

Service émetteur : **Délégation Départementale de l'Aude**

Date : 18/07/2024

N° PRIC : MS_2024_11_CS_01

Courrier RAR n° [REDACTED]

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie

À

SAS Résidence la Montagne
44 rue Cambronne
75015 PARIS

Copie de cet envoi à Monsieur le Directeur de l'établissement

Objet : Inspection de l'EHPAD La Montagne - Clôture de la procédure contradictoire et notification des décisions définitives

PJ : Tableau de synthèse des mesures correctives définitives

Madame, Monsieur,

Suite à l'inspection réalisée dans votre établissement en date du 28 mars 2024, je vous ai invité, par lettre d'intention en date du 31 mai 2024, à communiquer vos observations, en réponse, à la proposition de mesures correctives,

Dans le cadre de la procédure contradictoire, vous avez transmis vos remarques, en date du 25 juin 2024.

Après recueil et analyse de vos observations, je vous notifie ma décision définitive, en vous demandant de mettre en œuvre, dans les délais impartis, les mesures correctrices, énumérées dans le tableau joint au présent courrier.

Ces actions vous permettront d'améliorer la qualité de l'accompagnement des résidents, ainsi que les conditions d'organisation et de fonctionnement de votre établissement.

Au fur et à mesure de la mise en œuvre de ces mesures, selon l'échéancier précisé, vous voudrez bien transmettre à la Délégation départementale de l'Aude, en charge du suivi de votre dossier, tous les éléments permettant de vérifier le respect des prescriptions.

Le cas échéant, j'organiserai un contrôle d'effectivité.

En application des articles L121-1 et L122-1 du Code des relations entre le public et l'administration qui régissent les modalités de la procédure contradictoire préalable, les prescriptions retenues à l'issue de cette procédure ont la valeur d'une décision administrative.

.../...

Un recours gracieux motivé peut être adressé à mes services dans un délai de deux mois suivant la notification du présent courrier, étant précisé qu'en l'absence de réponse de l'Administration dans un délai de deux mois à compter de la date de réception de votre recours, celui-ci devra être considéré comme implicitement rejeté.

Dans un délai franc de deux mois à compter de sa notification et sans préjudice d'un éventuel recours hiérarchique auprès de Madame la Ministre du Travail, de la Santé et des Solidarités, la présente décision ouvre droit à une voie de recours contentieux près du tribunal administratif territorialement compétent qui peut également être saisi par l'application informatique « Télerecours citoyens » accessible sur le site internet « www.telerecours.fr ».

Je sais pouvoir compter sur votre pleine implication et celle de vos équipes pour poursuivre les réflexions au sein de l'établissement et les démarches d'amélioration déjà engagées.

Je vous prie d'agrérer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Le Directeur général

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Didier JAFFRE".

Didier JAFFRE

Tableau de synthèse des écarts/remarques et des mesures correctrices exigées
ou envisagées
Inspection de l'EHPAD La Montagne, situé à CUXAC-CABARDES, géré par le Groupe PHILOGERIS

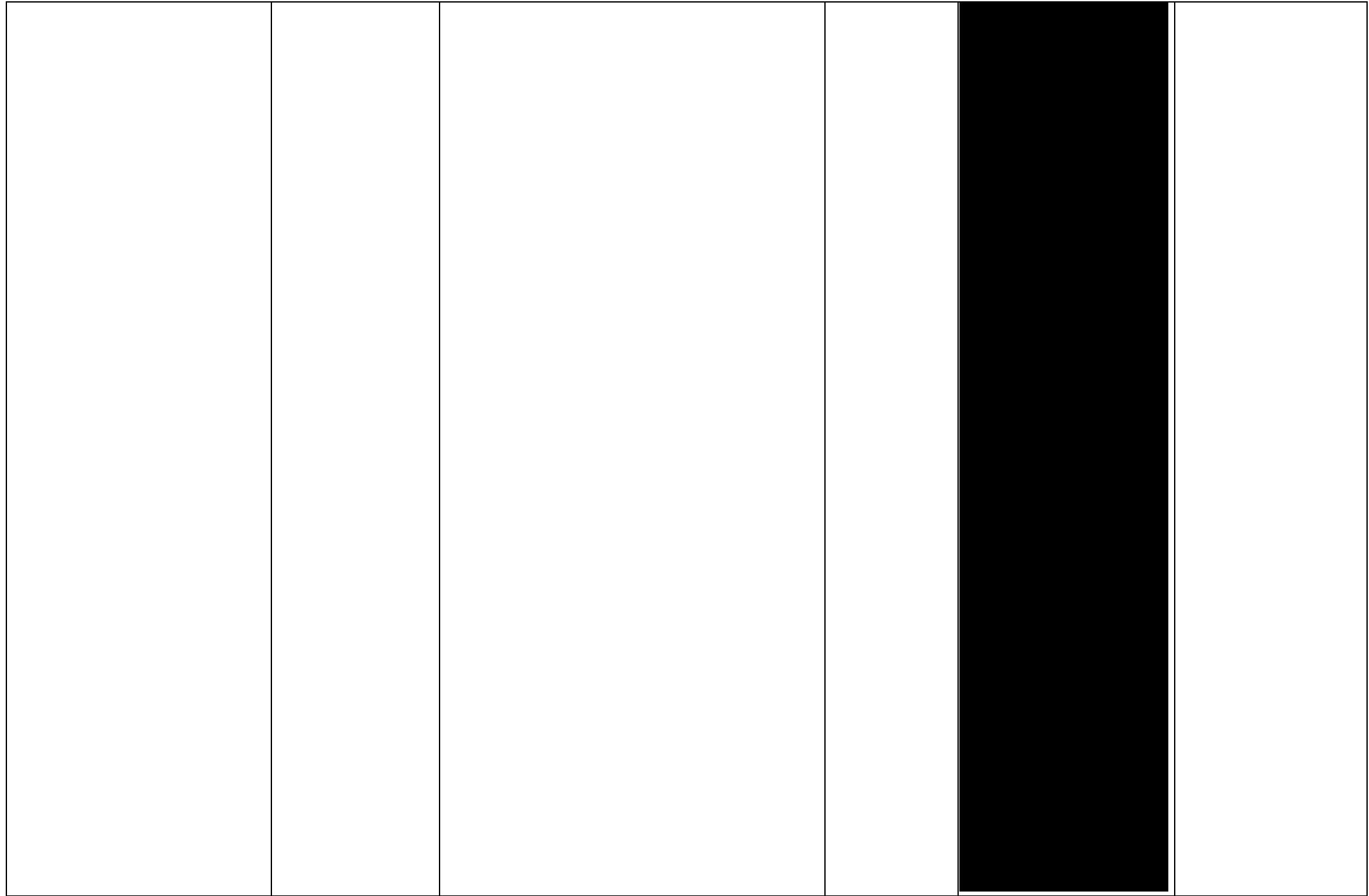
Les délais de mise en œuvre indiqués dans ce tableau s'appliquent à la date de clôture de la procédure contradictoire.

Ecart	Rappel de la réglementation	Nature de la mesure attendue (Injonction – Prescription - Recommandation)	Délais de mise en œuvre	Réponse Organisme Gestionnaire	Réponse ARS
Ecart n°1 : Le registre des entrées et sorties des résidents n'est pas paraphé par le maire.	Article R331-5 du CASF.	Prescription n°1 : L'établissement doit s'assurer que le registre des entrées et sorties est bien paraphé (en version papier ou numérique) par le maire de la commune.	Immédiat		Retrait de la prescription
Ecart n°2 : Le projet d'établissement doit désormais répondre au contenu minimal	Articles L311-8 et D311-38-3 du CASF	Prescription n°2 : Actualiser le projet d'établissement en cours d'élaboration avec les informations citées à l'article D311-38-3 du CASF.	6 mois		Maintien de la prescription
Ecart n°3 : Le CVS est bien présent au sein de la structure, et trois réunions sont animées par an. En revanche, le CVS nécessite de se mettre en accord avec la réglementation actuelle (signature des comptes rendus et du règlement intérieur, désignation du représentant du personnel, etc...)	Articles L311-6, D311-3 à 20 et D311-26 à 32-1 CASF	Prescription n°3 : Remettre le conseil de la vie sociale en conformité des articles D311-3 à 32 du CASF, notamment concernant la désignation de membres du personnel au CVS, et la signature et diffusion des comptes rendus des différents CVS.	4 mois		Retrait de la prescription
Ecart n°4 : Les résultats de l'enquête de satisfaction ne sont pas affichés dans l'espace d'accueil, ni présentés officiellement en CVS	Article D311-15 CASF	Prescription n°4 : Communiquer les résultats des enquêtes de satisfaction au CVS, et les afficher au sein de la structure.	Immédiat		Retrait de la prescription

Ecart n°5 : La structure ne possède pas de temps de coordination médicale. L'établissement a indiqué avoir une procédure de recrutement en cours. La mission a tenu à souligner l'organisation locale avec le conventionnement avec 3 médecins généralistes de la commune	Article L313-12 V CASF	Prescription n°5 : Procéder au recrutement d'un médecin coordinateur. La mission prend acte de la procédure de recrutement en cours.	4 mois		Maintien de la prescription. La mission note le dispositif de téléconsultation mis en place dans l'attente d'un recrutement de médecin coordinateur. L'établissement doit tenir l'ARS informée de l'avancée du recrutement.
Ecart n°6 : Le référent pour les activités physiques et sportives n'est pas identifié de manière concrète sur les documents fournis.	Articles L311-12 et D311-40 du CASF	Prescription n°6 : Identifier de manière concrète un référent pour les activités physiques et sportives des résidents au sein de l'établissement.	Immédiat		Retrait de la prescription
Ecart n°7 : Au jour de l'inspection, les démarches de réponses à l'appel malade ne sont pas respectées par tout le personnel.	Article L311-3 du CASF	Prescription n°7 : S'assurer de la bonne assimilation de la procédure de réponse aux appels malades par tout le personnel impliqué pour garantir un temps de réponse rapide.	Immédiat		Retrait de la prescription
Ecart n°8 : Le règlement de fonctionnement de l'établissement, la composition	Article D318-38-4 du CASF	Prescription n°8 : Le règlement de fonctionnement, la composition du CVS et son dernier compte rendu doivent être affichés au	Immédiat		Retrait de la prescription

du CVS et son dernier compte-rendu ne sont pas affichés.		sein de l'établissement, de même que le projet d'établissement en cours d'élaboration, lorsqu'il sera validé.			
Ecart n°9 : La consultation d'un échantillon de dossiers ne permet pas de retrouver tous les documents règlementaires signés (contrat signés, charte des droits et libertés, règlement de fonctionnement signé, état les lieux, etc...).	Articles L311-4, D311, L311-7-1 du CASF	Prescription n°9 : Mettre en place une tenue des dossiers RH permettant un suivi facilité de la conformité de toutes les pièces les composant. Cette mesure peut être sous format papier ou numérique.	3 mois		Retrait de la prescription
Ecart n°10 : Le GIR n'est pas évalué par un médecin coordonnateur.	Articles D 312-158 CASF, R 314-170 et 170-1 du CASF	Voir prescription n°5	6 mois		Maintien de la prescription.
Ecart n°11 : Le branchement sur le réseau public d'adduction d'eau potable n'étant pas protégé par un dispositif de protection, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article R.1321-57 du code de la santé publique. En l'absence de dispositif de protection contre les retours d'eau sur l'arrivée générale d'eau froide, le réseau intérieur de l'établissement peut perturber le fonctionnement du réseau d'eau publique.	Article R.1321-57 du code de la santé publique	Prescription n°10 : Installer un dispositif de protection contre les retours d'eau au niveau du branchement sur le réseau public d'adduction d'eau potable et procéder à sa maintenance conformément aux articles R.1321-57 et -61 du Code de la Santé Publique et adapté tel que mentionné dans le guide du CSTB.	3 mois		Maintien de la prescription.

<p>Ecart n°12 : En n'ayant pas précisé la stratégie de surveillance (absence d'une liste précise et argumentée, notamment en termes de représentativité, des points suivis) dans le protocole relatif à la surveillance des températures, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article 3 de l'arrêté du 1er février 2010 et de la circulaire du 28 octobre 2005.</p>	<p>Arrêté du 1^{er} février 2010 relatif à la surveillance des légionnelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire</p>	<p>Prescription n°11 : Préciser, dans le protocole relatif à la surveillance de la température de l'eau, la localisation, l'identification des points de surveillance de la température de l'eau et les motifs de ce choix en y précisant la stratégie de surveillance.</p>	<p>3 mois</p>		<p>Maintien de la prescription.</p>
<p>Ecart n°13 : Les résultats des analyses sur les prélevements du 20/11/2023 ne sont pas conformes aux dispositions de l'article 4 de l'arrêté du 1er février 2010.</p>	<p>Arrêté du 1^{er} février 2010 relatif à la surveillance des légionnelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire</p>	<p>Prescription n°12 : Mettre en œuvre des actions, dont une recherche des causes de la contamination, afin que les réseaux d'eau ne soient plus contaminés par les légionnelles et renforcer la surveillance.</p>	<p>1 mois</p>		<p>La stratégie d'échantillonnage n'a pas été revue suite à cette contamination.</p> <p>La mission note la réalisation d'une étude de faisabilité de l'équilibrage et l'établissement de plans des réseaux d'eau avec les travaux à engager. L'ARS devra être informée des suites données à cette étude (travaux et mesures mis en œuvre).</p> <p>En vue des démarches engagées, le délai de réalisation de la prescription est réévalué à 6 mois.</p>



<p>Ecart n°14 : Contrairement à l'arrêté du 1er février 2010, à la circulaire du 28 octobre 2005 et au guide annexé à la circulaire du 21 décembre 2010, l'établissement ne dispose pas de fichier sanitaire comprenant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le descriptif de l'établissement et des réseaux d'eau, - les plans des réseaux complets 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 volumes consommés (EF/ECS). 	Arrêté du 1er février 2010 relatif à la surveillance des légionnelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire	<p>Prescription n° 13 : Compléter le fichier sanitaire, conformément à l'arrêté du 1^{er} février 2010, au guide annexé à la circulaire du 21 décembre 2010 et circulaire du 28 octobre 2005, en y incluant toutes les informations concernant la gestion de l'eau dans l'établissement dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le descriptif de l'établissement et des réseaux d'eau, - les plans des réseaux complets 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 et leurs mises à jour lors des modifications de configuration des réseaux, - les volumes consommés (EF/ECS). 	3 mois		Maintien de la prescription.
<p>Ecart n°15 : La fiche récapitulative du dossier technique amiante n'est pas conforme aux dispositions de l'annexe 2 de l'arrêté du 21 décembre 2012 relatif aux recommandations générales de sécurité et au contenu de la fiche récapitulative du</p>	Arrêté du 21 décembre 2012 relatif aux recommandations générales de sécurité et au contenu de la fiche récapitulative du	<p>Prescription n°14 : Compléter la fiche récapitulative avec les éléments d'information mentionnés dans l'arrêté du 21 décembre 2012 et notamment avec des plans, photos et/ou croquis permettant de localiser rapidement les locaux, et dans ces locaux la localisation plus précise, des matériaux ou produits contenant de l'amiante (liste B). En l'occurrence : tout document (plan,</p>	6 mois		Maintien de la prescription.

<p>fiche récapitulative du « dossier technique amiante » notamment en ce qui concerne la présence de documents (plans, photos et/ou croquis) permettant de localiser rapidement les matériaux ou produits contenant de l'amiante, les plans de masse annexés ne permettant pas de localiser la chambre 63 et l'absence de croquis ne permettant pas de localiser, dans cette chambre, la zone de présence de matériaux contenant de l'amiante (liste B) confinés.</p>	<p>« dossier technique amiante »</p>	<p>croquis et/ou photo) permettant de localiser la chambre 63 et, dans la chambre 63, la zone concernée par la présence, même confinés, de matériaux ou produits contenant de l'amiante.</p>			
<p>Ecart n°16 : En ne communiquant pas le dossier technique amiante aux entreprises ou aux personnels techniques à l'occasion de travaux ou d'opérations de maintenance, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R.1334-29-5 du code de la santé publique.</p>	<p>Article R.1334-29-5 du code de la santé publique.</p>	<p>Prescription n° 15 : Communiquer le dossier technique amiante (DTA) à toute personne physique ou morale appelée à effectuer des travaux dans l'immeuble bâti et conserver une attestation écrite de cette communication, conformément à l'article R.1334-29-5 du Code de la Santé Publique.</p>	<p>3 mois</p>		<p>Retrait de la prescription. Le document de traçabilité de la communication du DTA aux personnes physiques ou morales appelées à effectuer des travaux dans ce bâtiment devra être tenu à jour (transmission pour signature aux personnes recevant communication du DTA)</p>
<p>Ecart n°17 : Contrairement aux dispositions de l'article R.1334-29-5 du code de la santé publique, le responsable de l'établissement ne conserve pas</p>	<p>Article R.1334-29-5 du code de la santé publique.</p>	<p>Prescription n° 16 : Conserver une attestation écrite de la communication du dossier technique amiante (DTA) aux entreprises appelées à effectuer des travaux dans l'établissement,</p>	<p>3 mois</p>		<p>Retrait de la prescription. Le document de traçabilité de la</p>

d'attestation écrite de la communication du dossier technique amiante aux personnes mentionnées au II, 2° de l'article R.1334-29-5 du code de la santé publique.		conformément à l'article R.1334-29-5 du Code de la Santé Publique.			communication du DTA aux personnes physiques ou morales appelées à effectuer des travaux dans ce bâtiment devra être tenu à jour (transmission pour signature aux personnes recevant communication du DTA)
Ecart n°18 : Contrairement aux dispositions de l'article R.1334-29-5 du code de la santé publique, les occupants de ce bâtiment, les représentants du personnel et, le cas échéant, les médecins du travail ne sont pas informés des modalités de consultation du dossier technique amiante.	Article R.1334-29-5 du code de la santé publique.	Prescription n° 17 : Informer des modalités de consultation du DTA conformément à l'article R.1334-29-5 du Code de la Santé Publique et conserver les justificatifs de cette information.	3 mois		Maintien de la prescription (absence de transmission de preuve de mise en place de cet affichage).
Ecart n°19 : En n'ayant pas communiqué la fiche récapitulative du dossier technique amiante aux occupants des locaux, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R.1334-29-5 du code de la santé publique.	Article R.1334-29-5 du code de la santé publique.	Prescription n° 18 : Communiquer la fiche récapitulative du dossier technique amiante (DTA) aux occupants de l'établissement, conformément à l'article R.1334-29-5 du Code de la Santé Publique et conserver les justificatifs de cette communication.	3 mois		Maintien de la prescription (absence de transmission de preuve de cet affichage).
Ecart n°20 : 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	Arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif aux modalités d'entreposage	Prescription n° 19 : Peser les DASRI avant enlèvement pour s'assurer que la fréquence de collecte corresponde à l'une des fréquences mentionnées aux articles 2, 3 et 4 et de l'arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif aux modalités d'entreposage.	Immédiat		Transmettre un bilan des emballages DASRI qui auront été pesés depuis la mise en place de la balance

tels que prévus par les articles 2 à 4 de l'arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif aux modalités d'entreposage.					
Ecart n°21 : Le format de la convention n'est pas conforme aux dispositions de l'annexe I de l'arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif au contrôle des filières d'élimination des DASRI et des PAOH. Il manque les informations suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - Coordonnées administratives du prestataire de services ; - Durée du service assuré par le prestataire ; - Police d'assurance ; - Clauses de résiliation de la convention. 	Arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif au contrôle des filières d'élimination des DASRI et des PAOH	<p>Prescription n° 20 : Faire figurer dans la convention, conformément à l'arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif au contrôle des filières d'élimination les informations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coordonnées administratives du prestataire de services ; - Durée du service assuré par le prestataire ; - Police d'assurance ; - Clauses de résiliation de la convention. 	2 mois		<p>Maintien de la prescription.</p> <p>Les documents transmis ne comprennent pas :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les coordonnées du prestataire de service (qui assure la collecte) ; - La police d'assurance ; - Les clauses de résiliation de la convention. <p>La convention doit être actualisée, et ces éléments doivent apparaître sur la convention.</p>
Ecart n°22 : L'absence de date de réception par l'établissement sur les bordereaux renvoyés par l'installation de traitement, après élimination des DASRI, ne permet pas de vérifier la conformité aux dispositions des articles 6 et 7 de l'arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif	Arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif au contrôle des filières d'élimination des DASRI et des PAOH	<p>Prescription n° 21 : Faire figurer la date de réception sur les bordereaux renvoyés à l'établissement conformément à l'arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif au contrôle des filières d'élimination.</p>	Immédiat		<p>Transmettre une copie des 3 derniers bordereaux de suivi cerfa n°115352 réceptionnés</p>

au contrôle des filières d'élimination.					
Ecart n°23 : 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.	Arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif au contrôle des filières d'élimination des DASRI et des PAOH	Prescription n° 22 : disposer d'un état récapitulatif annuel des opérations d'incinération des DASRI, conformément à l'arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif au contrôle des filières d'élimination.	6 mois		Maintien de la prescription.
Ecart n°24 : Contrairement à l'article 5 et à l'annexe II de l'arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif au contrôle des filières d'élimination des DASRI et des PAOH, l'établissement ne dispose pas de tous les bons de prise en charge.	Arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif au contrôle des filières d'élimination des DASRI et des PAOH	Prescription n° 23 : Émettre un bon de prise en charge lors de la remise des DASRI au prestataire de services, conformément à l'arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif au contrôle des filières d'élimination	Immédiat		Transmettre une copie des bons de prise en charge complétés des 6 derniers mois
Ecart n°25 : Le suivi de l'élimination des DASRI n'est pas conforme aux dispositions de l'article 5 et de l'annexe II de l'arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif au contrôle des filières d'élimination des DASRI et des PAOH (absence de signature du PRED sur les bons de prise en charge).	Arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif au contrôle des filières d'élimination des DASRI et des PAOH	Prescription n° 24 : Compléter les bons de prise en charge avec l'ensemble des informations listées en annexe II de l'arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif au contrôle des filières d'élimination, notamment la signature du PRED.	Immédiat		Transmettre une copie des bons de prise en charge complétés des 6 derniers mois
Ecart n°26 : Les DASRI liquides ne sont pas entreposés conformément aux dispositions de l'article 7 de l'arrêté du 24 novembre 2003 modifié relatif	Arrêté du 24 novembre 2003 modifié relatif aux emballages des DASRI et des PAOH.	Prescription n° 25 : Utiliser des emballages (futs et jerricans en plastique) répondant à la norme F EN ISO 23 907 : 2019 conformément à l'arrêté du 24 novembre 2003 modifié relatif aux emballages pour les DASRI liquides	3 mois		Maintien de la prescription

aux emballages des DASRI et des PAOH.					
Ecart n°27 : En n'identifiant pas les emballages (mini-collecteurs et boîtes pour déchets perforants et « emballages combinés »), l'établissement contrevient aux dispositions de l'article 11 de l'arrêté du 24 novembre 2003 modifié relatif aux emballages.	Arrêté du 24 novembre 2003 modifié relatif aux emballages des DASRI et des PAOH.	Prescription n° 26 : Mentionner le nom de l'établissement sur tous les emballages conformément à l'arrêté du 24 novembre 2003 modifié relatif aux emballages.	Immédiat		Retrait de la prescription
Ecart n°28 : 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.	Article R.1335-6 du code de la santé publique	Prescription n° 27 : Veiller à la fermeture temporaire des emballages conformément à l'article R.1335-6 du Code de la Santé Publique.	Immédiat		Retrait de la prescription.
Ecart n°29 : En n'ayant pas annexé le dernier rapport d'intervention au registre de sécurité suite aux dernières mesures, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R.1333-35 du code de la santé publique.	Article R.1333-35 du code de la santé publique.	Prescription n° 28 : Annexer le dernier rapport d'intervention au registre de sécurité conformément à l'article R.1333-35 du Code de la Santé Publique	3 mois		Retrait de la prescription.
Ecart n°30 : 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.	Article R.1333-35 du code de la santé publique.	Prescription n° 29 : Communiquer les résultats des mesures du radon aux personnes qui fréquentent l'établissement, conformément à l'article R. R.1333-35 II du Code de la Santé Publique et conserver les justificatifs de cette communication.	3 mois		Maintien de la prescription (absence de transmission de preuve de cet affichage).

Remarque	Recommandation	Délais de mise en œuvre	Réponse Organisme Gestionnaire	Réponse ARS
Remarque n°1 : l'EHPAD a dû faire face à une certaine désaffection et s'attache à regagner sa place dans l'environnement en répondant au capacitaire de son autorisation.	Recommandation n°1 : Poursuivre la politique permettant la remontée de la capacité pour atteindre le capacitaire autorisé.	6 mois		Maintien de la recommandation. L'établissement devra faire un point à 6 mois à l'ARS concernant son capacitaire.
Remarque n°2 : Les astreintes de direction, ainsi que la continuité des fonctions de direction durant les congés, ne sont pas formalisées.	Recommandation n°2 : Formaliser les astreintes de direction de manière permanente, pour ne pas avoir à effectuer des délégations temporaires à chaque absence du directeur.	3 mois		Maintien de la recommandation.
Remarque n°3 : le livret d'accueil fait état de référents maltraitance, sans précision sur cette fonction.	Recommandation n°3 : Préciser les modalités de désignation, le rôle, et la formation des référents maltraitance.	Immédiat		Retrait de la recommandation.

Remarque n°4 : Il n'existe pas de cahier de doléance au sein de l'établissement.	Recommandation n°4 : Mettre en place un système de recueil de la parole des résidents ou des familles, accessibles à tous sans devoir passer par un membre du personnel.	3 mois		Maintien de la recommandation.
Remarque n°5 : La mission n'a pas eu connaissance de compte rendu de réunion de proximité. Le dialogue social interne à l'EHPAD n'a pas été formalisé.	Recommandation n°5 : Mettre en place des réunions en interne, avec le représentant de proximité (représentant le personnel aux CSE de l'échelon national), pour préparer les CSE et communiquer les informations relatives à cette instance.	3 mois		Maintien de la recommandation.
Remarque n°6 : Le protocole de signalement n'est pas complet : Le département n'a pas été inclus dans	Recommandation n°6 : Actualiser le protocole de signalement en indiquant	Immédiat		Retrait de la recommandation.

le processus de déclaration des EIG. Les coordonnées de l'ARS inscrites dans le protocole de signalement des évènements indésirables ne sont pas à jour. Les coordonnées du Département ne sont pas indiquées.	la nouvelle adresse ARS ainsi que le contact du département.		couloir administratif et rappel de la procédure au réunion pluridisciplinaire le 11/06/2024	
Remarque n°7 : L'organisation actuelle des locaux est en adéquation avec le nombre actuel de résidents accueillis.	Recommandation n°7 : Dans la mesure ou l'établissement souhaite répondre à son capacitaire, une réflexion sur l'organisation des locaux (chambres doubles, salles de bains, etc...) pourrait être engagée.	6 mois		Maintien de la recommandation.
Remarque n°8 : le dernier PV de la commission de sécurité n'a pas été transmis.	Recommandation n°8 : Transmettre le dernier procès-verbal de la commission de sécurité.	Immédiat	PV de la commission de sécurité en pièce jointe	Retrait de la recommandation.
Remarque n°9 : Le dispositif d'alerte n'est pas adapté à la sécurité des résidents en cas de chute.	Recommandation n°9 : Proposer aux résidents sujets aux chutes à répétition une alternative aux alertes malades non adaptées.	6 mois		Maintien de la recommandation.
Remarque n°10 : L'identification de la personne qualifiée n'apparaît pas dans les documents remis aux résidents (L311-5 du CASF)	Recommandation n°10 : Suite à la désignation récente de la personne qualifiée sur le département de l'Aude, l'établissement doit identifier cette dernière dans les documents remis aux résidents ainsi que dans le projet d'établissement.	Immédiat	Affichage sur le deuxième panneau d'affichage de la notification de la personne qualifiée de l'Aude, cette information a été ajouté aux demandes de résidents entrant et a été communiqué par email à l'ensemble des familles et résidents présents le 07/06/2024.	Retrait de la recommandation.
Remarque n°11 : L'organisation actuelle du personnel est en adéquation avec le nombre actuel de résidents accueillis.	Recommandation n°11 : Dans la mesure ou l'établissement souhaite répondre à son capacitaire, une réflexion sur l'organisation du personnel pourrait être engagée.	6 mois		Maintien de la recommandation.
Remarque n°12 : Certaines conventions n'ont pas été réactualisées, faisant apparaître une	Recommandation n°12 : Revoir l'ensemble des conventions, et les réactualiser si besoin en faisant	3 mois		Maintien de la recommandation.

ancienne dénomination de la structure, et l'ancien gestionnaire	apparaître le gestionnaire et la dénomination actuels de l'établissement.			
Remarque n°13 : La méconnaissance quant à l'équilibrage du réseau d'ECS ne permet pas de s'assurer de l'absence de conditions favorables au développement des légionnelles (Annexe de la circulaire du 21 décembre 2010).	Recommandation n°13 : Assurer l'équilibrage du réseau d'ECS.	1 mois	[REDACTED]	Maintien de la recommandation (mesures préconisées par l'étude de faisabilité de l'équilibrage ECS transmises non mises en œuvre). En vue des démarches engagées, le délai de réalisation de la prescription est réévalué à 6 mois.
Remarque n°14 : L'absence de PV d'équilibrage ne permet pas de s'assurer de l'opérationnalité de l'équilibrage ni de l'entretenir.	Recommandation n°14 : Disposer du PV d'équilibrage du réseau.	3 mois		Maintien de la recommandation. En vue des démarches engagées, le délai de réalisation de la prescription est réévalué à 6 mois.
Remarque n°15 : L'absence de calorifugeage complet des réseaux d'ECS et d'EF ne permet pas de garantir le maintien des températures de l'ECS et de l'EF pour limiter le développement des légionnelles (circulaire du 28 octobre 2005 et guide annexé à circulaire du 21 décembre 2010).	Recommandation n°15 : Calorifuger complètement et séparément les réseaux d'ECS et d'EF.	1 an		Maintien de la recommandation.
Remarque n°16 : L'état du calorifugeage n'est pas satisfaisant pour garantir le maintien en température de l'ECS (annexe de la circulaire du 21 décembre 2010).	Voir recommandation n°15	1 an		Maintien de la recommandation.
Remarque n°17 : Contrairement aux recommandations du CSTB (guide technique, partie 1), les équipements à risque (douchette de plonge, mitigeur	Recommandation n°16 : Mettre en place les dispositifs de protection contre les retours d'eau et les entretenir ou les remplacer conformément aux recommandations du CSTB.	3 mois		Maintien de la recommandation.

thermostatique) raccordés à un réseau d'EF et d'ECS ne sont pas tous munis d'un dispositif de protection, intégré ou non, permettant d'éviter tout retour d'EF dans l'ECS et inversement.				
Remarque n°18 : L'examen annuel de l'état du calorifugeage n'est pas réalisé contrairement aux recommandations du CSTB (guide technique, partie 2). L'examen annuel de l'état du calorifugeage n'est pas réalisé contrairement aux recommandations du CSTB (guide technique, partie 2).	Recommandation n°17 : Vérifier annuellement le calorifugeage conformément aux recommandations du CSTB et assurer la traçabilité de cet examen et de ses résultats	6 mois		Maintien de la recommandation.
Remarque n°19 : L'établissement ne vérifie pas l'équilibrage des réseaux tous les 2 ans comme recommandé par le CSTB (guide technique, partie 2).	Recommandation n°18 : Dès mise en place de l'équilibrage du réseau d'eau chaude sanitaire (voir recommandations 13 et 14), mettre en place une vérification régulière de cet équilibrage.	À compter de l'équilibrage du réseau		Maintien de la recommandation.
Remarque n°20 : La chasse annuelle pour éliminer les impuretés accumulées des organes de réglage, n'est pas réalisée, contrairement aux recommandations du guide annexé à la circulaire du 21 décembre 2010 et du guide du CSTB « Réseaux d'eau destinée à la consommation humaine à l'intérieur des bâtiments – Partie 2 : Guide technique de maintenance ».	Recommandation n°19 : Prévenir la contamination des réseaux d'eau par de bonnes pratiques d'entretien et de maintenance pour les organes de réglage en respectant les fréquences préconisées par le guide technique du CSTB et le guide annexé à la circulaire du 21 décembre 2010	6 mois		Maintien de la recommandation.
Remarque n°21 : Le plan de maintenance, concernant les dispositifs de protection non	Recommandation n°20 : Mettre à jour le plan de maintenance de l'établissement	3 mois		Maintien de la recommandation.

contrôlables (de type EB ou intégrés aux équipements), conformément aux recommandations du CSTB (cf. guide technique partie 2, chapitre VI), qui prévoit leur changement tous les 5 ans par un organisme externe n'est pas à jour (intervention interne).				
Remarque n°22 : L'absence d'étalonnage tous les 2 ans des thermomètres présents au niveau de la station de production d'ECS ne permet pas un suivi efficace de la température réelle de l'eau dans le réseau (guide technique du CSTB partie 2).	Recommandation n°21 : Assurer l'étalonnage des thermomètres conformément aux bonnes pratiques et aux fréquences préconisées le guide technique du CSTB.	1 an		Maintien de la recommandation.
Remarque n°23 : La traçabilité des opérations de soutirage est incomplète du fait de l'absence d'information sur le point d'usage soutiré (lavabo ou douche), sur la nature de l'eau (eau froide, eau chaude ou les deux) et sur le motif de leur arrêt ou suspension de ces opérations, rendant difficile son exploitation ultérieure.	Recommandation n°22 : Compléter la traçabilité des opérations de soutirage avec les éléments suivants : information sur le point d'usage soutiré (lavabo ou douche), nature de l'eau (eau froide, eau chaude ou les deux) et motif de leur arrêt ou suspension de ces opérations.	6 mois		Maintien de la recommandation.
Remarque n°24 : En l'absence de stratégie de suivi de surveillance de la température, la colonne non bouclée desservant les tisaneries n'est pas identifiée comme étant à risque de développement de légionnelles en cas de stagnation et ne fait pas l'objet d'une vigilance particulière en matière de lutte contre la stagnation d'eau.	Recommandation n°23 : Veiller à l'absence de stagnation d'eau dans la colonne non bouclée et en assurer la traçabilité.	3 mois		Maintien de la recommandation.

<p>Remarque n°25 : L'imprécision concernant la localisation, l'identification et la représentativité des points d'usage surveillés ne facilite pas l'interprétation des résultats.</p>	<p>Recommandation n°24 : Dans la stratégie de surveillance de la température de l'eau, pour chaque point retenu, préciser sa localisation, son identification et sa représentativité (colonne, risque, etc.).</p>	<p>1 mois</p>		<p>Maintien de la recommandation.</p>
<p>Remarque n°26 : Le relevé de la température ne comporte pas l'heure de la mesure afin de pouvoir interpréter des éventuelles différences de températures en fonction des puisages réalisés sur le réseau, la température maximale obtenue, et le temps d'obtention de celle-ci lorsqu'il est supérieur à 30 secondes (indicateur de la circulation de l'eau chaude sanitaire dans les réseaux bouclés) contrairement aux recommandations du guide annexé à la circulaire du 21 décembre 2010.</p>	<p>Recommandation n°25 : compléter les résultats des suivis de température avec les informations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - heure de la mesure, - température maximale obtenue ; - durée de soutirage pour obtention de la température maximale. 	<p>3 mois</p>		<p>Maintien de la recommandation.</p>
<p>Remarque n°27 : Le retour de boucle « chambres et salles d'eau » en chaufferie n'est pas suivi, ce qui ne permet pas d'évaluer le besoin d'équilibrage entre cette boucle et celle de la cuisine ni la différence de température entre ce retour de boucle et le départ d'ECS, contrairement aux recommandations du guide annexé à la circulaire du 21 décembre 2010.</p>	<p>Recommandation n°26 : Réaliser un suivi sur le retour de boucle « chambres et salles d'eau »</p>	<p>1 mois</p>		<p>Maintien de la recommandation.</p>
<p>Remarque n°28 : L'établissement ne respecte pas l'arrêté du 30 novembre 2005 ni la circulaire du 28 octobre 2005 et ne prévient pas le risque de développement des légionnelles avec des températures de l'eau inférieures à 50°C en différents points (à l'exception des tubes finaux</p>	<p>Recommandation n°27 : Maintenir en permanence la température de l'eau chaude sanitaire au-delà de 50°C en tout point du réseau, conformément à la circulaire du 28 octobre 2005 et l'arrêté du 30 novembre 2005.</p>	<p>1 mois</p>		<p>Maintien de la recommandation.</p>

d'alimentation des points de puisage).				
Remarque n°29 : L'équilibrage actuel des boucles ne permet pas la bonne circulation de l'eau dans les réseaux ; la stagnation de l'eau étant l'une des causes principales de développement des légionnelles.	Voir recommandations 13, 14 et 18			
Remarque n°30 : En l'absence de consignes de gestion en cas de température de l'eau froide dépassant 20°C voire 25°C, condition favorable au développement de légionnelles, l'établissement ne respecte pas les recommandations du guide annexé à la circulaire du 21 décembre 2010 et de la circulaire du 28 octobre 2005.	Recommandation n°28 : Mettre en place des consignes de gestion en cas de température de l'eau froide élevée afin de prévenir le risque lié au développement de légionnelles.	3 mois		Maintien de la recommandation.
Remarque n°31 : L'absence d'explication, dans la procédure de surveillance de la teneur en légionnelle, sur la stratégie d'échantillonnage mise en place, prive l'établissement d'un outil de gestion des non conformités.	Recommandation n°29 : Préciser, dans la stratégie d'échantillonnage, pour chaque point de prélèvement retenu pour la recherche de légionnelles : <ul style="list-style-type: none"> - les motivations de ce choix ; - sa localisation et son identification précises ; - les modalités de prélèvement retenues (représentativité de l'échantillon). 	3 mois		Maintien de la recommandation.
Remarque n°32 : Compte tenu du caractère défavorisé (température de l'eau inférieure à 50°C) de la colonne 24 et de sa distribution en eau chaude sanitaire d'équipements à risque d'exposition aux légionnelles (douches individuelles), l'absence de suivi régulier d'une douche desservie	Recommandation n°30 : Revoir la stratégie d'échantillonnage pour la recherche de légionnelles afin d'y inclure certains points « défavorisés » (risque de développement de légionnelles) : points d'usage à risque (douche) desservis par les colonnes défavorisées	3 mois (et avant la prochaine campagne de recherche de légionnelles)		Maintien de la recommandation.

<p>constitue une lacune importante dans la stratégie de surveillance de l'établissement visant à prévenir le risque d'exposition au légionnelles des résidents.</p>	<p>(température de l'eau en retour de boucle de colonne non conforme).</p>			
<p>Remarque n°33 : La coexistence de plusieurs procédures (conduite à tenir) redondantes, issues du carnet sanitaire dématérialisé transmis peut être source de confusion et de perte de réactivité et/ou d'efficacité dans leur mise en œuvre.</p>	<p>Recommandation n°31 : Clarifier les procédures et protocole en actualisant la liste des documents applicables et en supprimant les anciens documents et en informant les personnels concernés de cette mise à jour et du lieu de stockage et des conditions d'accès aux documents en vigueur.</p>	<p>1 mois</p>		<p>Maintien de la recommandation.</p>
<p>Remarque n°34 : La procédure de gestion des filtres anti-légionnelles n'indique pas clairement la fréquence de changement des filtres (fréquence minimale : à échéance de la période d'efficacité définie par le fabricant), ce qui peut constituer un obstacle à l'organisation des mesures de protection des usagers.</p>	<p>Recommandation n°32 : Compléter le protocole de gestion des filtres terminaux en précisant leur fréquence de remplacement.</p>	<p>3 mois</p>		<p>Maintien de la recommandation.</p>
<p>Remarque n°35 : L'établissement ne dispose pas de procédure sur la désinfection curative, contrairement aux recommandations du guide annexé à la circulaire du 21 décembre 2010, indiquant :</p> <p>les modalités de la désinfection chimique (produit à utiliser et dosage à mettre en œuvre) ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - la communication (portant sur les légionnelles 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. 	<p>Recommandation n°33 : Formaliser un protocole relatif aux mesures curatives (choc thermique ou choc chimique), incluant les modalités de mise en œuvre et de communication.</p>	<p>3 mois</p>		<p>Maintien de la recommandation.</p>

<p>Remarque n°36 : 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 à échéance courte.</p>	<p>Recommandation n°34 : Mettre en œuvre des actions correctives suite à la détection de légionnelles (<i>Legionella spp</i> ou $Lp < 1000$ UFC Lp/L) afin d'atteindre d'éliminer la contamination de l'ensemble du réseau d'eau chaude sanitaire et en contrôler l'efficacité.</p>	<p>1 mois</p>	
<p>Remarque n°37 : Les modalités de suspension des usages à risques ne sont pas suffisamment détaillées, ne permettant de s'assurer d'une limitation suffisante de l'exposition aux aérosols lors des dépassements des objectifs cibles réglementaires en légionnelles.</p>	<p>Recommandation n°35 : Revoir la détermination des points à risque devant faire l'objet d'action de limitation de l'exposition aux aérosols d'eau contaminée ou potentiellement contaminée afin d'assurer la sécurité sanitaire des résidents, en cas de doute ou d'absence de résultats sur certains points à risque (tels que les douches desservies par des colonnes dont la température de l'eau est inférieure à 50°C).</p>	<p>1 mois</p>	<p>Maintien de la recommandation.</p>
<p>Remarque n°38 : En l'absence de suivi sur la colonne 24 (colonne dont la température en retour de boucle est non conforme et desservant des douches), un doute quant à sa contamination éventuelle et au risque associé d'exposition aux légionnelles des résidents utilisant ces douches subsiste, ce qui ne répond pas aux recommandations du guide annexé à la circulaire du 21 décembre 2010 et de la circulaire du 28 octobre 2005.</p>	<p>Voir recommandations 30 et 35</p>		
<p>Remarque n°39 : En ne mettant pas en œuvre de mesures curatives suite à la détection récurrente de légionnelles dans l'eau à une teneur supérieure au seuil défini par l'arrêté du 1^{er} février 2010, l'établissement</p>	<p>Recommandation n°36 : Mettre en œuvre, en complément des actions correctives, des actions curatives suite à la détection récurrente de légionnelles à des teneurs supérieures à</p>	<p>1 mois</p>	<p>Maintien de la recommandation.</p>

ne respecte pas les recommandations en termes d'actions à mettre en œuvre précisées dans la circulaire du 28 octobre 2005.	1000 UFC Lp / L et en vérifier l'efficacité.			
Remarque n°40 : En ne renforçant pas les contrôles, l'établissement ne s'assure pas de la pérennité des actions mises en œuvre.	Recommandation n°37 : En cas de contamination du réseau par les légionnelles, renforcer les contrôles de légionnelles, au-delà des contrôles d'efficacité des mesures mises en œuvre.	3 mois		Maintien de la recommandation.
Remarque n°41 : En ne revoyant pas sa stratégie d'échantillonnage suite à l'identification de <i>Legionella pneumophila</i> sur le réseau d'ECS, l'établissement ne s'assure pas de l'absence d'une colonisation plus importante sur d'autres points de l'établissement et ne cherche pas à connaître l'étendue de la présence de <i>Legionella</i> .	Recommandation n°38 : Réviser la stratégie d'échantillonnage suite à une forte contamination du réseau d'eau.	3 mois		Maintien de la recommandation.
Remarque n°42 : Des bras morts sont toujours présents sur les réseaux d'ECS de l'établissement représentant des zones de stagnation favorables au développement des légionnelles.	Recommandation n°39 : Supprimer les bras morts et assurer la traçabilité de cette suppression.	6 mois		Maintien de la recommandation.
Remarque n°43 : La réalisation des travaux de suppression de l'ensemble des bras morts identifiés est incertaine, les éventuels travaux réalisés n'ayant pas fait l'objet d'une traçabilité, contrairement aux recommandations du guide annexé à la circulaire du 21 décembre 2010.	Voir recommandation 39.			
Remarque n°44 : En n'ayant pas planifié de travaux de réfection suite à l'expertise des installations de	Recommandation n°40 : Etablir un programme d'amélioration des installations tenant compte des	3 mois		Maintien de la recommandation.

distribution d'eau, l'établissement ne respecte pas les recommandations de la circulaire du 28 octobre 2005.	conclusions du diagnostic technique sanitaire de 2012 et du bilan technique sanitaire de 2022 et de sa mise à jour de 2023 des réseaux d'eau conformément à la circulaire du 28 octobre 2005.			
Remarque n°45 : L'établissement ne respecte pas les recommandations du guide annexé à la circulaire du 21 décembre 2010 en ce qui concerne la mise à jour du fichier sanitaire.	Recommandation n°41 : Tenir à jour le fichier sanitaire conformément au guide annexé à la circulaire du 21 décembre 2010	3 mois		Maintien de la recommandation.
Remarque n°46 : L'établissement ne dispose pas d'un tableau récapitulatif de ses campagnes d'analyses légionnelles, 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 (1er ou 2ème jet), localisation exacte du prélèvement,...), 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.	Recommandation n°42 : Consigner dans un tableau récapitulatif les résultats des campagnes d'analyses légionnelles et tenir ce tableau à jour.	3 mois		Maintien de la recommandation.
Remarque n°47 : Le protocole pour la prise en charge des résidents particulièrement vulnérables au risque de légionellose ne prévoit pas l'information de la direction de l'établissement, des services techniques ni des autres personnels.	Recommandation n°43 : Compléter le protocole pour la prise en charge des patients particulièrement vulnérables au risque de légionellose par l'information de la direction, du service technique et des autres personnels.	1 mois		Maintien de la recommandation (protocole complété non transmis).
Remarque n°48 : Le protocole d'identification et de gestion des résidents à haut risque ne prévoit pas l'installation systématique de filtres terminaux sur les points d'usage à risque, ce qui implique,	Recommandation n°43 : Doter les douches utilisées par les résidents à haut risque de filtres terminaux anti-légionnelles et en assurer le remplacement conformément aux recommandations du constructeur.	3 mois		Maintien de la recommandation.

<p>en cas de contamination du réseau d'eau, une période d'exposition aux légionnelles s'étendant du début de la contamination jusqu'à l'installation des filtres après sa détection (la fréquence minimale de recherche de légionnelles dans le réseau d'eau chaude collectif étant annuelle).</p>				
<p>Remarque n°49 : Le protocole ne prévoit pas d'installation de filtre terminal au niveau du robinet mais simplement une recommandation de non consommation de l'eau des points d'eau de la chambre, sans proposer de solution alternative d'accès à l'eau à des fins de boisson</p>	<p>Recommandation n°44 : Compléter le protocole avec la mise à disposition des résidents à haut risque d'une solution alternative et sécurisée pour la boisson en cas d'interdiction d'utilisation de l'eau des points d'eau de la chambre pour cet usage.</p>	3 mois		Maintien de la recommandation.
<p>Remarque n°50 : Le protocole pour la prise en charge des résidents particulièrement vulnérables au risque de légionellose ne prévoit pas de procédures alternatives aux douches (toilettes au gant), si la sécurisation des points d'usage n'est pas possible.</p>	<p>Recommandation n°45 : Compléter le protocole avec des solutions alternatives pour la toilette des résidents à haut risque en cas d'impossibilité de sécurisation des douches par des filtres terminaux anti-légionnelles.</p>	3 mois		Maintien de la recommandation.
<p>Remarque n°51 : Le rôle et les responsabilités de chacun des acteurs (direction, responsable en hygiène, services techniques, etc.) ne sont pas définis dans les protocoles de prévention de la légionellose de l'établissement, ce qui peut constituer un frein dans la mise en œuvre des actions.</p>	<p>Recommandation n°46 : Définir les rôles et les responsabilités de chaque acteur dans les protocoles.</p>	3 mois		Maintien de la recommandation.

<p>Remarque n°52 : L'absence d'information, dans les protocoles de prévention de la légionellose de l'établissement, sur la traçabilité des opérations ne permet pas de connaître les modalités de cette traçabilité.</p>	<p>Recommandation n°47 : Préciser les modalités de traçabilité des opérations dans les protocoles.</p>	<p>3 mois</p>		<p>Maintien de la recommandation.</p>
<p>Remarque n°53 : L'absence de formation et d'information spécifique au risque légionelle (protocoles et actions menées par l'établissement, traçabilité des opérations) pour le personnel de l'établissement conduit à ralentir la bonne mise en œuvre des mesures de gestion en routine ou lors des alertes et constitue un obstacle à la gestion et la maîtrise du risque lié aux légionnelles pour l'établissement.</p>	<p>Recommandation n°48 : Sensibiliser, informer et former régulièrement le personnel au risque « légionnelles » et au programme d'actions mis en œuvre par l'établissement, les procédures devant être communiquées et partagées. Assurer la traçabilité des actions de sensibilisation, de formation et d'information.</p>	<p>6 mois</p>		<p>Maintien de la recommandation.</p>
<p>Remarque n°54 : La coexistence de protocoles et procédures dans l'ancien carnet sanitaire, de procédures et protocoles dans le nouveau carnet sanitaire (format électronique) et des nouveaux documents transmis peut être source de confusion et de perte de réactivité et d'efficacité dans leur mise en œuvre.</p>	<p>Voir recommandation n°31.</p>			
<p>Remarque n°55 : Les éléments suivants ne sont pas détaillés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La fréquence de collecte ; - Les modalités de traitement : incinération ou prétraitement par désinfection. 	<p>Recommandation n°49 : Préciser dans la convention la fréquence de collecte et les modalités de traitement</p>	<p>3 mois</p>		<p>Maintien de la recommandation.</p>

<p>Remarque n°56 : Le remplissage incomplet des bordereaux Cerfa n°11352*04 (absence de nom et de signature pour l'installation de regroupement) ne permet pas d'assurer la traçabilité des déchets et d'avoir une preuve de leur élimination. La liste de tous les producteurs collectés n'est pas jointe au bordereau.</p>	<p>Recommandation n°50 : S'assurer que les différentes rubriques des bordereaux de suivi des DASRI soient renseignées correctement (nom et signature pour l'installation de regroupement) et que la liste de tous les producteurs collectés est jointe au bordereau Cerfa n°11352*04.</p>	<p>1 mois</p>	
<p>Remarque n°57 : L'absence de bon de prise en charge ne permet pas de vérifier la durée entre la production effective des DASRI, l'évacuation du lieu de production et leur incinération, conformément aux dispositions des articles 2 et 4 de l'arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif aux modalités d'entreposage.</p>	<p>Cf prescription n°23</p>		
<p>Remarque n°58 : Les mini-collecteurs et boîtes pour déchets perforants ne sont pas conformes aux dispositions de l'article 6 de l'arrêté du 24 novembre 2003 modifié relatif aux emballages des DASRI et des PAOH (norme NF EN ISO 23 907 : 2019). La date limite d'écoulement des boîtes et mini-collecteurs pour déchets perforants qui satisfont aux exigences de la norme NF X 30-511 : 2015 était fixée au 1er janvier 2022, conformément à l'arrêté du 7 septembre 2010 modifiant l'arrêté du 24 novembre 2003.</p>	<p>Recommandation n°51 : Utiliser des mini-collecteurs et boîtes pour déchets perforants répondant à la norme NF EN ISO 23 907 : 2019 conformément à l'arrêté du 24 novembre 2003 modifié relatif aux emballages.</p>	<p>6 mois</p>	<p>Maintien de la recommandation. Les preuves de renseignement des bordereaux sont à fournir.</p> <p>Maintien de la recommandation. Les emballages pour boîte et mini-collecteurs vus lors de l'inspection répondaient à l'ancienne norme. Il est rappelé que les emballages doivent répondre à la norme NF norme NF EN ISO 23 907 : 2019). Il convient de transmettre les justificatifs.</p>

Remarque n°59 : En utilisant des sacs non identifiés pour les DASRI, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article 3 de l'arrêté du 24 novembre 2003 modifié relatif aux emballages.	Recommandation n°52 : Mentionner le nom de l'établissement sur les sacs utilisés pour les DASRI.	Immédiat		Retrait de la recommandation
Remarque n°60 : L'absence de dates de fermeture sur les boîtes et mini-collecteurs pour déchets perforants ne permet pas de s'assurer du respect des délais réglementaires d'élimination.	Recommandation n°53 : indiquer les dates d'ouverture et de fermeture sur les emballages (boîtes et mini-collecteurs, emballages combinés) pour s'assurer du respect des délais réglementaires d'élimination.	Immédiat		Retrait de la recommandation Néanmoins, il apparaît que le délai entre la production de DASRI (20/02/2024) et son enlèvement (après le 10/06/2024) - dates indiquées sur l'emballage combiné - est supérieure à 3 mois ce qui n'est pas conforme à l'arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif aux modalités d'entreposage des DASRI.
Remarque n°61 : L'absence de date de fermeture sur les emballages combinés ne permet pas de s'assurer du respect des délais réglementaires d'élimination.	Cf. recommandation n°53			Cf. réponse ci-dessus.
Remarque n°62 : L'arrivée d'eau du local d'entreposage n'est pas équipée d'un disconnecteur de type HA, et ce local n'est pas identifié comme à risque particulier (risques incendie)	Recommandation n°54 : Equiper l'arrivée d'eau d'un disconnecteur de type HA et identifier le local comme à risque particulier (risques incendie)	3 mois		Maintien de la recommandation.