

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes

La directrice générale

Le Département du Puy-de-Dôme

Présidente
SAS COLISEE FRANCE

7 ALL. HAUSSMANN
CS50037
33070 BORDEAUX

Réf. : 248531 - PMIEC

LYON, le **20 JUL. 2023**

Objet : LRAR - Notification de décision définitive suite à inspection par les services de l'Agence Régionale de Santé et du Conseil Départemental du Puy-de-Dôme

PJ : 1
- Mesures correctives définitives

Madame la Présidente,

Une inspection diligentée à notre initiative, au titre des articles L.313-13 et suivants du Code de l'action sociale et des familles et L.6116-1 du Code de la santé publique, s'est déroulée à l'EHPAD « Les Candélie » à CHATEL-GUYON (63) les 14 et 15 juin 2022 au titre du contrôle de fonctionnement des établissements et services médico-sociaux.

Sans attendre la rédaction du rapport d'inspection, un courrier d'alerte vous a été transmis le 5 juillet 2022 suite au constat de plusieurs manquements dans le traitement des événements indésirables graves (EIG) au sein de la structure, et en particulier s'agissant d'une suspicion de maltraitance par un agent de nuit. Cette situation a par ailleurs donné lieu à un signalement du directeur général de l'ARS auprès du Procureur de la République au titre de l'article 40 du code de procédure pénale.

Ce courrier d'alerte a fait l'objet d'un courrier de la directrice de l'EHPAD reçu le 23 août 2022, apportant des éléments d'explication sur le traitement de ce dossier.

Sur la base du rapport établi par la mission, nous vous avons fait parvenir par courrier du 5 avril 2023 les mesures correctives que nous envisagions de prononcer afin de remédier aux non conformités et dysfonctionnements constatés.

Vous nous avez transmis votre réponse en retour, par courrier signé de la directrice de l'EHPAD en date du 3 mai 2023.

Nous prenons acte des engagements formulés dans le cadre de la procédure contradictoire, qui montrent une réelle volonté de poursuivre l'évolution positive en cours. Celle-ci devra néanmoins être précisée par les éléments justificatifs attendus à l'appui de cette démarche.



Au terme de la procédure contradictoire et après examen approfondi de votre réponse, nous avons l'honneur de vous notifier nos décisions définitives, dont vous trouverez le détail dans le tableau figurant en annexe.

Vous veillerez à mettre en œuvre l'ensemble des mesures correctives dans les délais prescrits qui courent à réception de la présente décision.

En outre, nous vous invitons vivement à présenter les conclusions de ce rapport ainsi que les mesures notifiées au prochain conseil de la vie sociale de l'établissement.

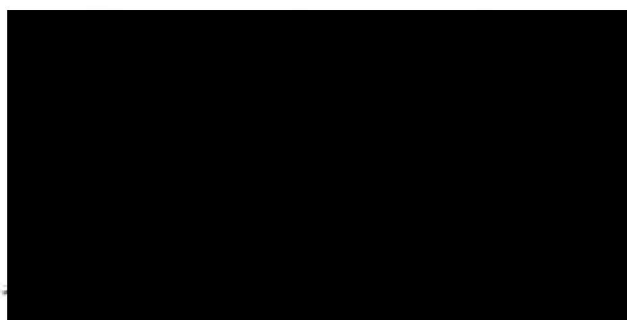
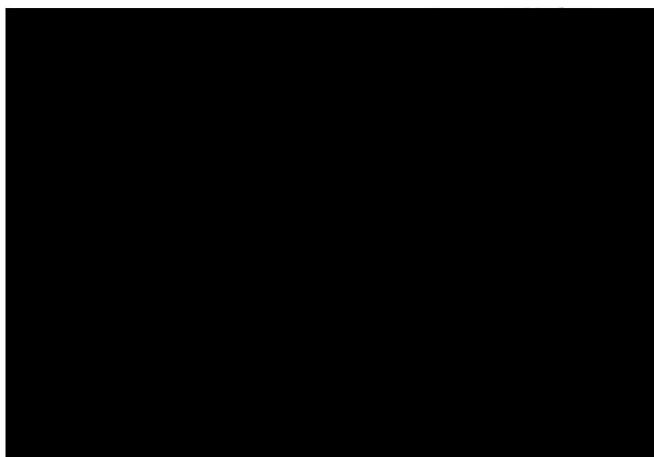
Le suivi de la mise en œuvre des mesures correctives sera effectué par la délégation départementale du Puy-de-Dôme, et les services du Conseil Départemental du Puy-de-Dôme.

Vous veillerez à leur transmettre l'ensemble des éléments probants nécessaires à l'issue des différents délais.

La présente décision est susceptible de recours devant le tribunal administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa réception. Cette saisine du tribunal administratif peut se faire par la voie de l'application « Télérecours citoyen » sur le site www.telerecours.fr.

Nous vous rappelons enfin que cette décision accompagnée du rapport d'inspection fait partie des documents administratifs communicables aux tiers au sens des articles L311-1 et L300-2 du code des relations entre le public et l'administration.

Nous vous prions d'agréer, Madame la Présidente, l'expression de notre considération distinguée.



Copie à Mme la directrice

ANNEXE : MESURES CORRECTIVES DEFINITIVES

Les mesures correctives définitives sont prononcées en référence aux écarts et remarques formulés par la mission dans son rapport et mentionnés dans les tableaux ci-dessous, et après analyse et prise en compte des réponses de la structure inspectée.

Nature des mesures correctives

Les **injonctions et prescriptions** se fondent sur des bases législatives ou réglementaires et sont prononcées suite au constat de non-conformité par rapport à un référentiel opposable (bases textuelles). Ces mesures s'imposent à la structure inspectée.

Les **injonctions** sont formulées en réponse aux situations de non-conformité les plus significatives ou aux situations de risque majeur.

Les **recommandations** visent à corriger des dysfonctionnements ou manquements ne pouvant être caractérisés par la non-conformité à une référence juridique : dysfonctionnement source de risque(s) et / ou manquement à référentiel de bonnes pratiques non opposable par exemple.

Maintien / levée des mesures correctives

Les mesures correctives envisagées lors de la phase contradictoire sont confirmées quand :

- Aucune réponse n'est apportée par la structure.
- La réponse n'est pas jugée satisfaisante par le commanditaire.
- La réponse constitue un engagement sur une action non vérifiable en l'état compte tenu des délais de mise en œuvre ou est une simple déclaration d'intention dépourvue d'éléments probants.
- Les engagements de la structure nécessitent une vérification sur place pour s'assurer de leur réalité (par exemple en matière de travaux).

N°	PRESCRIPTIONS	cf. écart(s) / remarque(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
	Nous vous demandons de : Mettre en place une politique Qualité et Gestion des Risques au sein de la structure, incluant les aspects suivants : - Structurer et formaliser la démarche Qualité par un plan d'actions priorisé, actualisé et assurer un suivi régulier de sa mise en œuvre. Cette démarche doit être alimentée par les mesures demandées suite à inspection, les audits internes, les évaluations externes, les objectifs CPOM, les suites à donner aux événements indésirables et réclamations, le projet d'établissement... - Aborder périodiquement dans le cadre d'une instance spécifique ou lors des CODIR les différents aspects de la démarche QGDR - Signaler les EI aux autorités administratives conformément à l'article R.331-8 du CASF et à l'arrêté du 28 décembre 2016, en vous référant aux circuits de signalement identifiés sur le site de l'ARS - Actualiser la procédure de gestion des événements indésirables sur la réglementation et les modalités de signalement - Sensibiliser et encourager les professionnels à la déclaration des EI, en facilitant les modalités de recueil - Assurer le recueil, l'analyse, le traitement et le suivi des EI et des réclamations afin d'apporter une réponse adaptée et éviter leur réitération	E majeur 1, R majeure 1 - E4 et R1, R5, R6, R7, R9, R10, R11, R12	Immédiat	Réponse apportée : Audits interne : - Circuit du médicament le 07/12/2022: 98 % de conformité, - Grille audit qualité interne EHPAD le 13/12/2022: 86 % de conformité. - La démarche qualité est abordée depuis janvier 2023 lors de chaque CODIR et portée par l'ensemble des membres de celui-ci, en collaboration et participation avec les équipes et familles de résidents, notamment lors des réunions plénières (2 fois mois) et CVS. Des partenaires externes nous permettent également de performer dans la démarche : équipe mobile d'hygiène, analyse de pratique professionnels réalisé par [REDACTED] (en cours) ou autres conventions de partenariat. Les plans d'actions et objectifs importants concernant la démarche qualité font l'objet d'un enregistrement dans l'outil [REDACTED] Les événements indésirables, et réclamations font aujourd'hui également l'objet d'une analyse et d'une centralisation informatique. Une sensibilisation concernant le sujet sera réalisée le 03 et 09 mai 2023 à 15H15 pour les équipes avec clarification de la procédure. Mise en place d'une charte d'incitation à la déclaration des EI dans l'établissement, suppression du volet Cerfa pour faciliter la déclaration ceux-ci. Conclusion : Il est pris acte des améliorations apportées : réalisation d'audits internes, démarche qualité partagée au sein de l'établissement et suivie, formalisation des plans d'actions dans l'outil [REDACTED] enregistrement centralisé et analyse des événements indésirables et des réclamations, sensibilisation des personnels à la démarche de signalement, clarification de la procédure et formalisation d'une charte d'incitation à la déclaration des EI.

				Les documents justificatifs n'ont cependant pas été transmis à l'appui de la réponse (plan d'actions, procédure de gestion des événements indésirables, charte d'incitation à la déclaration des EI). Ces informations devront être apportées aux autorités de contrôle. Par ailleurs, cette démarche est à mener de manière constante. La prescription est maintenue.
2	Renforcer la prévention et la lutte contre la maltraitance, et en particulier : - Vérifier avant toute embauche la capacité d'exercice du salarié auprès de personnes vulnérables dans les conditions de l'article L. 133-6 du CASF, et tracer cette vérification dans le dossier de l'agent - Sensibiliser l'ensemble des professionnels aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles sur la prévention et le traitement de la maltraitance, et veiller à leur mise en œuvre (HAS/ANESM «Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance», «La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre»)	E majeur 2, R majeur 2	Immédiat	Réponse apportée : Nous sommes à jour sur l'ensemble des casiers judiciaires de nos employés. Aucune embauche n'est tenue comme possible sans le présent à ce jour. Le casier judiciaire fait partie de la check-list des documents impératifs à fournir pour la réalisation d'un contrat. Groupe de parole autour de la bientraitance auprès des résidents 2 à 3x/an; Groupe de parole autour de la bientraitance auprès des équipes 2 à 3x/an; Questionnaire d'autoévaluation de la bientraitance distribué aux équipes. Encouragement à l'esprit d'équipe notamment sur les prises en charges les plus difficiles, échange pluridisciplinaire, possibilité de dénoncer les actes de maltraitances (EI - EIG). Protocole concernant le sujet transmis lors de l'inspection. Conclusion : Il est pris acte de l'engagement de l'établissement sur la vérification des casiers judiciaires des employés avant toute embauche. La mission avait pris connaissance lors de l'inspection des comptes rendus des groupes de parole auprès des résidents. Cela n'avait pu être constaté s'agissant des groupes de parole auprès des équipes. L'engagement de l'établissement sur ce point n'est pas étayé par des documents justificatifs (calendrier de réunions des groupes de parole du personnel, comptes rendus des réunions déjà réalisées, nombre de participants). Il en est de même du questionnaire d'autoévaluation (derniers retours, nombre de répondants...). Ces informations devront être apportées aux autorités de contrôle. Par ailleurs, cette démarche est à mener de manière constante. La prescription est maintenue.

3	S'agissant des ressources humaines : - Veiller à assurer la prise en charge des soins et de la dépendance par du personnel qualifié, en application des articles L. 311-3 3° et L. 312-1 II du CASF. - Poursuivre la démarche engagée de stabilisation des équipes et de réduction de l'absentéisme	E5, R13, R14	Sur la durée	Réponse apportée : Chaque membre de notre personnel non diplômé est inscrit dans un parcours d'accompagnement et de formation lui permettant d'accéder à celui-ci (Parcours e-clor, VAE ou apprentissage) et a une connaissance en adéquation avec la qualité d'accompagnement souhaitée. Maintien de la démarche engagée, poursuite des efforts pour réduire le taux d'accident du travail notamment lié aux TMS (Carsat). Notre nouveau logiciel de soin nous permettra notamment d'évaluer la charge de la prise en soin pour nos professionnels. Conclusion : Il est pris acte de cette démarche de professionnalisation menée en interne et de l'engagement de l'établissement à poursuivre l'objectif de stabilisation des équipes. Cette démarche s'inscrivant sur la durée, la prescription est maintenue. Sa mise en œuvre devra se concrétiser à l'examen des indicateurs de performance annuels.
4	Formaliser et actualiser pour chaque résident un projet d'accompagnement personnalisé conformément à l'article D. 312-155-0 du CASF. S'assurer que les professionnels aient une bonne connaissance des habitudes de vie et des besoins des résidents	E8, R18	4 mois	Réponse apportée : Projet d'accompagnement : 88 %, Objectif 100% pour le 31/08/2023 avec actualisation tous les 6 mois, plus si nécessaire en collaboration avec les équipes, le résident, et sa famille. Nous avons fait évoluer notre projet d'accompagnement depuis 2023 en questionnant le fondement de celui-ci. Ce travail nous a notamment permis de renforcer notre engagement pour le "mieux vieillir", accentuant la donnée sociale et le bien-être du résident au sein de celui-ci. Les soignants sont à l'origine de la construction des PAP, en collaboration avec la psychologue de l'établissement. Nomination de soignants référents des patients permettant de renforcer la sûreté de connaissances des habitudes de vie et des besoins du résident au sein des équipes. Un classeur contenant tous les PAP est mis à disposition des équipes permettant l'implication de tous, un rappel régulier lors des transmissions est effectué par la cadre infirmière concernant la donnée.

				Conclusion : La réponse apportée montre l'engagement de l'établissement dans cette démarche. Néanmoins, dans l'attente de sa réalisation complète, la prescription est maintenue.
5	Respecter s'agissant du jeûne nocturne les recommandations de la HAS sur la prévention de la dénutrition de la personne âgée	E9		Réponse apportée : Mise en place d'un tour de collation systématique en début de nuit (20h30- 21h30) permettant de réduire le jeûne nocturne, traçabilité de celui-ci en cours. Conclusion : Sous réserve de sa mise en place effective et de sa complète traçabilité, la prescription est levée.
6	Veiller à ce que le Conseil de la vie sociale soit informé ou consulté comme le prévoit la réglementation (ex : délégation accordée à la direction - D. 312-176-5 du CASF, règlement de fonctionnement - article R. 311-7 du CASF). Etre vigilant sur la nouvelle réglementation issue du décret du 25 avril 2022.	E2, E3	Immédiat	Réponse apportée : Réunion CVS 3/4 fois par an, avec présence d'un compte rendu automatique depuis janvier 2022 mis en ligne sur le site de la résidence pour favoriser la transparence des actions. Information le 04/04/2023 faite au CVS par la direction, des nouvelles réglementations en vigueur depuis le 01/01/2023. Signature du règlement intérieur du CVS en cours. Conclusion : Il est pris acte des améliorations apportées. Il est cependant noté que, malgré les constats de la mission, le compte rendu de séance du CVS l'informant de la délégation accordée à la direction n'a pas été communiqué pour information. Ce document, comme la nouvelle composition et le règlement intérieur de cette instance seront à transmettre aux autorités. Dans l'attente, la prescription est maintenue.
7	Actualiser le projet d'établissement conformément aux articles L. 311-8 et D. 311-38 du CASF, incluant notamment un projet spécifique pour les personnes atteintes de détérioration intellectuelle	E1, E10	6 mois	Réponse apportée : Le projet d'établissement est en cours de construction et devrait être effectif au 30 mai 2023. Application du projet d'établissement actualisé prévu à partir du 30 mai 2023. La partie incluant le projet spécifique pour les personnes ayant des troubles cognitifs fera bien partie de notre démarche sur les 5 ans à venir. Conclusion : Dans l'attente de la communication de ce document, validé et ayant fait l'objet d'une consultation du CVS, la prescription est maintenue.

8	Mettre en conformité le temps d'exercice du médecin coordonnateur avec la réglementation, lui permettant de réaliser ses missions (article D. 312-156 et D. 312-158 du CASF). Rendre compte auprès de l'ARS des démarches engagées pour cela et des difficultés éventuellement rencontrées	E6	3 mois	Réponse apportée : Donnée évoquée avec notre médecin coordonnateur, elle n'est pas opposée à augmenter son temps de présence à la résidence mais actuellement en difficulté pour faire coïncider ce temps d'exercice réglementaire avec son activité libérale occupée à 50%. Nous reviendrons sur le sujet à moyen terme pour une mise en conformité. Conclusion : Il est pris acte de l'intention de cette mise en conformité à la réglementation. Dans l'attente de sa réalisation la prescription est maintenue.
9	Informier les autorités de contrôle de tout changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement de l'établissement ou d'un service, conformément à l'article L. 313-1 du CASF, notamment sur le projet architectural envisagé.	E7	Sur la durée	Réponse apportée : Lors de l'inspection nous étudions la possibilité de réaliser un agrandissement architectural, la faisabilité n'était que superficielle, le projet n'est plus d'actualité. Conclusion : L'information sur l'abandon du projet architectural est notée. La prescription s'inscrivant sur la durée, et sur tout changement important conformément à la réglementation, est maintenue.

N°	RECOMMANDATIONS	cf. remarque(s)	DELAI	ANALYSE DE LA REPONSE DE LA STRUCTURE ET CONCLUSION
	Nous vous recommandons de :			
1	Garantir une réponse rapide aux appels malades par du matériel fonctionnel et l'implication de tous les professionnels auprès du résident	Remarque majeure 3	Immédiat	Réponse apportée : Rénovation du système appel malade avec installation d'un BIP par étage soit huit BIP au total le 22/08/2022 en plus de l'affichage déjà présent dans les couloirs de la résidence. Conclusion : Il est pris acte de l'amélioration apportée avec l'acquisition d'un bip par étage. Cependant, il n'est pas apporté de réponse sur la vérification du bon fonctionnement de tous les appels malades, comme de la sensibilisation de l'ensemble du personnel sur le sujet. L'établissement devra s'appuyer sur le système d'enregistrement des appels pour vérifier les délais de réponse adaptés aux demandes des résidents. La recommandation est maintenue.
2	Sécuriser l'accès à l'infirmerie	R22	Immédiat	Réponse apportée : Accès à l'infirmerie (médicaments) sécurisé par deux verrous, le rappel de l'importance de fermer les deux verrous a été effectué. Conclusion : La sensibilisation des équipes sur ce point est notée. Dans l'attente de la communication du justificatif concernant la sécurisation de l'accès à l'infirmerie (photo), la recommandation est maintenue.

3	S'agissant de la gouvernance : - Stabiliser la direction de l'EHPAD - Formaliser une feuille de route / des objectifs prioritaires pour la direction et suivre régulièrement leur mise en œuvre - Organiser et formaliser les modalités de recours à l'astreinte administrative afin qu'elle repose sur des professionnels en responsabilité et qualifiés. Assurer une formation à ce dispositif reposant sur des consignes claires	R2, R3, R4	Sur la durée 1 mois 1 mois	Réponse apportée : La direction de l'établissement est stable depuis fin 2021, son rôle est de veiller à la qualité de vie et de prise en soin des résidents ainsi qu'à la qualité de vie au travail des salariés tout en assurant la gestion administrative, financière et logistique inhérente à la fonction du poste de directeur. L'astreinte administrative repose sur des personnels cadres qualifiés (DE, adjointe, IDEC) et n'a jamais reposé sur le chef cuisinier lui-même statut cadre. Les documents d'astreinte et du recours à celle-ci sont actualisés et présentés à nouveau aux équipes. Conclusion : La stabilisation de direction en place s'inscrit dans une démarche positive et l'implication de celle-ci dans la mise en œuvre des actions d'amélioration est bien prise en compte. Il est cependant noté que le gestionnaire n'a pas répondu s'agissant de la formalisation d'objectifs prioritaires à mener (par ailleurs prévus dans le contrat de travail de la directrice), base d'une évaluation régulière de leur mise en œuvre. La mission avait pris connaissance d'une « Procédure d'astreinte administrative » datant de juin 2022 (V1) et constaté que sa formulation n'apparaissait pas opérationnelle, ni cohérente avec le document destiné aux équipes de juillet 2021. Si la réponse apportée indique que les documents d'astreinte et du recours à celle-ci ont été actualisés, ils n'ont pas été communiqués à l'appui de la réponse. Dans l'attente de la communication des documents attendus, la recommandation est maintenue.
4	Renforcer la coordination des soins et l'harmonisation des pratiques entre les deux bâtiments. Prévoir une formation spécifique de l'IDEC à l'encadrement des soins.	R20, R21	6 mois	Réponse apportée : Roulement des soignants sur les étages mis en place afin de permettre une meilleure harmonisation des pratiques, protocole de soins et encadrement identiques sur les deux bâtiments. La différence architecturale notable des bâtiments ne permet pas toujours d'homogénéiser les pratiques mais les mêmes sensibilisations sont appliquées aux deux bâtiments. Conclusion : Il est pris acte de la démarche mise en place pour contribuer à l'harmonisation des pratiques entre les deux bâtiments. En l'absence de réponse sur la formation spécifique de l'IDEC à l'encadrement des soins, la recommandation est maintenue sur ce point.

5	Améliorer la prise en charge des risques pour la santé des résidents, notamment : - La vigilance des professionnels sur le risque suicidaire - L'évaluation et le suivi de la douleur - La réponse à l'urgence, organisée et formalisée en lien avec le Centre Hospitalier (Cf. instruction du 29 décembre 2017) - Actualiser les conventions de partenariat anciennes	R24, R25, R26	3 mois	Réponse apportée : Sensibilisation sur le risque suicidaire effectué par la psychologue des Candélie's auprès des équipes le 09/03/2023, 16/03/2023, et le (25/04/2023). Evaluation du risque suicidaire par la psychologue dans le mois suivant l'entrée du résident (GDS 15 + interrogations sur les envies suicidaires et scénarisation). Cette évaluation peut être faite en urgence à la demande des équipes qui observent un moral abaissé. Lorsqu'un risque suicidaire est décelé, l'information est transmise aux infirmiers et aux équipes (via mail, Titan/Netsoins, et à l'oral). La cadre de service hôtelier, à la demande de la psychologue, ajoute un point à la fin du nom du résident sur l'étiquette de sa porte de chambre (un repère visuel discret qui permet aux soignants de savoir qu'il y a un risque suicidaire sans susciter la curiosité des familles ou des résidents), la signification de ce point sur les portes est rappelée régulièrement en transmissions aux équipes. De plus une liste des résidents suicidaires est maintenue à jour par la psychologue. La douleur est évaluée systématiquement à l'entrée du résident (avec différentes échelles selon les capacités cognitives et langagière du résident), elle est réévaluée dans le mois suivant l'entrée du résident lors d'une évaluation gériatrique pluridisciplinaire, et régulièrement par la suite selon la manifestation du résident. Convention gérontologique en cours avec le centre hospitalier de RIOM notamment concernant l'accueil d'urgence, rdv le 27 juin avec le Ch RIOM. Conclusion : Il est pris acte des améliorations apportées et des engagements de l'établissement sur la prise en compte du risque suicidaire, l'évaluation et le suivi de la douleur. Cette démarche devra être poursuivie. La recommandation est maintenue s'agissant de la formalisation / actualisation des conventions de partenariat, en particulier celle à signer avec un établissement de santé dans le cadre de la réponse à l'urgence.
6	Compléter l'équipement de l'établissement, notamment par la mise à disposition de chariots de soins adaptés	R17	3 mois	Réponse apportée : Validation des devis, le délai imparti sera respecté. Conclusion : Dans l'attente de sa réalisation annoncée, la recommandation est maintenue.

7	Programmer la formation des professionnels à l'utilisation du logiciel de soins	R23	Immédiat	Réponse apportée : Changement du logiciel de soin en 2023, passage de [REDACTED] La bascule est prévue pour le 02 mai 2023: outil plus intuitif. Formation de l'ensemble des professionnels suite à la bascule effectuée le : 25 et 27 avril 2023. Conclusion : Afin de lever cette recommandation, l'établissement devra transmettre les éléments justificatifs sur les formations réalisées en avril 2023 (attestation précisant le nom et la qualification des agents formés).
8	Compléter et actualiser le Plan bleu pour en faire un document opérationnel et connu des équipes (Cf. Instruction du 28 novembre 2022 – Guide d'élaboration du Plan bleu)	R8	2 mois	Réponse apportée : Plan bleu datant du 03 mai 2022, actualisation en cours, les remarques seront prises en comptes (Annexe darde et DARI, procédure signalement EIG, mise à jour des coordonnées urgence ARS, DR) Conclusion : Dans l'attente de sa réalisation, la recommandation est maintenue.
9	Veiller au bien-être des résidents en ce qui concerne les températures intérieures (ex : réglage de la climatisation et positionnement par rapport à l'installation)	R16		Réponse apportée : Installation en 2021 de la climatisation dans l'ensemble des communs de la résidence, prévention effectuée sur le fait qu'il ne doit pas y avoir trop d'écart entre l'intérieur et l'extérieur, vigilance de notre agent de maintenance. Conclusion : Il est pris acte de cet engagement. Sous réserve d'une vigilance constante de l'agent de maintenance et des équipes, la recommandation est levée.

10	Etre vigilant sur la qualité et la variété des menus, en tenant compte de l'avis des résidents et en privilégiant leur satisfaction dans les objectifs à atteindre, plutôt que celui du respect d'un coût journalier plafond.	R19	Sur la durée	Réponse apportée : Commission de restauration présente 3 fois par an pour recueillir les souhaits des résidents, atelier cuisine selon les envies avec l'animatrice en collaboration avec le chef de cuisine, repas à thème une fois par mois avec invitation des familles permettant la convivialité et le choix du menu en corrélation avec les goûts des résidents, mise en place du double choix depuis janvier 2023 sur le repas du midi. Des ateliers de vie au sein de la résidence permettent aussi de faire remonter les axes d'améliorations des résidents à la direction, une réponse est apportée à chaque demande. Les retours sont positifs. Des enquêtes de satisfactions via [REDACTED] permettent également d'appréhender le sujet de la qualité des repas par les résidents et les familles. Conclusion : Il est pris acte des améliorations apportées et de l'engagement de l'établissement dans cette démarche. Cette recommandation est à poursuivre sur la durée.
11	Identifier précisément la localisation des chambres doubles dans l'établissement et communiquer l'information aux autorités administratives	R15		Réponse apportée : BAT A : 001-004-103-109-203-209-303-309 BAT B: 101-102-201-202-301-302 Conclusion : L'information demandée ayant été communiquée, la recommandation est levée.

