



Rapport d'inspection relative à la gestion des risques en santé environnementale : Amiante – légionelles – DASRI – radon

EHPAD ERA CASO – Montauban-de-Luchon (31)

Date de l'inspection : 8 février 2023

Inspecteurs :

- [REDACTED], ingénieur du génie sanitaire
- [REDACTED], technicien sanitaire et de sécurité sanitaire
- [REDACTED], technicienne sanitaire et de sécurité sanitaire



AVERTISSEMENT

1. Les constats sont arrêtés à la date de signature du rapport, sur la base des éléments connus par la mission à cette date. Seules les erreurs factuelles pourront être rectifiées dans le rapport lui-même à l'issue de la procédure contradictoire.

2. Un rapport d'inspection est un document présentant un caractère administratif au sens de l'article L.300-2 du code des relations entre le public et l'administration (CRPA). Il fait donc partie des documents administratifs communicables sous les conditions posées par le texte précité. Les dispositions de ce dernier texte lui sont ainsi applicables selon des modalités précisées ci-dessous

Si, en application de l'article L.311 du CRPA les administrations "*sont tenues de communiquer les documents administratifs qu'elles détiennent aux personnes qui en font la demande*", ce « droit à communication » contient cependant des restrictions et notamment :

1/ Les restrictions tenant à la nature du document

➤ Le droit à communication ne s'applique qu'à des documents achevés (art. L.311-2 du CRPA) :

✓ Le rapport d'inspection n'est communicable aux tiers qu'une fois la procédure contradictoire achevée et les décisions notifiées ;

✓ En tout état de cause, les personnes morales et physiques dépositaires de ces documents (autorités administratives, dirigeants et gestionnaires d'organismes, d'associations ou d'établissements) restent soumises aux obligations de discrétion ou de secret qui leur sont propres. Elles devront répondre d'une utilisation et d'une conservation des documents communiqués conformes à leur nature. Il leur appartiendra tout particulièrement de prévenir l'éventuelle divulgation des données de caractère personnel et nominatif pouvant figurer dans les rapports et soumises à protection particulière

➤ Le droit à communication ne concerne pas les documents préparatoires à une décision administrative tant qu'elle est en cours d'élaboration (art. L.311-2 du CRPA). Cette restriction est susceptible de s'opposer à la communication de rapports liés à une procédure administrative qui n'aurait pas encore abouti à une décision.

2/ Les restrictions concernant la qualité des bénéficiaires du droit à communication

L'article L311-6 du CRPA dispose que « *ne sont communicables qu'à l'intéressé [et non à des tiers] les documents administratifs :*

- *dont la communication porterait atteinte au secret de la vie privée et des dossiers personnels, au secret médical et au secret en matière commerciale et industrielle*
- *portant une appréciation ou un jugement de valeur sur une personne physique, nommément désignée ou facilement identifiable*
- *faisant apparaître le comportement d'une personne, dès lors que la divulgation de ce comportement pourrait lui porter préjudice ».*

Il appartient à l'autorité administrative commanditaire de l'inspection et à laquelle le rapport d'inspection est destiné d'apprécier au cas par cas si certaines des informations contenues dans le rapport relèvent de l'une des catégories ci-dessus.

Toutefois, lorsqu'un document comporte certains passages non communicables aux tiers notamment parce qu'il contient de telles informations, l'autorité administrative n'est pas pour autant dispensée de communiquer les passages communicables dès lors que ces différentes parties sont dissociables et que cette dissociation ne dénature pas le sens du document.

TABLE DES MATIERES

A. INTRODUCTION	6
1. Objet de la mission	6
2. Modalités de l'inspection	6
3. Points contrôlés.....	7
B. CARACTERISTIQUES DE L'ETABLISSEMENT	8
1. Identification et nature de l'établissement	8
2. Bâtiments concernés par l'inspection	8
B. LEGIONELLES	9
1. Caractéristiques des installations	9
1.1 Raccordement de l'alimentation en eau froide de l'établissement.....	9
1.2 Description des installations de production d'ECS.....	9
1.1.2 Production d'eau chaude sanitaire (ECS).....	9
1.2.2 Mode de production d'ECS par sous-station	9
1.3 Caractéristiques complémentaires des réseaux d'ECS.....	10
1.4 Dispositions techniques pour la mise en œuvre de la protection des réseaux d'eau contre les retours d'eau	11
2. Maintenance et entretien des installations d'ECS.....	12
3. Lutte contre la stagnation de l'eau	14
4. Surveillance de la température	14
4.1 Surveillance de la température de l'eau - Modalités	14
4.2 Surveillance de la température de l'eau - Résultats.....	16

5. Surveillance des légionelles.....	17
5.1 Stratégie de surveillance des légionelles.....	17
5.2 Résultats de la surveillance et mesures correctives nécessaires au rétablissement de la qualité de l'eau et à la protection des usagers.....	19
6. Fichier technique et sanitaire (carnet sanitaire)	20
7. Gestion du risque lié aux légionelles et prise en charge des cas de légionellose.....	21
7.1 Prise en charge des cas de légionellose.....	21
C. AMIANTE.....	22
1. Contenu du dossier technique amiante	22
D. DASRI.....	23
1. Filières d'élimination des DASRI	23
1.1 Collecte, transport et élimination.....	23
1.2 Convention	23
1.3 Documents de traçabilité – Bordereaux CERFA.....	24
1.4 Conclusion	25
2. Evaluation des pratiques (à partir des protocoles et de ce qui a été vu sur site)	26
2.1 Tri, conditionnement, collecte et entreposage des DASRI.....	26
2.1.1 Tri	26
2.2.1 Emballages et pratiques d'utilisation.....	27
2.3.1 Collecte interne.....	28
2.4.1 Entreposage centralisé – Aire extérieure.....	29
E. RADON.....	31
1. Réalisation de mesures radon	31
2. Rapport d'intervention	31

3. Résultats des mesures	32
4. Traçabilité et communication.....	32
F. CONCLUSION.....	34
G. SYNTHESE DES ECARTS ET DES REMARQUES	36
1. Ecart.....	36
2. Remarques.....	37
H. ANNEXES.....	40
1. Liste des personnes rencontrées	40
2. Documents et informations transmis et consultés au cours de l'inspection en complément du référentiel.....	40
3. Rapport photographique	41
4. Textes de référence	46
5. Glossaire	49

A. INTRODUCTION

1. Objet de la mission

Par lettre du 3 février 2023, le directeur de l'Agence régionale de santé (ARS) Occitanie a diligenté une inspection inopinée de l'EHPAD Era Caso, portant sur la gouvernance, l'organisation, le fonctionnement et la qualité, la sécurité de la prise en charge. La gestion des risques sanitaires liés au bâtiment ont été intégrés à cette inspection : légionelles, amiante, déchets d'activité de soins à risques infectieux (DASRI) et radon.

2. Modalités de l'inspection

Sur la base des articles L.1421-1, L.1421-3, L.1431-2, L.1435-7 et L.6116-1 du code de la santé publique, la réalisation de l'inspection sur les volets précités a été confiée aux agents suivants de l'ARS Occitanie :

- [REDACTED], ingénieur du génie sanitaire
- [REDACTED], technicien sanitaire et de sécurité sanitaire
- [REDACTED], technicienne sanitaire et de sécurité sanitaire

L'inspection de l'établissement, situé sur la commune de Montauban-de-Luchon, s'est déroulée en deux temps, le 8 février 2023 :

- un temps d'échange avec les personnes référentes de l'établissement (cadre de santé, responsable technique et infirmière) permettant de faire le point sur ce qui est fait dans l'établissement grâce aux grilles thématiques d'inspection et à l'examen d'un certain nombre de documents,
- une visite, dans l'établissement, du circuit des DASRI, de leur collecte sur le lieu de production jusqu'au local d'entreposage final avant élimination ainsi que des installations de production d'eau chaude sanitaire.

Le présent rapport a été rédigé à partir des informations des documents consultés et remis sur place, des déclarations recueillies au cours de la rencontre et des constats réalisés sur les installations visitées.

3. Points contrôlés

Les points suivants ont été contrôlés :

- la gestion du risque lié aux légionelles dans les installations d'eau (caractéristiques des installations, modalités de leur entretien et de leur surveillance, procédures et traçabilité mises en place et procédures de gestion des fortes teneurs en légionelles dans les installations),
- le respect des obligations réglementaires de constitution d'un dossier technique amiante (DTA) et, le cas échéant, de mesures correctives ou de surveillance périodique,
- la mise en place d'une gestion rigoureuse de l'élimination des déchets d'activités de soins à risque infectieux (DASRI), notamment par la réalisation d'un tri efficace,
- l'organisation d'une information et d'une formation de tous les acteurs de l'établissement producteur,
- la maîtrise de l'hygiène et de la sécurité pour l'ensemble des étapes de la filière (production, conditionnement, collecte, entreposage, enlèvement),
- la réalisation des mesures de radon par zone homogène de l'établissement par un opérateur agréé au niveau national.

Le présent rapport contient :

- des **écarts** : non-conformité constatée par rapport à une référence juridique, notés ► E1, E2, *etc.*
- des **remarques** : dysfonctionnement ou manquement ne pouvant être caractérisé au regard d'une référence juridique, mais de nature à engendrer un niveau de risque plus ou moins critique, notées ► R1, R2, *etc.*

B. CARACTERISTIQUES DE L'ETABLISSEMENT

1. Identification et nature de l'établissement

Nom de l'établissement : EHPAD ERA CASO

Adresse du site contrôlé : avenue du Bois Chantant - 31110 MONTAUBAN DE LUCHON

N° FINESS de l'établissement : 310785332

N° SIRET de l'établissement : 213 100 423 00119

Catégorie de l'établissement :

☒ Etablissement social/médico-social d'hébergement pour personnes âgées (EHPA)

Nombre de lits : 65

Gestionnaire de l'établissement : mairie de Bagnères-de-Luchon

2. Bâtiments concernés par l'inspection

Structure de l'établissement (pavillonnaire) : R+3 (3^{ème} étage en surface réduite)

Nombre de bâtiments : 2 – un bâtiment « principal » de 78x21 m relié à un bâtiment annexe (« extension ») de 31x16 m

	Nom	Date du permis de construire	Date de réhabilitation	Date des derniers travaux	Nombre de niveaux	Nature de l'activité
Bâtiment 1	Bâtiment principal	1981			R+3	Hébergement pour personnes âgées
Bâtiment 2	Extension	2001			R+3	Hébergement pour personnes âgées

Projets d'agrandissement de la structure : NON

B. LEGIONELLES

1. Caractéristiques des installations

1.1 Raccordement de l'alimentation en eau froide de l'établissement

Question	Réponse	Commentaires
Le réseau d'EF de l'établissement est-il raccordé à un puits/forage non autorisé ?	NON	
Le réseau d'EF est-il en plomb ?	NON	Acier galvanisé

1.2 Description des installations de production d'ECS

1.1.2 Production d'eau chaude sanitaire (ECS)

La production d'ECS est :

- ☐ Extérieure à l'établissement
☒ Centralisée au sein de l'établissement
☐ Répartie entre plusieurs sites de production dans l'établissement (nombre de sites :)

1.2.2 Mode de production d'ECS par sous-station

Type de production ECS	Sous-station 1
Production instantanée (stockage en aval < 400 litres) OUI ☐ NON ☒	☐ chauffe-eau ☒ échangeur à plaques ou tubulaire ☐ autre, préciser :
Production semi-instantanée (stockage en aval ≥ 400 litres) OUI ☒ NON ☐	nombre d'échangeurs : 1 nombre de ballons : 1 volume de stockage : 1020 L
Production par accumulation (ballons d'eau chaude) OUI ☐ NON ☐	Préciser la température de consigne de l'ECS en sortie production : 63,2 °C ☐ l'ECS fait l'objet d'un mitigeage : NON

1.3 Caractéristiques complémentaires des réseaux d'ECS

Question	Réponse	Commentaires
Le réseau d'ECS est-il en acier galvanisé ?	OUI	
► R1- L'acier galvanisé est un matériau qui se détériore dans le temps et dont la corrosion est accentuée par des températures élevées (> 60°C) et des chlorations à fortes doses ; les phénomènes de corrosion pouvant faciliter le développement des légionelles.		
Le réseau d'ECS dispose-t-il d'une partie en acier galvanisé après une partie en cuivre ?	OUI	
Le réseau d'ECS est-il bouclé ?	OUI	
Le réseau est-il équilibré ?	NON	La différence de température atteint, sur certaine période, près de 15 °C entre la sortie de production ECS et le retour de boucle (ex. en mars 2022 : 62,8 °C en sortie de production et 48,7 °C en retour de boucle)
Le réseau d'ECS est-il calorifugé ?	partiel	D'après le carnet sanitaire de [REDACTED] le bouclage n'est pas calorifugé
L'eau du réseau d'ECS fait-elle l'objet d'un traitement physique spécifique : - une filtration en amont de la distribution ? - une filtration aux points d'usage (solution transitoire) ? Préciser - une élévation régulière de la température? Si oui, préciser les modalités	NON NON NON	
L'eau du réseau d'ECS fait-elle l'objet d'un traitement chimique en continu : - un adoucissement ? - une injection de produit filmogène ? - un traitement chimique de désinfection ?	NON NON NON	
Le réseau d'ECS est-il équipé de manchettes témoins utilisées par l'établissement pour suivre son état de corrosion ? Si oui, préciser leur localisation.	NON	
L'établissement dispose-t-il d'installations à risque d'exposition aux légionelles ? Si oui, lesquelles ?	OUI	☒ Douches : nombre estimé : 70 ☒ Douches individuelles dans les chambres ou logements : 65 ☒ Douches collectives : 2 vestiaires avec douches

		☐ Douches à jets ☒ Douchettes (salons de coiffure, douchette de plonge etc.) : nombre estimé : ☐ Balnéothérapie / Bains à remous à usage individuel ☐ Oxygénothérapie ☐ Soins dentaires ☐ Bain à remous à usage collectif et recevant du public Présence de : Fontaine décorative ☐ à l'intérieur ☐ l'extérieur du bâtiment Brumisateur à usage collectif ☐ à l'intérieur ☐ à l'extérieur du bâtiment
--	--	--

1.4 Dispositions techniques pour la mise en œuvre de la protection des réseaux d'eau contre les retours d'eau

Question	Réponse	Compléments et/ou commentaires
Des ensembles de protection (clapets anti-retour d'eau, disconnecteurs) sont-ils installés sur : - Les points d'usages à risque d'interconnexion (ex : mitigeurs thermostatiques, douchettes de plonge, robinets à commande...) ? - Les piquages du réseau d'ECS sur le réseau d'EF (alimentation de la production d'ECS et retour de boucle) ? - Les piquages du réseau technique (arrosage, chauffage, incendie, ...) ou du réseau d'EF traitée (adoucisseur, filmogène ...) sur le réseau d'EF ? - Le (les) branchement(s) sur le réseau public de distribution d'eau potable ? Préciser les points concernés et les ensembles.	A préciser A préciser A préciser OUI	Pour l'arrivée générale d'EF et les interconnexions entre réseaux, d'après le carnet sanitaire établi par le laboratoire [REDACTED] le 31/05/22
<i>Ecarts/remarques : en attente des précisions demandées à l'issue de la phase contradictoire</i>		

2. Maintenance et entretien des installations d'ECS

Question	Réponse	Compléments et/ou commentaires	Eléments de preuve obtenus
Qui effectue la maintenance et/ou l'entretien des installations d'eau ? - les services techniques internes à l'établissement ? - une ou plusieurs sociétés sous-traitantes ?	NON OUI	La société ■■■■■, qui a refait intégralement la partie production ECS il y a 4 ans et réalise un entretien annuel. ■■■■■ a un contrat d'exploitation concernant la chaufferie, le chauffage, l'eau chaude sanitaire uniquement.	Courriel ■■■■■ + présence technicien ■■■■■ lors de l'inspection de l'EHPAD
Existe-t-il dans l'établissement des protocoles écrits de maintenance et d'entretien du réseau d'ECS (de la production jusqu'aux points d'usage) ?	NON	La société ■■■■■ a une visibilité en continue des mesures de températures en production ECS. En revanche, il n'y a pas de protocole écrit de maintenance sur l'intégralité du réseau	
► E1- En n'ayant pas formalisé les opérations d'entretien et de maintenance réalisées, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article 3 de l'arrêté du 1^{er} février 2010 qui dispose que « les modalités et les résultats de la surveillance des installations sont consignés avec les éléments descriptifs des réseaux d'eau chaude sanitaire et ceux relatifs à leur maintenance dans un fichier sanitaire ».			

Eléments	Existence d'un protocole	Fréquence prévue	Fréquence réalisée	Commentaires	Eléments de traçabilité obtenus
Purges basses ballon	NON				
► R2- L'établissement ne respecte pas la circulaire du 28 octobre 2005 et le guide technique du CSTB, partie 2 en ce qui concerne la chasse hebdomadaire à réaliser au niveau de la vanne de vidange en fond de ballon pour évacuer tout dépôt éventuellement formé.					
Production d'ECS (nettoyage, détartrage, désinfection)	OUI			Effectué par la société ■■■■■	Carnet sanitaire
Calorifugeage	NON				
► R3- L'examen annuel de l'état du calorifugeage n'est pas réalisé contrairement aux recommandations du CSTB (guide technique, partie 2).					
Equilibrage des boucles d'ECS	NON				

<i>Eléments</i>	<i>Existence d'un protocole</i>	<i>Fréquence prévue</i>	<i>Fréquence réalisée</i>	<i>Commentaires</i>	<i>Eléments de traçabilité obtenus</i>
► R4- L'établissement ne vérifie pas l'équilibrage des réseaux tous les 2 ans comme recommandé par le CSTB (guide technique, partie 2).					
Entretien des organes de réglage	OUI			Effectué par la société [REDACTED] sur la partie chaufferie, production ECS.	
Vérification des ensembles de protection : - Disconnecteurs - Clapets EA - Clapets EB	NON				
► E2- L'établissement ne respecte pas l'article R.1321-61 du code de la santé publique sur la vérification et l'entretien des dispositifs de protection contre les retours d'eau.					
Maintenance des mitigeurs en gaine technique	NON				
► R5- L'établissement ne respecte pas les recommandations d'entretien annuel du fournisseur des mitigeurs ce qui ne permet pas de s'assurer de leur bon fonctionnement et de l'absence de conditions favorables au développement des légionelles.					
Maintenance des mitigeurs thermostatiques	NON				
Détartrage, nettoyage et désinfection ou remplacement périodique des éléments périphériques de robinetterie (brise-jets, pommes de douches, flexibles, etc.)	NON				
► R6- En ne réalisant pas de détartrage/désinfection/remplacement des éléments de robinetterie, l'établissement ne respecte pas les recommandations en termes de travaux de plomberie sanitaire précisées dans le guide annexé à la circulaire du 21 décembre 2010.					

3. Lutte contre la stagnation de l'eau

<i>Eléments</i>	<i>Existence d'un protocole</i>	<i>Fréquence prévue</i>	<i>Fréquence réalisée</i>	<i>Commentaires</i>	<i>Eléments de traçabilité obtenus</i>
Soutirages réguliers au niveau des points d'eau (lavabos, douches, etc.) des chambres lorsque ceux-ci ne sont pas utilisés	NON				
► R7- En ne purgeant pas les points d'usage peu ou pas utilisés, l'établissement ne respecte pas les recommandations en termes d'entretien et de maintenance des points d'usage de l'eau précisées dans la circulaire du 28 octobre 2005, laquelle préconise de « réaliser des purges régulières des points d'eau des chambres inoccupées, après leur nettoyage et désinfection (par exemple tous les jours pendant 5 minutes pour une chambre située entre deux chambres occupées) et tout particulièrement avant l'arrivée d'un nouvel occupant et des purges des points d'eau communs utilisés irrégulièrement (salon de coiffure, douches communes, etc.) ».					
Soutirages réguliers au niveau des autres points d'eau peu ou pas utilisés	NON				
► R8- En ne purgeant pas les points d'usage peu ou pas utilisés, l'établissement ne respecte pas les recommandations en termes de circulation de l'eau dans les réseaux de distribution, précisées dans le guide annexé à la circulaire du 21 décembre 2010.					

4. Surveillance de la température

4.1 Surveillance de la température de l'eau - Modalités

Question	Réponse	Compléments et/ou commentaires	Eléments de preuve obtenus
----------	---------	--------------------------------	----------------------------

Existe-t-il une procédure de surveillance de la température de l'ECS ? Si oui, comporte-t-elle : - La stratégie de surveillance ? - Les points de mesure (production, retour de boucle, point d'usage ...) ? - Les fréquences de mesures ? - Les objectifs de températures ? - Les actions correctives au regard de valeurs cibles ?	NON NON NON NON NON NON	Une procédure serait en cours de rédaction et le référent technique de l'EHPAD devait être formé fin février.	
► E3- L'établissement contrevient aux dispositions de l'article 3 de l'arrêté du 1er février 2010 en n'ayant pas établi de protocole relatif à surveillance des températures précisant : - la stratégie de surveillance, - les points de mesure, - les fréquences de mesure, - les objectifs de températures (valeurs cibles), - les actions correctives à mettre en œuvre en cas de températures non conformes			
La température de l'ECS est-elle surveillée depuis la production jusqu'aux points d'usage à risque selon des fréquences conformes aux dispositions réglementaires : - A la sortie de production d'ECS (mise en distribution) ? - Au niveau de chaque retour de boucle ? - Au niveau du collecteur retour d'ECS (si impossible sur chaque retour) ? - Aux points d'usage à risque représentatifs et aux points les plus éloignés ?	en continu en continu 2 fois par an	La température de l'ECS est surveillée à la sortie de production et au niveau du collecteur retour d'ECS en continu. Le carnet sanitaire est complété à des fréquences variables (plusieurs fois par mois, parfois durée plus longue) Les points d'usage à risque représentatifs et aux points les plus éloignés bénéficient d'un relevé de températures seulement 2 fois par an (par le laboratoire qui vient faire la recherche de légionelles et par [REDACTED])	Relevés de températures en continu fournis par [REDACTED] (courriel) + carnet sanitaire Compte-rendu d'analyses du laboratoire [REDACTED] et de [REDACTED]
► E4- La localisation et les fréquences de surveillance des températures de l'ECS ne sont pas conformes aux dispositions de l'arrêté du 1er février 2010 : le suivi n'est pas mensuel au niveau des points d'usage les plus représentatifs du réseau et au niveau des points d'usage les plus éloignés de la production			
La température de l'EF est-elle surveillée ? Préciser les lieux de surveillance et les fréquences	NON	[REDACTED] propose de réaliser ce suivi au niveau de la chaufferie	

- **R9- En ne contrôlant pas la température de l'eau froide, l'établissement ne respecte pas les recommandations en termes de consignes de températures précisées dans la circulaire du 28 octobre 2005, lesquelles préconisent de « veiller à ce que la température de l'eau froide n'augmente pas au-dessus de 20 °C ».**

4.2 Surveillance de la température de l'eau - Résultats

Question	Réponse	Compléments et/ou commentaires	Eléments de preuve obtenus
La température de l'ECS est-elle maintenue au-dessus de 50 °C en tout point technique du réseau d'ECS (de la production à l'amont de la distribution) ? Préciser la durée de soutirage nécessaire de l'ECS au point d'usage pour obtenir la température la plus proche de 50 °C. Préciser le différentiel de température entre le départ et le retour de boucle.	NON	D'après le carnet sanitaire de [REDACTED] la température est, entre septembre 2021 et février 2023, toujours au-dessus de 50 °C sauf le 10/12/21 (44 °C en retour de boucle ECS). Les températures relevées par [REDACTED] sont par ailleurs inférieures à 50 °C en certains points et à des dates différentes Ex. le 02/02/21 : 40,6 °C au RDC- chambre n°1 ; 48,3 °C au bâtiment « extension », chambre n°73 ; 44,8 °C à l'étage 2, salon de coiffure Le 01/03/22 : 43,2 °C au RDC- chambre n°1 ; 48,7 °C à la chaufferie- retour de boucle ECS	Carnet sanitaire [REDACTED] Résultats des prélèvements [REDACTED]
► E5- En ne maintenant pas en permanence la température de l'ECS au-delà de 50 °C en tout point du réseau (à l'exception des tubes finaux d'alimentation des points de puisage), l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'arrêté du 30 novembre 2005¹. ► R10- Le différentiel entre la température de l'eau en sortie de production et celle en retour de boucle est supérieur à 7 °C, ce qui ne respecte pas le DTU 60.11.			

¹ Pour les productions et réseaux d'eau chaude sanitaire réceptionnés après le 15 décembre 2006.

La température de l'ECS est-elle globalement maintenue en dessous de 50 °C aux points d'usage à risque des pièces destinées à la toilette (prévention du risque de brûlure) ?	NON	La température aux points d'usage est régulièrement supérieure à 50 °C. Ex : le 02/02/21 : 51,4 °C chambre n°14, étage 1 ; 52,4 °C chambre n°24, étage 1 ; 53,4 °C chambre n°37, étage 2 ; Le 01/03/22 : 55,9 °C chambre n°14, étage 1 ; 62,9 °C chambre n°24, étage 1 ; 55,9 °C chambre n°37, étage 2 ;	
► E6- En distribuant une eau à une température supérieure à 50 °C dans les salles d'eau et les salles de bains, l'établissement contrevient aux dispositions de l'arrêté du 30 novembre 2005 qui dispose que « la température maximale de l'eau chaude sanitaire est fixée, dans les pièces destinées à la toilette, à 50 °C aux points de puisage afin de limiter le risque de brûlure ».			
La température de l'eau froide est-elle globalement inférieure à 20 °C en tout point du réseau d'eau froide ? Préciser s'il est rencontré des problèmes avec la température de l'eau froide et si des actions correctives ont été menées	OUI	La situation géographique de l'EHPAD à Montauban de Luchon lui permet de bénéficier d'une eau montagnaise à faible température. Il convient néanmoins de faire des relevés sur l'ensemble du réseau pour s'assurer qu'il n'y a pas de montée en température excessive de l'eau froide.	

5. Surveillance des légionelles

5.1 Stratégie de surveillance des légionelles

Question	Réponse	Compléments et/ou commentaires	Eléments de preuve obtenus
Existe-t-il un protocole de surveillance du risque de contamination des réseaux d'eau par les légionelles ?	NON	Il existe une ébauche de protocole réalisée par le laboratoire [REDACTED], qui n'est pas mise en œuvre au sein de l'EHPAD et qui doit servir de support de formation au référent technique de l'EHPAD.	
► E7- En n'ayant pas établi de protocole sur la surveillance du risque de contamination des réseaux d'eau par les légionelles, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article 3 de l'arrêté du 1^{er} février 2010 qui dispose que « les modalités des campagnes d'analyse de légionelles sont consignées avec les éléments descriptifs des réseaux d'eau chaude sanitaire et ceux relatifs à leur maintenance dans un fichier sanitaire », et aux recommandations de la circulaire du 22 avril 2002 / 28 octobre 2005 de définir un protocole de surveillance des concentrations en légionelles.			

Les analyses légionelles sont-elles réalisées sur les points suivants : - Fond de ballon de production et de stockage d'ECS, le cas échéant ? - Points d'usage à risque les plus représentatifs ou à défaut les plus éloignés de la production ? - Retour de boucle (retour général), le cas échéant ? - Autres points de surveillance (préciser) ? - Sur l'EF en cas de température non conforme ? Préciser la fréquence en fonction du point de surveillance	annuelle annuelle annuelle non		
► R11- En ne prévoyant pas de prélèvement pour analyse légionelles en cas de température de l'EF supérieure à 20 °C, l'établissement ne respecte pas la circulaire du 22 avril 2002.			
Les prélèvements d'eau effectués dans le cadre de la surveillance sont-ils conformes à la réglementation (stratégie d'échantillonnage de l'établissement, recours à un organisme accrédité par le [REDACTED] ou organisme européen équivalent, réalisation par un personnel formé et avec écoulement de l'eau) ? Si non, préciser les dérives observées	OUI		
Au cours de l'année précédente ou cette année, le réseau d'ECS a-t-il été confronté à la situation sensible suivante : absence d'utilisation pendant au moins 6 semaines consécutives et absence de purge totale ? Si ce cas de figure a été rencontré, l'établissement a-t-il réalisé une surveillance des légionelles aux points d'usage à risque pour la réutilisation du réseau d'ECS par les usagers ?	NON Non concerné		
Le laboratoire à qui sont confiées les analyses de légionelles est-il bien accrédité pour le dénombrement des légionelles selon la méthode NF T90-431 par le [REDACTED] ou un organisme européen équivalent ? Mentionnez-le	OUI		

5.2 Résultats de la surveillance et mesures correctives nécessaires au rétablissement de la qualité de l'eau et à la protection des usagers

Question	Réponse	Compléments et/ou commentaires	Eléments de preuve obtenus
Existe-t-il un protocole d'action en cas de contamination de l'eau par des légionelles ?	NON	Il existe une ébauche de protocole réalisée par le laboratoire [REDACTED], qui n'est pas mise en œuvre au sein de l'EHPAD et qui doit servir de support de formation au référent technique de l'EHPAD.	
► E8- L'absence de protocole prévoyant la conduite à tenir en cas de contamination de l'eau par des légionelles ne permet pas à l'établissement, lorsque les seuils en légionelles ne sont pas respectés, de prendre sans délai les mesures correctives nécessaires au rétablissement de la qualité de l'eau et à la protection des usagers tel que prévu par les dispositions de l'article 4 de l'arrêté du 1^{er} février 2010, et n'est pas conforme à la recommandation la circulaire du 22 avril 2002 de définir des consignes d'intervention lors de la mise en évidence de fortes concentrations en légionelles dans les installations à risque.			
Suite à des contaminations récurrentes du réseau, l'établissement a-t-il réalisé une expertise technique et sanitaire ?	Non concerné		
La désinfection curative correspond-elle à une procédure écrite et à disposition dans l'établissement ?	NON		
► R12- L'établissement ne dispose pas d'une procédure sur la désinfection curative, contrairement aux recommandations du guide annexé à la circulaire du 21 décembre 2010, indiquant : - les conditions de mises en œuvre, - les modalités de la désinfection, - la communication (portant sur les légionelles et la légionellose, sur les moyens curatifs engagés et les consignes de restriction d'usage de l'eau) du responsable des installations auprès du personnel et des résidents, - les restrictions d'usage de l'eau, - les analyses de contrôles d'efficacité.			
Les dénombrements en <i>Lp</i> témoignent-ils tous de l'absence de légionelles : résultats inférieurs au seuil de détection ?	NON	Présence de légionelles <i>Lp</i> (inférieure au seuil réglementaire) parfois relevée Ex. 520 UFC/l le 03/02/2021 au niveau de la chambre n°24, étage 1	

- R13- La présence de *Legionella pneumophila* même à des taux inférieurs au seuil réglementaire signifie la présence de conditions favorables à leur développement pouvant entraîner une non-conformité et un risque sanitaire très rapidement.

Les dénombrements en <i>Lp</i> sont-ils en partie supérieurs à 1000 UFC/L ?	NON		
---	-----	--	--

6. Fichier technique et sanitaire (carnet sanitaire)

Question	Réponse	Commentaires
Existe-t-il un carnet sanitaire pour chacune des installations d'ECS ?	partiel	Le carnet sanitaire mériterait d'être plus exhaustif et régulier dans le suivi des paramètres, et utilisé par le personnel de l'EHPAD concerné.
Le carnet sanitaire est-il tenu à jour ?	OUI	Tenu à jour et envoyé par [REDACTED]. L'EHPAD n'était pas en mesure de nous le fournir.
Le carnet sanitaire contient-il : - les plans et/ou des schémas de principe du réseau d'eau froide et du réseau d'ECS (de la production d'ECS jusqu'aux points d'usage) ? Sont-ils complets ou partiels ? Sont-ils mis à jour ? - la liste des travaux effectués (modification, rénovation, etc.) ? - les modalités de surveillance (procédures et protocoles) ? - les opérations de maintenance et d'entretien ? (voir détail en paragraphe B) - les résultats d'analyse microbiologique de l'eau (légionelles notamment) ? - les relevés de température de l'EF ? - les relevés de température de l'ECS ? - les informations sur les traitements de l'eau (adoucisseur, filmogène, désinfection) : description, suivi et maintenance ? Préciser le TH de l'eau, le taux de chlore, la concentration en filmogène	Partiels NON partiels OUI NON NON NON OUI OUI	Seuls les travaux effectués au niveau de la chaufferie sont mentionnés

- **E9- Contrairement à l'arrêté du 1^{er} février 2010 et au guide annexé à la circulaire du 21 décembre 2010, l'établissement ne dispose pas de fichier sanitaire comprenant :**
 - le descriptif de l'établissement et des réseaux d'eau,
 - les plans ou schémas de principe des productions ECS et des réseaux actualisés,
 - la liste des travaux de modification, de rénovation ou d'extension des installations de distribution d'eau,
 - les notes de calcul sur l'équilibrage des réseaux d'ECS bouclés, mises à jour lors des modifications de configuration des réseaux,
 - les traitements de lutte contre le tartre et la corrosion réalisés,
 - les traitements de désinfection réalisés,
 - la traçabilité de la surveillance des températures de l'eau froide (modalités et résultats),
- **R14- L'établissement ne dispose pas d'un tableau récapitulatif de ses campagnes d'analyses légionelles, regroupant de façon simple et claire les résultats par réseau et boucle de distribution, tout en spécifiant les modalités de prélèvements (température, type de prélèvement (1^{er} ou 2^{ème} jet), localisation exacte du prélèvement, etc.), ce qui ne permet pas une analyse rapide des résultats et une visibilité de la qualité de l'eau sur l'ensemble du réseau et dans le temps.**
- **R15- L'entretien des dispositifs de protection contre les retours d'eau n'est pas tracé dans le carnet sanitaire contrairement à ce qui est demandé par la circulaire du 22 avril 2002, ce qui ne permet pas la vérification de la réalisation effective de cette opération.**

7. Gestion du risque lié aux légionelles et prise en charge des cas de légionellose

7.1 Prise en charge des cas de légionellose

Questions	Réponse	Compléments et/ou commentaires	Eléments de preuve obtenus
Existe-t-il un protocole de mesures d'intervention lors du diagnostic d'un cas de légionellose nosocomial probable ou certain survenant dans l'établissement ?	NON		

- **R16- En n'ayant pas défini les consignes d'intervention lors du diagnostic d'un cas de légionellose nosocomiale, l'établissement ne respecte pas les recommandations en termes de conduite à tenir devant un cas de légionellose nosocomiale précisées dans la circulaire du 22 avril 2002.**

C. AMIANTE

1. Contenu du dossier technique amiante

Questions	Réponse	Compléments et/ou commentaires
L'établissement dispose-t-il d'un ou plusieurs bâtiments soumis aux obligations de recherches des floccages, calorifugeages ou faux-plafonds (liste A) et autres matériaux (liste B ²) (date du premier permis de construire antérieure au 1 ^{er} juillet 1997) ? Si oui, préciser	OUI	1 bâtiment : le « bâtiment principal » dont le permis de construire date de 1981.
Des parties privatives d'immeubles collectifs d'habitation (ex. logements de fonction) sont-elles présentes ?	NON	
Le dossier technique amiante (DTA) est-il constitué ? Si non, préciser les motifs et les perspectives de mise en conformité (absence rapport de repérage).	NON	
► E10- En n'ayant pas constitué le dossier technique amiante, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R.1334-29-5 du code de la santé publique.		

² La liste B comprend les éléments de l'ancienne annexe 13-9 du code de la santé publique, de laquelle ont été exclus les floccages, calorifugeages et faux plafonds et à laquelle ont été ajoutés des éléments extérieurs à rechercher : toitures, bardages, façades légères et conduits en toiture et façade.

D. DASRI

1. Filières d'élimination des DASRI

1.1 Collecte, transport et élimination

Questions	Réponse	Compléments et/ou commentaires
Quelle est la quantité de DASRI produits par mois ³ ?	NC	La quantité n'a pas pu être évaluée par les professionnels et la convention n'a pas pu nous être fournie. Le jour de l'inspection, le ramassage des DASRI a permis de contrôler le bordereau émis par la société [REDACTED], mentionnant un volume de 500 L en 2 mois.
► E11- La quantité de DASRI, en kilogrammes, produite par l'établissement n'est pas connue, ce qui ne permet pas de s'assurer du respect des délais réglementaires d'élimination tels que prévus par les articles 2 à 4 de l'arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif aux modalités d'entreposage.		

1.2 Convention

Questions	Réponse	Compléments et/ou commentaires
Une convention a-t-elle été établie ?	NON	Les DASRI sont stockés dans une PRADABOX à l'extérieur de l'établissement. Le jour de l'inspection, des DASRI étaient stockés depuis le 11 décembre 2022. La société [REDACTED] est venue récupérer l'intégralité des DASRI stockés le jour de l'inspection. Il nous a été indiqué, le jour de l'inspection, qu'une convention existait. Le document n'a toutefois pas pu nous être remis.
► E12- L'absence de convention n'est pas conforme aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif au contrôle des filières d'élimination.		

³ Moyenne mensuelle calculée sur les 12 derniers mois

1.3 Documents de traçabilité – Bordereaux CERFA

Questions	Réponse	Compléments et/ou commentaires
Des documents de traçabilité sont-ils émis ?	NON	Le bordereau du ramassage le jour de l'inspection a pu être photographié par l'équipe d'inspection. Les bordereaux passés n'ont pas pu être remis.
► E13- La quantité de DASRI générés n'est pas évaluable. La PRED ne dispose pas de l'original ou de la copie du bordereau Cerfa 11351*04 signé par l'exploitant de l'installation destinataire mentionnant la date d'incinération ou de prétraitement par désinfection des déchets contrairement à l'article 6 de l'arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif au contrôle des filières d'élimination des DASRI et des PAOH.		
Ces documents sont-ils conservés ?	NON	Aucun document n'a pu être remis à l'équipe d'inspection.
► E14- Les documents de traçabilité des DASRI ne sont pas conservés dans les conditions prévues par l'article 11 de l'arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif au contrôle des filières d'élimination des DASRI et des PAOH.		
Les documents de traçabilité sont-ils correctement renseignés ?	OUI	D'après le seul bordereau identifié le jour de l'inspection, lors de la venue de la société XXXXXXXXXX
Les documents de traçabilité sont-ils renvoyés à l'établissement dans les délais ?	NON	L'EHPAD n'a pas été en mesure de fournir ces documents.
► E15- Le délai de réception, après élimination, des bordereaux CERFA correspondants, n'est pas conforme aux dispositions des articles 6 et 7 de l'arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif au contrôle des filières d'élimination.		
Un récapitulatif annuel des opérations de traitement ⁴ est-il envoyé ?	NON	
► E16- La PRED ne dispose pas d'un état récapitulatif annuel des opérations d'incinération ou de prétraitement de ses déchets contrairement à l'article 7 de l'arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif au contrôle des filières d'élimination des DASRI et des PAOH.		
Le poids des DASRI enlevés est-il noté sur les documents de	NON	Estimation du volume en litres faite sur-place.

⁴ Le récapitulatif annuel est demandé pour les productions ≤ à 5kg par mois.

traçabilité ?		
► R17- L'expression de la quantité de déchets remis en litres sur les bordereaux de suivi ne permet pas de s'assurer du respect des délais réglementaires d'élimination.		

1.4 Conclusion

Questions	Réponse	Compléments et/ou commentaires
La fréquence de collecte prévue par la convention est-elle suffisante au regard de la quantité de DASRI produits ? Préciser la fréquence de collecte	NON	Sans convention et évaluation de la production de DASRI par l'établissement, il n'est pas possible de définir une fréquence de ramassage. L'équipe inspectante a toutefois pu noter que l'armoire de stockage était pleine, le jour de l'inspection.
La nature des déchets est-elle cohérente avec les déchets pris en charge au titre de la convention ?	NON	Les déchets mous sont évacués dans la filière ordures ménagères.
Les modalités de traitement sont-elles adaptées à la nature des DASRI produits ?	OUI	
La fréquence de collecte mentionnée dans la convention est-elle cohérente avec celle constatée à l'examen des documents de traçabilité ?	NON	Absence de convention. Le ramassage se ferait « à la demande », selon l'infirmière.
► R18- La fréquence de collecte mentionnée dans la convention ne reflète pas l'organisation mise en place entre l'établissement et le prestataire de services pour éliminer les DASRI.		
Le lieu d'élimination indiqué sur les documents de traçabilité est-il conforme à la convention ou au marché DASRI ? Préciser le mode d'élimination des DASRI (incinération, prétraitement par désinfection)	OUI	Prétraitement par désinfection indiqué sur l'unique bordereau récolté le jour de l'inspection.
La durée entre la production effective des DASRI et leur incinération ou prétraitement par désinfection est-elle conforme au regard des quantités produites ?	NON	Sans convention et évaluation de la production de DASRI par l'établissement, il n'est pas possible de définir une fréquence de ramassage. L'équipe inspectante a toutefois pu noter que l'armoire de stockage était pleine, le jour de l'inspection.

2. Evaluation des pratiques (à partir des protocoles et de ce qui a été vu sur site)

2.1 Tri, conditionnement, collecte et entreposage des DASRI

2.1.1 Tri

Questions	Réponse	Compléments et/ou commentaires
Existe-t-il une procédure écrite formalisant les modalités de tri des DASRI dans l'établissement ?	OUI	Cette procédure, rédigée par le cadre de santé, est néanmoins ignorée des professionnels et n'était pas présente dans la salle des infirmier.e.s
► R19- Le protocole de tri ne reflète pas l'organisation mise en place au sein de l'établissement pour éliminer les déchets d'activités de soins à risques infectieux.		
La formation du personnel soignant aux procédures de tri des DASRI est-elle suffisante ?	NON	
► E17- Le personnel soignant étant insuffisamment formé aux procédures de tri des DASRI, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R.1335-14 du code de la santé publique qui dispose que « toute personne qui produit des déchets d'activités de soins est tenue d'informer son personnel des mesures retenues pour l'élimination des déchets d'activités de soins et assimilés ».		
Le tri est-il réalisé au plus près du patient / de la production ?	NON	Les déchets mous sont évacués avec les ordures ménagères.
Y-a-t-il eu une concertation entre le personnel, l'équipe mobile d'hygiène, le CLIN, pour déterminer la durée d'utilisation des emballages utilisés ?	NON	Le nouveau cadre de santé a identifié cette problématique et met en place des process qui restent, au jour de l'inspection, visiblement méconnus et non appliqués.
Y-a-t-il une évaluation interne des pratiques de tri ?	NON	Le nouveau cadre de santé a identifié cette problématique et met en place des process qui restent, au jour de l'inspection, visiblement méconnus et non appliqués.
► R20- L'absence d'évaluation périodique des pratiques de tri, comme recommandé par la circulaire du 11 janvier 2005, ne permet pas de garantir sa qualité et sa pérennité.		

Les DASRI sont-ils orientés dans une filière adaptée ?	NON	Les déchets mous sont orientés aux ordures ménagères
Les DASRI sont-ils placés dans des emballages conformes mais inadaptés (exemple : déchets perforants dans sacs) ?	OUI	Les boîtes DASRI utilisées pour les PCT sont trop volumineuses, au regard de l'activité. Ces boîtes n'étant évacuées que lorsqu'elles sont pleines, elles sont utilisées pendant plusieurs mois.
► E18- Le tri n'est pas réalisé conformément aux dispositions des articles R.1335-5 et 6 du code de la santé publique. En particulier, les déchets mous sont orientés aux ordures ménagères.		

2.2.1 Emballages et pratiques d'utilisation

Questions	Réponse	Compléments et/ou commentaires
Les emballages sont-ils normalisés ?	OUI	
Le nom de l'établissement est-il spécifié sur chaque emballage ?	OUI	
La limite de remplissage est-elle respectée ?	NON	Cf. photo
► R21- En ne respectant pas le niveau de remplissage des boîtes pour déchets perforants, l'établissement ne respecte pas les recommandations de la circulaire du 11 janvier 2005 en termes de précautions d'utilisation des emballages pour déchets perforants.		
La fermeture provisoire des emballages est-elle assurée ?	NON	La fermeture provisoire des boîtes pour PCT n'est pas assurée
► E19- En ne fermant pas temporairement les emballages, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article R.1335-6 du code de la santé publique.		
Les dates d'ouverture et de fermeture sont-elles indiquées sur les boîtes et mini-collecteurs pour déchets perforants ?	NON	
► R22- L'absence de dates d'ouverture et de fermeture sur les boîtes et mini-collecteurs pour déchets perforants ne permet pas de s'assurer du respect des délais réglementaires d'élimination.		

Les emballages combinés, fûts et jerricans, sacs sont-ils datés ?	NON	
► R23- L'absence de date sur les emballages combinés ne permet pas de s'assurer du respect des délais réglementaires d'élimination.		

2.3.1 Collecte interne

Questions	Réponse	Compléments et/ou commentaires
Les bonnes pratiques de tri des DASRI sont-elles affichées ?	NON	
► R24- En n'affichant pas les consignes et les protocoles internes relatifs au tri, l'établissement n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par le guide technique de la Direction générale de la santé édité en 2009.		
Des DASRI sont-ils présents dans la chambre du patient (sauf isolement) ?	NON	Toutes les chambres n'ont pu être observées. Selon les dires de l'infirmière, aucun déchet n'est laissé dans les chambres.
Les conditionnements sont-ils présents en nombre suffisant ?	NON	Il manque des sacs jaunes pour collecter les déchets mous.
► R25- En ne disposant pas d'emballage pour DASRI en nombre suffisant, l'établissement ne respecte pas les recommandations du guide technique de la Direction générale de la santé édité en 2009.		
Y-a-t-il des supports adaptés pour les emballages souples ?	NON	
► R26- L'établissement ne dispose pas de supports adaptés pour les emballages souples contrairement aux recommandations du guide technique de la Direction générale de la santé édité en 2009.		
Y-a-t-il des collecteurs pour déchets perforants à portée de main lors de la réalisation des soins ?	OUI	Le volume des boîtes est toutefois inadapté (<i>cf. supra</i>)
Les collecteurs pour déchets perforants sont-ils fixés	OUI	

sur un support ?		
Y-a-t-il une évacuation rapide de l'unité de soins vers le local d'entreposage intermédiaire / vers le local d'entreposage centralisé ?	NON	Les boîtes PCT restent ouvertes plusieurs mois.
► R27- En entreposant dans les salles de soins des DASRI conditionnés trop longtemps, l'établissement n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par le guide technique de la Direction générale de la santé édité en 2009.		
Les modalités de transport interne des DASRI sont-elles satisfaisantes ?	NON	
► E20- Les boîtes pour PCT utilisées lors des soins sont de volume inadéquat, entraînant une élimination tardive. Par ailleurs, les sacs jaunes pour déchets mous ne sont pas utilisés. Enfin, les processus de transport des contenants depuis la salle de soins vers le local extérieur ne sont pas définis (agents responsables, fréquence, etc.)		

2.4.1 Entreposage centralisé – Aire extérieure

Questions	Réponse	Compléments et/ou commentaires
L'aire extérieure d'entreposage est-elle située dans l'enceinte de l'établissement ?	OUI	
L'aire extérieure d'entreposage est-elle réservée exclusivement à l'entreposage des déchets ?	OUI	L'aire de dépôt des ordures ménagères est néanmoins située à proximité
L'identification de l'établissement figure-t-elle sur les GRV ?	OUI	
Y-a-t-il des DASRI non emballés dans des emballages autorisés pour le transport sur la voie publique ?	OUI	
La distinction entre les emballages contenant des DASRI et les emballages contenant d'autres types de déchets est-elle évidente ?	OUI	
L'aire extérieure est-elle sécurisée contre les risques de dégradation et de vol ?	OUI	

L'aire extérieure est-elle identifiée comme à risques particuliers (risque incendie) ?	OUI	Un logo est présent sur la Pradabox
L'aire extérieure est-elle munie de dispositifs appropriés pour prévenir la pénétration des animaux ?	OUI	
Le sol et les parois sont-ils lavables ?	OUI	
L'aire extérieure est-elle dotée d'une arrivée d'eau ?	OUI	Le point d'eau se situe au niveau de l'aire de dépôt des ordures ménagères. L'eau est acheminée par un tuyau flexible.
L'aire extérieure est-elle dotée d'une évacuation des eaux de lavage vers le réseau des eaux usées ?	NON	Le projet est en cours et en attente de la validation du financement des travaux.
L'évacuation des eaux de lavage est-elle dotée d'un dispositif d'occlusion hydraulique ?	NON	
Le robinet de puisage est-il pourvu d'un disconnecteur d'extrémité du type HA ?	NON	
Le nettoyage de l'aire extérieure d'entreposage est-il suffisant ? Ce nettoyage est-il tracé ?	OUI NON	Il n'y a pas de protocole spécifique affiché au niveau de l'aire et pas de modalités de nettoyage spécifique. En revanche, il existe une fiche de réalisation de l'entretien nettoyage de l'aire OM située à proximité
Le protocole d'entretien de l'aire extérieure et des conteneurs est-il affiché ?	NON	
L'aire extérieure est-elle délimitée par un grillage continu et équipé d'une porte permettant une fermeture efficace ?	NON	Le projet est en cours et en attente de la validation du financement des travaux.
L'aire extérieure est-elle équipée d'un toit ?	OUI	
► E21- Les DASRI ne sont pas entreposés dans les conditions définies par les articles 8 et 9 de l'arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif aux modalités d'entreposage des DASRI, en matière d'évacuation des eaux de lavage vers le réseau des eaux usées et le délimitage par un grillage continu et une porte de l'aire extérieure de stockage. Enfin, la traçabilité des nettoyages doit être mise en place et affichée.		

E. RADON

1. Réalisation de mesures radon

Question	Réponse	Compléments et/ou commentaires
L'établissement est-il propriétaire des bâtiments ?	OUI /NON	A préciser par les responsables de l'établissement
Si non, une convention a-t-elle été passée entre le propriétaire et l'établissement pour l'exploitation du bâtiment ?	OUI /NON	
L'établissement dispose-t-il de mesures radon ?	OUI	
Les mesures ont-elles été réalisées par des opérateurs agréés ou l'IRSN ⁵ ?	OUI	Agrément sur décision ASN n°C [REDACTED]

2. Rapport d'intervention

N° du rapport	Bâtiments concernés	Nature de l'intervention	Date du rapport	Période de mesures	Un résultat par zone est-il fourni ?	Tous les dosimètres ont-ils été récupérés ?
21-2410	1 bâtiment (partie ERP) 5 zones homogènes (ZH)	☒ Dépistage ☐ Expertise ☐ Vérification de l'efficacité des actions correctives ☐ Vérification de l'efficacité des travaux	19/08/2022	Du 22/02/2022 au 29/04/2022 soit 66 jours de mesure, dont 0 jour d'inoccupation continue	OUI	OUI

⁵ IRSN : Institut de Radioprotection et de Sécurité Nucléaire

3. Résultats des mesures

Zone homogène \ concentration radon	X < 300 Bq/m ³	300 < X < 1000 Bq/m ³	X > 1000 Bq/m ³
ZH 1	63		
ZH 2	53		
ZH 3	53		
ZH 4	74		
ZH 5	35		

4. Traçabilité et communication

Question	Réponse	Compléments et/ou commentaires
Les deux derniers rapports d'intervention ont-ils été annexés au registre de sécurité ou sont-ils conservés dans l'établissement ? Si non, préciser les raisons	OUI	Ce rapport de dépistage initial est l'unique existant pour l'établissement. Il est intégré au registre de sécurité.
Le bilan relatif aux résultats de mesurage du radon est-il mis à disposition par voie d'affichage permanent, visible et lisible, près de l'entrée principale de l'établissement ?	NON	
► E22- La non-communication des résultats des mesures du radon au personnel et aux personnes qui fréquentent l'établissement n'est pas conforme aux dispositions de l'article R.1333-35 II du code de la santé publique qui dispose que « le propriétaire ou, le cas échéant, l'exploitant informe par voie d'affichage, dans un délai d'un mois suivant la réception des rapports, les personnes qui fréquentent l'établissement des résultats des mesurages réalisés ».		

F. CONCLUSION

L'inspection de l'établissement a démontré de **nombreux écarts à la réglementation (22)** sur les quatre thématiques contrôlées en matière de risque légionelles, amiante, déchets d'activité de soins à risque infectieux et radon. En complément, 27 remarques ont été formulées, afin d'aider l'établissement dans sa mise en conformité et la sécurisation des patients et des professionnels. En synthèse :

- En ce qui concerne la **thématique légionelles**, l'inspection a montré que l'établissement ne prend pas en compte la problématique liée aux légionelles. En effet, il n'existe pas de carnet sanitaire et de protocoles, en application de l'arrêté du 1^{er} février 2010 en termes de surveillance des températures et des légionelles. Si les contrôles annuels effectués ne démontrent pas la présence de légionelles dans les prélèvements effectués, le relevé des températures du réseau d'ECS dénote d'un réseau non équilibré, pouvant engendrer un risque non négligeable d'apparition et prolifération de légionelles. Par ailleurs, les températures relevées dans certaines chambres caractérisent un risque de brûlure évident. L'établissement a contractualisé avec un prestataire qui a refait à neuf la production d'ECS il y a quatre ans. Ceci reste insuffisant et il convient que l'ensemble du réseau d'ECS bénéficie d'un diagnostic technique et sanitaire permettant d'obtenir un réseau équilibré et des températures conformes, de la production à la distribution.
- En ce qui concerne la **thématique amiante**, l'établissement ne possède pas de diagnostic technique amiante (DTA), outil réglementaire impératif pour avoir une visibilité sur la présence/absence d'amiante et mettre en œuvre, le cas échéant, les mesures de gestion appropriées, en particulier lors de travaux.
- En ce qui concerne la **thématique DASRI**, l'établissement ne dispose pas de convention avec un prestataire et de l'ensemble des documents de suivi des DASRI, le nombre de kilogrammes produits par mois n'est pas connu, les process de bonnes pratiques de gestion de tels déchets ne sont pas connus par les professionnels réalisant les soins et la zone de stockage doit bénéficier de travaux pour être en conformité.
- En ce qui concerne la **thématique radon**, l'établissement dispose d'une campagne de mesures effectuée en 2022 par un organisme agréé. Tous les résultats sont inférieurs au premier seuil sanitaire. Par conséquent, aucune mesure corrective n'est à mettre en œuvre. L'information du personnel et des personnes fréquentant l'établissement doit néanmoins être impérativement faite par l'intermédiaire d'un affichage adéquat et lisible. La prochaine campagne de mesures sera à mettre en œuvre au cours de l'hiver 2031-2032.

Etabli le 31 mars 2023

La technicienne sanitaire et de sécurité sanitaire

Le technicien sanitaire et de sécurité sanitaire

G. SYNTHÈSE DES ECARTS ET DES REMARQUES

1. Ecart

Page	Numéro	Intitulé
12	1	En n'ayant pas formalisé les opérations d'entretien et de maintenance réalisées, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article 3 de l'arrêté du 1 ^{er} février 2010 qui dispose que « les modalités et les résultats de la surveillance des installations sont consignés avec les éléments descriptifs des réseaux d'eau chaude sanitaire et ceux relatifs à leur maintenance dans un fichier sanitaire ».
13	2	L'établissement ne respecte pas l'article R.1321-61 du code de la santé publique sur la vérification et l'entretien des dispositifs de protection contre les retours d'eau.
15	3	L'établissement contrevient aux dispositions de l'article 3 de l'arrêté du 1 ^{er} février 2010 en n'ayant pas établi de protocole relatif à la surveillance des températures.
15	4	La localisation et les fréquences de surveillance des températures de l'ECS ne sont pas conformes aux dispositions de l'arrêté du 1 ^{er} février 2010 : le suivi n'est pas mensuel au niveau des points d'usage les plus représentatifs du réseau et au niveau des points d'usage les plus éloignés de la production.
16	5	En ne maintenant pas en permanence la température de l'ECS au-delà de 50 °C en tout point du réseau (à l'exception des tubes finaux d'alimentation des points de puisage), l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'arrêté du 30 novembre 2005.
17	6	En distribuant une eau à une température supérieure à 50 °C dans les salles d'eau et les salles de bains, l'établissement contrevient aux dispositions de l'arrêté du 30 novembre 2005 qui dispose que « la température maximale de l'eau chaude sanitaire est fixée, dans les pièces destinées à la toilette, à 50 °C aux points de puisage afin de limiter le risque de brûlure.
17	7	En n'ayant pas établi de protocole sur la surveillance du risque de contamination des réseaux d'eau par les légionelles, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article 3 de l'arrêté du 1 ^{er} février 2010 qui dispose que « les modalités des campagnes d'analyse de légionelles sont consignées avec les éléments descriptifs des réseaux d'eau chaude sanitaire et ceux relatifs à leur maintenance dans un fichier sanitaire », et aux recommandations de la circulaire du 22 avril 2002 / 28 octobre 2005 de définir un protocole de surveillance des concentrations en légionelles.
19	8	L'absence de protocole prévoyant la conduite à tenir en cas de contamination de l'eau par des légionelles ne permet pas à l'établissement, lorsque les seuils en légionelles ne sont pas respectés, de prendre sans délai les mesures correctives nécessaires au rétablissement de la qualité de l'eau et à la protection des usagers tel que prévu par les dispositions de l'article 4 de l'arrêté du 1 ^{er} février 2010, et n'est pas conforme à la recommandation la circulaire du 22 avril 2002 de définir des consignes d'intervention lors de la mise en évidence de fortes concentrations en légionelles dans les installations à risque.
21	9	Contrairement à l'arrêté du 1 ^{er} février 2010 et au guide annexé à la circulaire du 21 décembre 2010, l'établissement ne dispose pas de fichier sanitaire.
22	10	En n'ayant pas constitué le dossier technique amiante, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R.1334-29-5 du code de la santé publique.
23	11	La quantité de DASRI, en kilogrammes, produite par l'établissement n'est pas connue, ce qui ne permet pas de s'assurer du respect des délais réglementaires d'élimination tels que prévus par les articles 2 à 4 de l'arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif aux modalités d'entreposage.

23	12	L'absence de convention n'est pas conforme aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif au contrôle des filières d'élimination.
24	13	La quantité de DASRI générés n'est pas évaluable. La PRED ne dispose pas de l'original ou de la copie du bordereau Cerfa 11351*04 signé par l'exploitant de l'installation destinataire mentionnant la date d'incinération ou de prétraitement par désinfection des déchets contrairement à l'article 6 de l'arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif au contrôle des filières d'élimination des DASRI et des PAOH.
24	14	Les documents de traçabilité des DASRI ne sont pas conservés dans les conditions prévues par l'article 11 de l'arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif au contrôle des filières d'élimination des DASRI et des PAOH.
24	15	Le délai de réception, après élimination, des bordereaux CERFA correspondants, n'est pas conforme aux dispositions des articles 6 et 7 de l'arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif au contrôle des filières d'élimination.
24	16	La PRED ne dispose pas d'un état récapitulatif annuel des opérations d'incinération ou de prétraitement de ses déchets contrairement à l'article 7 de l'arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif au contrôle des filières d'élimination des DASRI et des PAOH.
26	17	Le personnel soignant étant insuffisamment formé aux procédures de tri des DASRI, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R.1335-14 du code de la santé publique qui dispose que « <i>toute personne qui produit des déchets d'activités de soins est tenue d'informer son personnel des mesures retenues pour l'élimination des déchets d'activités de soins et assimilés</i> ».
27	18	Le tri n'est pas réalisé conformément aux dispositions des articles R.1335-5 et 6 du code de la santé publique. En particulier, les déchets mous sont orientés aux ordures ménagères.
27	19	En ne fermant pas temporairement les emballages, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article R.1335-6 du code de la santé publique.
29	20	Les boîtes pour PCT utilisées lors des soins sont de volume inadéquat, entraînant une élimination tardive. Par ailleurs, les sacs jaunes pour déchets mous ne sont pas utilisés. Enfin, les process de transport des contenants depuis la salle de soins vers le local extérieur ne sont pas définis (agents responsables, fréquence, etc.)
30	21	Les DASRI ne sont pas entreposés dans les conditions définies par les articles 8 et 9 de l'arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif aux modalités d'entreposage des DASRI, en matière d'évacuation des eaux de lavage vers le réseau des eaux usées et le délimitage par un grillage continu et une porte de l'aire extérieure de stockage. Enfin, la traçabilité des nettoyages doit être mise en place et affichée.
32	22	La non-communication des résultats des mesures du radon au personnel et aux personnes qui fréquentent l'établissement n'est pas conforme aux dispositions de l'article R.1333-35 II du code de la santé publique qui dispose que « le propriétaire ou, le cas échéant, l'exploitant informe par voie d'affichage, dans un délai d'un mois suivant la réception des rapports, les personnes qui fréquentent l'établissement des résultats des mesurages réalisés ».

2. Remarques

Page	Numéro	Intitulé
10	1	L'acier galvanisé est un matériau qui se détériore dans le temps et dont la corrosion est accentuée par des températures élevées (> 60 °C) et des chlорations à fortes doses ; les phénomènes de corrosion pouvant faciliter le développement des légionelles.
12	2	L'établissement ne respecte pas la circulaire du 28 octobre 2005 et le guide technique du CSTB, partie 2 en ce qui concerne la chasse hebdomadaire à réaliser au niveau de la vanne de vidange en fond de ballon pour évacuer tout dépôt éventuellement formé.

12	3	L'examen annuel de l'état du calorifugeage n'est pas réalisé contrairement aux recommandations du CSTB (guide technique, partie 2).
13	4	L'établissement ne vérifie pas l'équilibrage des réseaux tous les 2 ans comme recommandé par le CSTB (guide technique, partie 2).
13	5	L'établissement ne respecte pas les recommandations d'entretien annuel du fournisseur des mitigeurs ce qui ne permet pas de s'assurer de leur bon fonctionnement et de l'absence de conditions favorables au développement des légionelles.
13	6	En ne réalisant pas de détartrage/désinfection/remplacement des éléments de robinetterie, l'établissement ne respecte pas les recommandations en termes de travaux de plomberie sanitaire précisées dans le guide annexé à la circulaire du 21 décembre 2010.
14	7	En ne purgeant pas les points d'usage peu ou pas utilisés, l'établissement ne respecte pas les recommandations en termes d'entretien et de maintenance des points d'usage de l'eau précisées dans la circulaire du 28 octobre 2005, laquelle préconise de « réaliser des purges régulières des points d'eau des chambres inoccupées, après leur nettoyage et désinfection (par exemple tous les jours pendant 5 minutes pour une chambre située entre deux chambres occupées) et tout particulièrement avant l'arrivée d'un nouvel occupant et des purges des points d'eau communs utilisés irrégulièrement (salon de coiffure, douches communes, etc.) ».
14	8	En ne purgeant pas les points d'usage peu ou pas utilisés, l'établissement ne respecte pas les recommandations en termes de circulation de l'eau dans les réseaux de distribution, précisées dans le guide annexé à la circulaire du 21 décembre 2010.
16	9	En ne contrôlant pas la température de l'eau froide, l'établissement ne respecte pas les recommandations en termes de consignes de températures précisées dans la circulaire du 28 octobre 2005, lesquelles préconisent de « veiller à ce que la température de l'eau froide n'augmente pas au-dessus de 20 °C ».
16	10	Le différentiel entre la température de l'eau en sortie de production et celle en retour de boucle est supérieur à 7 °C, ce qui ne respecte pas le DTU 60.11
18	11	En ne prévoyant pas de prélèvement pour analyse légionelles en cas de température de l'EF supérieure à 20 °C, l'établissement ne respecte pas la circulaire du 22 avril 2002.
19	12	L'établissement ne dispose pas d'une procédure sur la désinfection curative, contrairement aux recommandations du guide annexé à la circulaire du 21 décembre 2010.
20	13	La présence de <i>Legionella pneumophila</i> même à des taux inférieurs au seuil réglementaire signifie la présence de conditions favorables à leur développement pouvant entraîner une non-conformité et un risque sanitaire très rapidement.
21	14	L'établissement ne dispose pas d'un tableau récapitulatif de ses campagnes d'analyses légionelles, regroupant de façon simple et claire les résultats par réseau et boucle de distribution, tout en spécifiant les modalités de prélèvements (température, type de prélèvement (1 ^{er} ou 2 ^{ème} jet), localisation exacte du prélèvement, etc.), ce qui ne permet pas une analyse rapide des résultats et une visibilité de la qualité de l'eau sur l'ensemble du réseau et dans le temps.
21	15	L'entretien des dispositifs de protection contre les retours d'eau n'est pas tracé dans le carnet sanitaire contrairement à ce qui est demandé par la circulaire du 22 avril 2002, ce qui ne permet pas la vérification de la réalisation effective de cette opération.
22	16	En n'ayant pas défini les consignes d'intervention lors du diagnostic d'un cas de légionellose nosocomiale, l'établissement ne respecte pas les recommandations en termes de conduite à tenir devant un cas de légionellose nosocomiale précisées dans la circulaire du 22 avril 2002
25	17	L'expression de la quantité de déchets remis en litres sur les bordereaux de suivi ne permet pas de s'assurer du respect des délais réglementaires d'élimination.
25	18	La fréquence de collecte mentionnée dans la convention ne reflète pas l'organisation mise en place entre l'établissement et le prestataire de services pour éliminer les DASRI.

26	19	Le protocole de tri ne reflète pas l'organisation mise en place au sein de l'établissement pour éliminer les déchets d'activités de soins à risques infectieux.
26	20	L'absence d'évaluation périodique des pratiques de tri, comme recommandé par la circulaire du 11 janvier 2005, ne permet pas de garantir sa qualité et sa pérennité.
27	21	En ne respectant pas le niveau de remplissage des boîtes pour déchets perforants, l'établissement ne respecte pas les recommandations de la circulaire du 11 janvier 2005 en termes de précautions d'utilisation des emballages pour déchets.
27	22	L'absence de dates d'ouverture et de fermeture sur les boîtes et mini-collecteurs pour déchets perforants ne permet pas de s'assurer du respect des délais réglementaires d'élimination.
28	23	L'absence de date sur les emballages combinés ne permet pas de s'assurer du respect des délais réglementaires d'élimination.
28	24	En n'affichant pas les consignes et les protocoles internes relatifs au tri, l'établissement n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par le guide technique de la Direction générale de la santé édité en 2009.
28	25	En ne disposant pas d'emballage pour DASRI en nombre suffisant, l'établissement ne respecte pas les recommandations du guide technique de la Direction générale de la santé édité en 2009.
28	26	L'établissement ne dispose pas de supports adaptés pour les emballages souples contrairement aux recommandations du guide technique de la Direction générale de la santé édité en 2009.
29	27	En entreposant dans les salles de soins des DASRI conditionnés trop longtemps, l'établissement n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par le guide technique de la Direction générale de la santé édité en 2009.

H. ANNEXES

1. Liste des personnes rencontrées

- Responsable technique EHPAD
- Cadre de santé EHPAD
- IDE EHPAD
- Technicien et responsable prestataire [REDACTED]

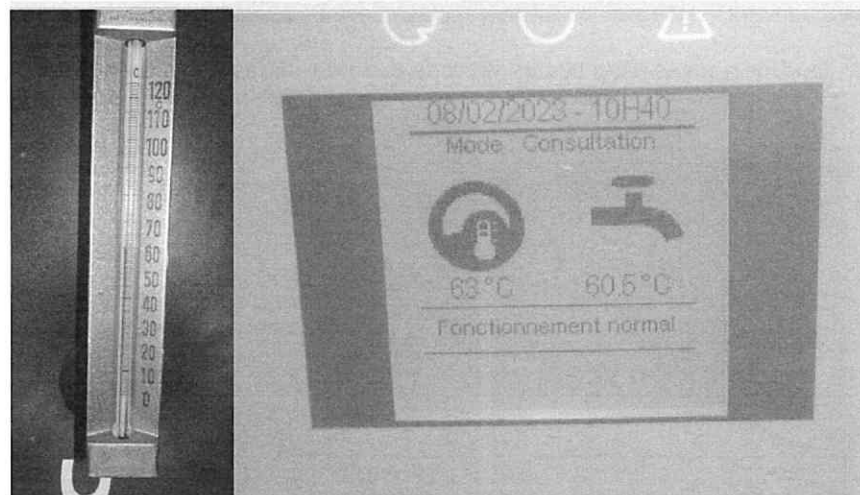
2. Documents et informations transmis et consultés au cours de l'inspection en complément du référentiel

Date du document	Organisme ou service émetteur	Intitulé du document
	[REDACTED]	Carnet sanitaire ECS
Pluriannuel	[REDACTED]	Résultats d'analyses légionelles
19/08/2022	[REDACTED]	Rapport de dépistage du radon 222

3. Rapport photographique

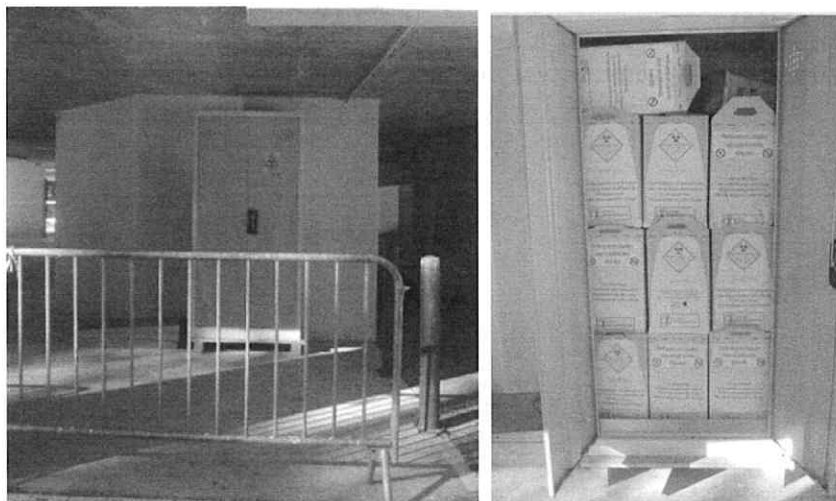


(température chaudière 1 et 2) température différentes : normal ?

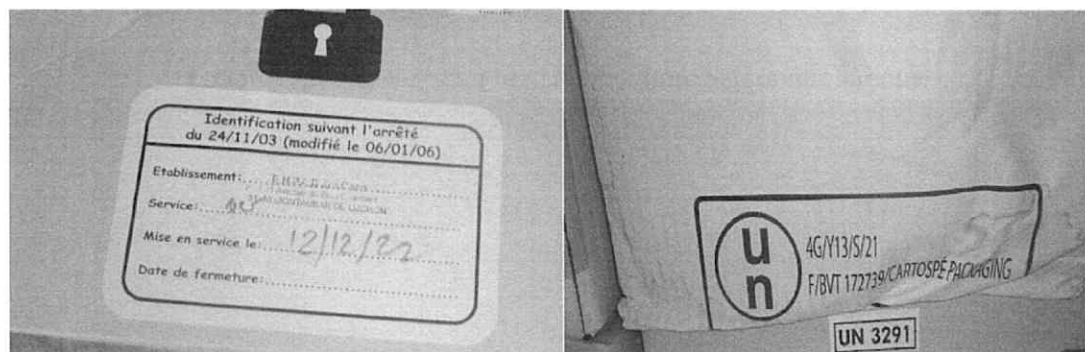


Ballon primaire alimentation de l'échangeur/ température échangeur à plaque

Rapport d'inspection – EHPAD ERA CASO – Montauban de Luchon (31) – 8 février 2023



Vue générale box dasri + état entreposage carton dasri avant transport



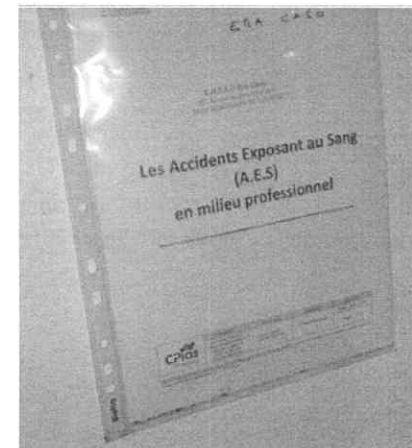
Détails carton DASRI (absence date fermeture, ouverture sup à 1mois, mauvais état d'un carton)

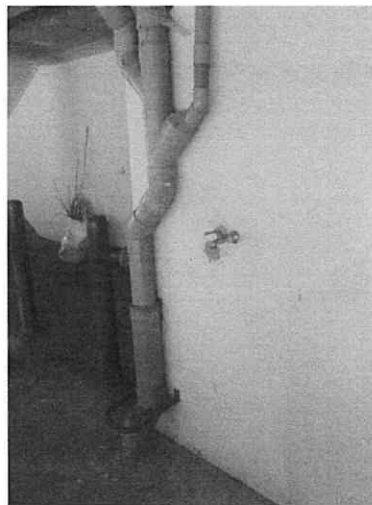


Camion [REDACTED]

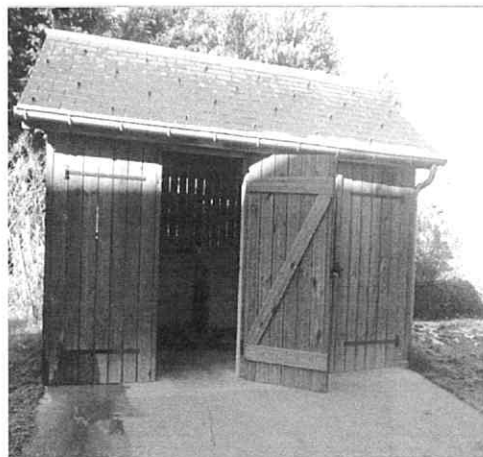


Infirmerie DASRI

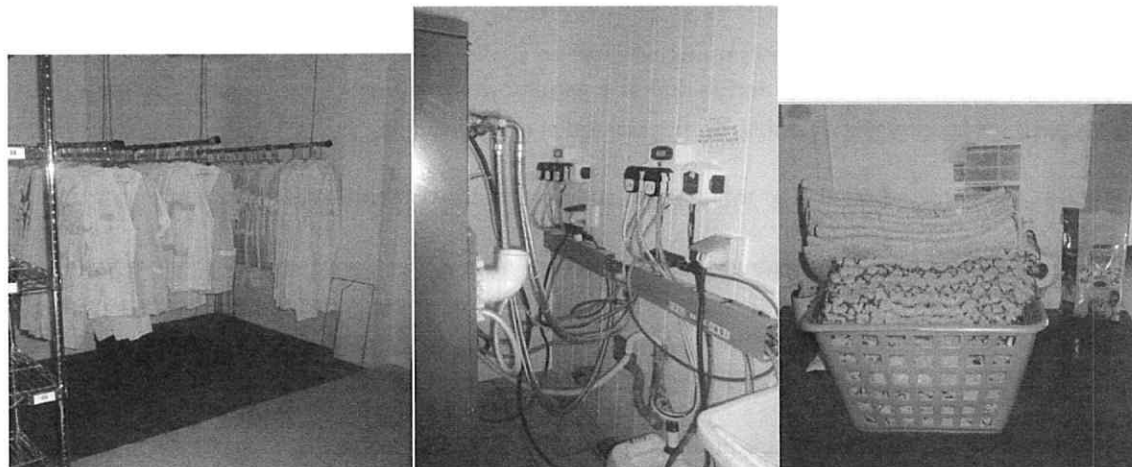




Vue générale de stockage OM avec centrale de lavage/ Point d'eau proche DASRI



Vue local à ordures ménagères cuisine



Lingerie stockage vêtement/pvc mur résistance au feu ?/ stockage linge sol dans lingerie



Dégât des eaux local salle coiffure

4. Textes de référence

Légionelles

- code de la santé publique, notamment les articles L. 1321-1, L. 1321-4, L. 1324-1, L. 1335-3 à L. 1335-5, L. 1337-10, L.1413-14 et R. 1321-1 à R. 1321-61 ;
- décret n° 2017-657 du 27 avril 2017 relatif à la prévention des risques sanitaires liés aux systèmes collectifs de brumisation d'eau ;
- arrêté du 7 août 2017 relatif aux règles techniques et procédurales visant à la sécurité sanitaire des systèmes collectifs de brumisation d'eau, pris en application de l'article R. 1335-20 du code de la santé publique ;
- arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales ;
- arrêté du 1^{er} février 2010 relatif à la surveillance des légionelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire ;
- arrêté du 11 janvier 2007 modifié relatif aux limites et références de qualité des eaux brutes et des eaux destinées à la consommation humaine mentionnées aux articles R. 1321-2, R. 1321-3, R. 1321-7 et R. 1321-38 du code de la santé publique ;
- arrêté du 30 novembre 2005 modifiant l'arrêté du 23 juin 1978 relatif aux installations fixes destinées au chauffage et à l'alimentation en eau chaude sanitaire des bâtiments d'habitation, des locaux de travail ou des locaux recevant du public ;
- avis paru le 19 septembre 2017 relatif à l'application de l'arrêté du 7 août 2017 portant sur les règles techniques et procédurales visant à la sécurité sanitaire des systèmes collectifs de brumisation d'eau, pris en application de l'article R. 1335-20 du code de la santé publique ;
- note d'information DGS/EA4/2015/118 du 13 avril 2015 relative aux conséquences de la modification de la norme NF T90-431 "Qualité de l'eau - Recherche et dénombrement de *Legionella spp.* et de *Legionella pneumophila* - Méthode par ensemencement direct et après concentration par filtration sur membrane ou centrifugation" (Révision 2014) ;
- circulaire DGS/EA4/2010/448 du 21 décembre 2010 relative aux missions des Agences régionales de santé dans la mise en œuvre de l'arrêté du 1^{er} février 2010 relatif à la surveillance des légionelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire ;
- circulaire interministérielle DGS/SD7A/DSC/DGUHC/DGE/DPPR/126 du 3 avril 2007 relative à la mise en œuvre de l'arrêté du 30 novembre 2005 modifiant l'arrêté du 23 juin 1978 relatif aux installations fixes destinées au chauffage et à l'alimentation en eau chaude sanitaire des bâtiments d'habitation, des locaux de travail ou des locaux recevant du public ;
- circulaire DGS/SD7A/DHOS/E4/DGAS/SD2/2005/493 du 28 octobre 2005 relative à la prévention du risque lié aux légionelles dans les établissements sociaux et médico-sociaux d'hébergement pour personnes âgées ;
- circulaire DHOS/EA/DGS/SD7A/2005/417 du 9 septembre 2005 relative au guide technique de l'eau dans les établissements de santé ;
- circulaire DHOS/E4/E2/DGAS/2C/DGS/7A n°377 du 3 août 2004 relative aux matériels de prévention et de lutte contre les fortes chaleurs dans les établissements de santé et les établissements d'hébergement pour personnes âgées ;
- circulaire DHOS/E2/DGS/SD5C/2004/21 du 22 janvier 2004 relative au signalement des infections nosocomiales et à l'information des patients dans les établissements de santé ;
- circulaire DGS n°2002/273 du 2 mai 2002 relative à la diffusion du rapport du Conseil supérieur d'hygiène publique de France relatif à la gestion du risque lié aux légionelles ;
- circulaire DGS/SD7A/SD5C-DHOS/E4 n°2002/243 du 22 avril 2002 relative à la prévention du risque lié aux légionelles dans les établissements de santé ;
- note d'information n° DGCS/SPA/DGS/EA4/2019/38 du 15 février 2019 relative à la prévention du risque de brûlure par eau chaude sanitaire et du risque de légionellose dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées ou pour personnes handicapées

- guide pratique du Ministère des solidarités et de la santé : *Systèmes collectifs de brumisation d'eau - Prévention de la légionellose : obligations et bonnes pratiques à mettre en œuvre* (janvier 2018) ;
- guide du HCSP : *Risque lié aux légionelles – Guide d’investigation et d’aide à la gestion* (juillet 2013) ;
- guide DGS/CSTB : *Maîtrise du risque de développement des légionelles dans les réseaux d’ECS – Défaillances et préconisations* (2012) ;
- guide pratique du CSTB : *Procédés de traitement des eaux à l’intérieur des bâtiments individuels ou collectifs* (juin 2011) ;
- guide du HCSP : *Risques sanitaires liés aux systèmes de brumisation d'eau* (juin 2011) ;
- guide DGS/CSTB : *Réseaux d’eau destinée à la consommation humaine à l’intérieur des bâtiments, guide technique de conception et de mise en œuvre* (partie 1, édition 2004) et de maintenance (partie 2, 2005) ;
- *Surveillance microbiologique de l’environnement dans les établissements de santé - Air, eaux et surfaces* du CTIN 2002 ;
- *100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales* du CTIN 1999.

Amiante

- code de la santé publique, notamment les articles L. 1334-12-1 à L. 1334-17, R. 1334-14 à R. 1334-29-9, annexe 13-9 (programmes de repérage de l'amiante mentionnés aux articles R.1334-20, R.1334-21 et R.1334-22) ;
- décret n°2011-629 du 3 juin 2011 relatif à la protection de la population contre les risques sanitaires liés à une exposition à l’amiante dans les immeubles bâtis ;
- arrêté du 26 juin 2013 relatif au repérage des matériaux et produits de la liste C contenant de l’amiante et au contenu du rapport de repérage ;
- arrêté du 21 décembre 2012 relatif aux recommandations générales de sécurité et au contenu de la fiche récapitulative du « dossier technique amiante » ;
- arrêté du 12 décembre 2012 fixant les conditions de certification des entreprises réalisant des travaux de retrait ou d’encapsulage d’amiante, de matériaux, d’équipements ou d’articles en contenant ;
- arrêté du 12 décembre 2012 relatif aux critères d’évaluation de l’état de conservation des matériaux et produits de la liste A contenant de l’amiante et au contenu du rapport de repérage (modifié par l'arrêté du 26 juin 2013) ;
- arrêté du 12 décembre 2012 relatif aux critères d’évaluation de l’état de conservation des matériaux et produits de la liste B contenant de l’amiante et du risque de dégradation lié à l’environnement ainsi que le contenu du rapport de repérage (modifié par l'arrêté du 26 juin 2013) ;
- arrêté du 19 août 2011 relatif aux modalités de réalisation des mesures d’empoussièrement dans l’air des immeubles bâtis.
- arrêté du 22 août 2002 relatif aux consignes générales de sécurité du dossier technique « amiante », au contenu de la fiche récapitulative et aux modalités d’établissement du repérage, pris pour l'application de l'article 10-3 du décret n° 96-97 du 7 février 1996 modifié (abrogé par l'arrêté du 12 décembre 2012).

DASRI

- code de la santé publique, notamment les articles R1335-1 à R1335-14 ;
- arrêté du 29 mai 2009 relatif aux transports de marchandises dangereuses par voies terrestres (dit « arrêté TMD ») (modifié par arrêtés du 5 août 2009, du 2 décembre 2009, du 9 décembre 2010, du 12 décembre 2012, du 27 décembre 2013, du 2 décembre 2014, du 1^{er} juillet 2015, du 28 novembre 2016, du janvier 2017, du 21 septembre 2017, du 7 décembre 2017 et du 3 avril 2018) ;
- arrêté du 24 novembre 2003 relatif aux emballages des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques d'origine humaine (modifié par l'arrêté du 6 janvier 2006 et l'arrêté du 27 juin 2016) ;
- arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques (modifié par les arrêtés du 14 octobre 2011 et du 20 mai 2014) ;
- arrêté du 7 septembre 1999 relatif au contrôle des filières d'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques (modifié par les arrêtés du 14 octobre 2011 et du 20 mai 2014) ;
- circulaire DHOS/DGS/DRT n°34 du 11 janvier 2005 relative au conditionnement des DASRIA ;
- circulaire DH/DGS n°554 du 1^{er} septembre 1998 relative à la collecte des objets piquants, tranchants souillés ;
- guide technique « Déchets d'activité de soins à risques : Comment les éliminer ? » de la Direction générale de la santé édité en 2009.

Radon

- code de la santé publique, notamment les articles L1333-22 à 24 et R1333-28 à 36 ;
- article 36 du décret n°2008-434 du 4 juin 2018 portant diverses dispositions en matière nucléaire ;
- arrêté du 26 février 2019 relatif aux modalités de gestion du radon dans certains établissements recevant du public et de diffusion de l'information auprès des personnes qui fréquentent ces établissements ;
- arrêté du 20 février 2019 relatif aux informations et recommandations sanitaires à diffuser à la population en vue de prévenir les effets d'une exposition au radon dans les immeubles bâtis ;
- arrêté du 27 juin 2018 portant délimitation des zones à potentiel radon du territoire français ;
- arrêté du 22 juillet 2015 portant homologation de la décision n° 2015-DC-0506 de l'Autorité de sûreté nucléaire du 9 avril 2015 relative aux conditions suivant lesquelles il est procédé à la mesure de l'activité du radon prise en application de l'article R. 1333-15 du code de la santé publique ;
- arrêté du 5 juin 2009 portant homologation de la décision n° 2009-DC-0134 de l'Autorité de sûreté nucléaire du 7 avril 2009 fixant les critères d'agrément des organismes habilités à procéder aux mesures de l'activité volumique du radon, la liste détaillée des informations à joindre à la demande d'agrément et les modalités de délivrance, de contrôle et de retrait de l'agrément, prise en application des dispositions de l'article R. 1333-15-1 du code de la santé publique ;
- circulaire DGSNR/SD7 n° DEP-SD7-1757-2004 du 20 décembre 2004 relative aux nouvelles missions des directions départementales et régionales des affaires sanitaires et sociales pour la gestion du risque radon dans les lieux ouverts au public.

5. Glossaire

- ARS : Agence Régionale de Santé
- ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
- CODERST : COncil Départemental de l'Environnement et des Risques Sanitaires et Technologiques.
- COFRAC : COmité FRançais d'ACcréditation
- CSHPF : Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France
- CSP : code de la santé publique
- CSTB : Centre Scientifique et Technique du Bâtiment
- DASRI : Déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux
- DTA : Dossier Technique Amiante
- ECS : Eau Chaude Sanitaire
- EF : Eau Froide
- EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
- EM : Eau Mitigée
- EMH : Equipe Mobile d'Hygiène
- ESMS : Etablissement Social et Médico-Social
- FR : Fiche Récapitulative
- GE : Grand Emballage
- GRV : Grand Récipient pour Vrac
- HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique
- IRSN : Institut de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire
- MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
- MCPA : Matériaux et Produits Contenant de l'Amiante
- OM : Ordures Ménagères
- PAOH : Pièce Anatomique d'Origine Humaine
- PRED : Personne Responsable de l'Elimination des Déchets
- TMD : Transport de Matériaux Dangereux
- SO : Sans objet