CVS le 2 octobre avec le point suivant porté à l'ordre du jour : - Présentation des actions de prévention de la maltraitance mises en place au sein de l'établissement. - A cette occasion une information sera donnée aux membres du CVS sur un événement indésirable survenu récemment au sein de l'établissement et des mesures prises pour y remédier. - Cf doc joint R1 convocation et ODJ CVS du 21/10/2024.	La direction de l'établissement confirme les constats des membres de la mission d'inspection. La remarque sera levée dès lors que l'établissement transmettra les documents attestant du lancement effectif de la démarche. Remarque maintenue	
R2	6 mois	L'absence de volet relatif à l'amélioration de la bientraitance et à la prévention de la	Le plan de formation transmis en juin comporte bien un volet prévention de la maltraitance. La formation au simulateur de vieillissement et accompagnement bientraitant est inscrit en priorité 1. Cf pièces jointes :	Le plan de formation contient bien un module de formation sur un simulateur de vieillissement qui permet de développer l'empathie des professionnels. Néanmoins, ce document ne permet pas d'attester	

R3	1 mois	maltraitance dans le plan de formation de l'établissement n'est pas conforme à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance. En ne précisant pas les actions menées par l'établissement en matière de prévention de la maltraitance, le livret d'accueil n'est pas conforme à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.	- R2 projet PDC 2024 - R2 Devis formation simulateur de vieillissement	d'une stratégie de formation dans ce domaine. La remarque sera levée dès lors que l'établissement transmettra les documents attestant du lancement effectif de la démarche. Remarque maintenue
			Le Livret d'accueil indique p18 au chapitre VIII les actions menées par l'établissement en matière de prévention de la maltraitance : « La stratégie de Prévention de la maltraitance : La prévention et la lutte contre la maltraitance mobilisent tous les professionnels et touchent à tous les aspects de la vie quotidienne du résident. Toute atteinte à l'intégrité physique et psychique d'un résident, qu'elle qu'en soit la nature et l'origine (organisation institutionnelle, résident ou personnel) constitue une situation de maltraitance. Aussi, la prévention, le repérage et le traitement de ces situations font l'objet d'une attention particulière, notamment au travers des actions suivantes : • Diffusion et affichage de la Charte des droits et libertés des personnes accueillies • Formation régulière des personnels • Face à toute situation préoccupante, rédaction systématique d'une fiche d'incident interne transmise à la direction • Déclaration des événements et dysfonctionnements aux autorités de contrôle et de tarification En outre, un guide interne de bonnes pratiques a été élaboré par l'ADGESSA. Il s'adresse aux résidents, familles et professionnels et permet d'apporter des réponses précises quant à la marche à suivre en cas de situation de maltraitance. Ce guide est à la disposition du personnel en salle du personnel et peut être remis sur demande aux résidents et/ou familles » Par ailleurs le numéro national d'écoute 39 77, dédié	Le livret d'accueil doit être plus explicite sur les actions menées par l'établissement dans ce domaine. Remarque maintenue

			aux personnes victimes de maltraitance est clairement affiché au sein de l'établissement. Pour autant la démarche de l'établissement en matière de prévention de la maltraitance et le dispositif interne à disposition des résidents en cas de survenance d'un événement indésirable relatif à de la maltraitance nécessitent d'être précisés. Dans ce cadre la direction de l'établissement prévoit création d'un groupe de travail interne « bientraitance » avec pour missions : - Mise à jour du livret d'accueil - Création d'un FALC à destination des résidents victimes de maltraitance - Définitions des actions prioritaires de formation obligatoires en matière de prévention de la maltraitance - Création d'une charte interne bientraitance - Diffusion d'une charte d'incitation à la déclaration d'événements indésirables En parallèle au niveau associatif un groupe de travail piloté par la directrice qualité gestion des risques de l'ADGESSA prévoit la réalisation d'audits à l'aide des outils de l'HAS sur la prévention de lutte contre la maltraitance et regards croisés sur la bientraitance. Les résultats travail seront intégrés dans l'actualisation du guide associatif sur la prévention de la maltraitance. Ce guide constituera un appui à la démarche initiée par l'établissement.	
R4	6 mois	En ne mettant pas en place de réunions institutionnelles telles qu'un dispositif d'analyse de pratiques, de soutien professionnel du personnel, l'établissement n'est pas conforme aux RBPP qui préconisent « qu'un dispositif d'analyse des pratiques vienne	Un dispositif d'analyse des pratiques managériales est en place depuis le début de l'année 2024 avec l'intervention d'un psychosociologue qui intervient mensuellement auprès de l'équipe de direction et du pôle administratif. Cf. pièces jointes : - R4 Convention analyse pratiques managériales - R4 bis Emargement analyse pratiques	La remarque ne portait pas uniquement sur les besoins pour l'encadrement. Remarque maintenue

		compléter les autres moments de communication interne et de transmission d'informations » (RBPP « missions du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » – décembre 2008).	managériales	
R5	Immédiat	Les pièces aveugles ne doivent pas être accessibles au résident sans accompagnateur.	Toutes les pièces aveugles de l'établissement ont été fermées par un dispositif à clés ou à code.	La réponse de l'établissement est conforme aux attendus. Remarque levée
R6	Immédiat	Les PAP doivent être signés par le résident ou le représentant légal.	La procédure d'élaboration du PAP a été modifiée. Elle précise les modalités de signature par le résident ou son représentant légal. Cf doc joint : R6 : SO-PR-24.	La réponse de l'établissement est conforme aux attendus. Remarque levée
R7	Immédiat	Aucune réunion pluridisciplinaire dédiée aux plans de soins, telle qu'une réunion hebdomadaire, n'est actuellement organisée pour discuter et ajuster ces plans.	Les plans de soin sont discutés et réajustés quotidiennement lors des transmissions. En cas de changement important de l'état de santé du résident, le plan de soin est réévalué, modifié et validé en équipe pluridisciplinaire du mardi de 16h30 à 17h15. La procédure plan de soin a été revue afin de formaliser les réévaluations et les mises à jour réalisées en équipe pluridisciplinaire Cf doc joint R7 SO-PR-02.	La réponse de l'établissement est conforme aux attendus. Remarque levée
R8	Immédiat	Lors de l'admission d'un nouveau patient ou après un retour d'hospitalisation, l'ordonnance papier est placée temporairement sur le chariot de distribution de médicaments jusqu'à ce qu'un médecin la saisisse dans le logiciel. Cela présente un risque de perte de l'ordonnance.	Il existe souvent un délai entre la réception d'une ordonnance sous format papier au retour de consultations chez des médecins spécialistes et la retranscription des traitements prescrits dans le logiciel [REDACTED] par les médecins traitants. Dans ce cas un mode dégradé est mis en place : nouveau portefeuille sur les chariots de distribution des médicaments permettant de rassembler les ordonnances en attendant leur saisie par les médecins traitants sur [REDACTED]. La présence sur site à 0.5 etp du médecin coordinateur	La réponse de l'établissement est conforme aux attendus. Remarque levée

R9	Immédiat	Les piluliers, préparés par la pharmacie d'officine « escargot », sont stockés dans des casiers nominatifs, chacun accompagné d'une photo, sauf pour trois nouveaux résidents.	à partir du 1er novembre permettra de réduire la survenance de ce mode dégradé. L'absence de photo dans [REDACTED] pour trois nouveaux résidents constatés lors de l'inspection a été rectifiée.	La réponse de l'établissement est conforme aux attendus. Remarque levée
----	----------	--	---	---