

[REDACTED]

Téléphone : 04 68 11 55 55

Réf. Interne :

Date : 09/06/2025

[REDACTED]

Directeur général de DOMIDEP

18 rue du Creusat

38 080 L'Isle-d'Abeau

N° PRIC ° : MS\_2024\_11\_CS\_05

Courrier RAR n°

Copie de cet envoi à Monsieur le Directeur de l'EHPAD Le Marronnier

**Objet :** Inspection de l'EHPAD « Le Marronnier » (65 allée d'Iéna, 11000 CARCASSONNE/ FINESS ET : 110782885)

Clôture de la procédure contradictoire et notification des décisions définitives

**PJ :** Tableau de synthèse des mesures correctives définitives

Monsieur,

Suite à l'inspection réalisée dans votre établissement en date du 19 septembre 2024, nous vous avons invité, par lettre d'intention en date du 9 avril 2025, 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 9 mai 2025.

Après recueil et analyse de vos observations, nous vous notifions notre 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 nos services en charge du suivi de votre dossier, tous les éléments permettant de vérifier le respect des prescriptions, à savoir :

<p>Agence Régionale de Santé Délégation départementale de l'Aude 2 Allée de Bezons 11 017 Carcassonne</p> <p>A l'attention de Mme Maguelone BRUNET Cellule Inspection, Contrôle, Evaluation (Courriel : <a href="mailto:maguelone.brunet@ars.sante.fr">maguelone.brunet@ars.sante.fr</a>)</p>	<p>Conseil Départemental de l'Aude Direction générale adjointe des Solidarités humaines Allée Raymond Courrière 11855 Carcassonne cedex</p> <p>A l'attention de Mme Sylvie DIJOUX, inspectrice ESSMS (Courriel : <a href="mailto:eig11@aude.fr">eig11@aude.fr</a>)</p>
---	--

Le cas échéant, nous organiserons 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 nos 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](http://www.telerecours.fr) ».

Nous savons 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.

Nous vous prions d'agrérer, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Pour Le Directeur Général de l'Agence  
Régionale de Santé Occitanie  
Le directeur départemental de l'Aude  
  
Xavier CRISNAIRE



La Présidente  
du Conseil départemental de l'Aude  
  
  
Hélène SANDRAGNÈ



## Délégation départementale de l'Aude

### Tableau de synthèse des écarts et des remarques définitifs Inspection de l'EHPAD « LE MARRONNIER » :

(65 allée d'Iéna - 11 000 Carcassonne)  
FINESS ET : 110782885  
N° PRIC 2024 : MS\_2024\_11\_CS\_05

Le 19 septembre 2024

*Un écart est l'expression écrite d'une non-conformité ou d'un non-respect d'obligations légales ou réglementaires juridiquement opposables.*

*Une remarque est l'expression écrite d'un défaut ou d'un dysfonctionnement plus ou moins grave qui ne peut être caractérisé au regard d'un texte juridiquement opposable.*

*Une injonction est l'expression écrite d'un ordre, d'un commandement donné par l'autorité administrative de faire ou de ne pas faire quelque chose, de remédier dans un délai défini, précis, raisonnable et suffisant, à une situation de non-conformité au cadre juridique de l'activité ou à un risque majeur, et ce de manière explicite, et sous peine éventuelle de sanctions elles-mêmes prévues par la loi ou le règlement (CSP et/ou CASF -art. L313-14, L313-14-1 et L313-16-).*

*Une prescription est l'expression écrite de la nécessité de corriger des non-conformités à des références juridiques, mais elle se distingue de l'injonction et de la mise en demeure par un niveau de risque ne justifiant pas, au regard de la situation, une injonction. A l'égard de l'entité inspectée, la prescription a la même valeur contraignante que l'injonction concernant l'obligation de faire ou de cesser de faire.*

*Une recommandation est l'expression écrite de propositions de mesures visant à corriger des dysfonctionnements ou manquements ne pouvant être caractérisés par la non-conformité à une référence juridique.*



	Ecart	Rappel de la réglementation	Mesure (prescription) et nature de la mesure correctrice attendue	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la notification de la décision du DGARS	Réponses de l'inspecté	Justificatifs	Décision de l'ARS
Ecart 1-	L'établissement dispose d'un règlement de fonctionnement (V7), qui n'est pas actualisé et ni soumis aux instances représentatives du personnel et des personnes accueillies	<b>Article R311-33 du CASF</b>	<b>Prescription 1-</b> Actualiser le règlement de fonctionnement et soumettre aux IRP et au CVS	6 mois			<b>Ecart n°1 maintenu</b> dans l'attente de la transmission du RF soumis au CSE
Ecart 2-	Il n'y a pas de représentants des représentants légaux et des mandataires judiciaires à la protection des majeurs parmi les membres du CVS, ce qui est contraire à l'article D311-5-l du CASF	<b>Article D311-5-l du CASF</b>	<b>Prescription 2-</b> L'établissement doit mettre en œuvre des démarches afin que des représentants légaux des usagers et des mandataires judiciaires siègent au CVS, conformément à la réglementation.	6 mois			<b>Ecart n°2 maintenu</b> en l'attente de la transmission du résultat des élections.
Ecart 3-	L'établissement ne rédige pas de rapport annuel du CVS, qui doit être présenté à l'instance compétente de l'organisme gestionnaire conformément à l'article D311-20 du CASF.	<b>Article D311-20 du CASF</b>	<b>Prescription 3-</b> Rédiger un rapport annuel du CVS et le présenter à l'instance compétente de l'organisme gestionnaire	1 an			<b>Ecart n°3 maintenu</b> en l'attente de la présentation de l'instance compétente de l'organisme gestionnaire

Ecart 4-	Les faits rapportés (problématiques de prise en charge la nuit) constituent une atteinte aux obligations légales de l'établissement inscrites à l'article L311-3 du CASF qui postule que les ESMS doivent assurer "le respect de [la] dignité, de [l'] intégrité, (...) de [l'] intimité, de [la] sécurité" de la personne accueillie ».	<b>Article L311-3 du CASF</b>	<b>Prescription 4-</b> Etablir un plan d'action sur l'amélioration de la prise en charge de nuit et le mettre en œuvre	3 mois			<b>Ecart n°4 maintenu</b> en l'attente d'un retour formalisé sur les actions mises en place pour améliorer la prise en charge de nuit suite aux réunions de coordination menées
Ecart 5-	L'établissement ne signale pas systématiquement aux autorités administratives les dysfonctionnements graves survenus au sein de l'établissement ce qui est non conforme aux articles L331-8-1 et R331-8 et 9 du CASF	<b>Articles L331-8-1 et R331-8 et 9 du CASF</b>	<b>Prescription 5-</b> Veiller à ce que tous les EIGs détectés dans la structure, en particulier la nuit, soient bien transmis aux autorités	immédia t			<b>Ecart n°5 maintenu</b> en l'attente d'une transmission des critères de signalement ou non des EI aux AT Attention, Mme Toha n'est plus la correspondante du CD sur cette mission.
Ecart 6-	Les fiches de signalement des EI de l'établissement ne comprennent pas plusieurs des informations listées dans l'arrêté du 28 décembre 2016 (Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales)	<b>Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales</b>	<b>Prescription 6-</b> Intégrer dans la fiche type de signalement et le protocole les informations suivantes à transmettre aux autorités administratives : - Les coordonnées complètes de la structure - Le nombre de personnes victimes ou exposées au moment de l'information des autorités administratives - Les demandes d'intervention des secours - Les évolutions prévisibles ou difficultés attendues - Les répercussions médiatiques, le cas échéant	3 mois			<b>Ecart n°6 levé</b>

Ecart 7-	Le référent pour les activités physiques et sportives n'est pas identifié de manière explicite dans les documents fournis ce qui est non conforme aux articles L.311-12 du CASF et D.331-40 du CASF	<b>Articles L.311-12 du CASF et D.331-40 du CASF</b>	<b>Prescription 7-</b> Identifier un référent pour les activités sportives et physiques	1 mois		<b>Ecart n°7 levé</b>
Ecart 8-	Il apparaît que 6 salariées de l'établissement sont des faisant-fonction d'aide-soignant (dont 2 sur un cursus VAE), statut qui est non conforme à la réglementation (article L4394-1 du CSP).	<b>Article L4394-1 du CSP</b>	<b>Prescription 8-</b> Elaborer un plan d'action ayant pour objectif de limiter au maximum le recours aux faisant-fonction d'AS et le mettre en œuvre.	6 mois		<b>Ecart n°8 maintenu</b> en l'attente de l'envoi d'un plan détaillé comprenant des actions opérationnelles avec des délais et un premier bilan des actions engagées.
Ecart 9-	En ne disposant pas du bulletin du casier judiciaire national dans le dossier de tous les agents, l'établissement ne se met pas en mesure de satisfaire aux dispositions de l'article L133-6 du CASF et n'est pas en capacité de vérifier les aptitudes des personnels à exercer auprès de personnes vulnérables.	<b>Article L133-6 du CASF</b>	<b>Prescription 9-</b> Faire en sorte de disposer de tous les extraits de casier judiciaire des professionnels	1 mois	Courrier envoyé aux salariés concernés = en cours de récupération	<b>Ecart n°9 levé</b>
Ecart 10-	En ne fournissant pas dans les dossiers des résidents : <ul style="list-style-type: none"> <li>• La preuve de la remise du livret d'accueil et de ses annexes (article L311-4 du CASF) ;</li> <li>• L'état des lieux d'entrée (article L311-7-1 du CASF) ;</li> <li>• L'avenant au contrat de séjour relatif à la personnalisation des objectifs et des prestations dans un délai de 6 mois</li> </ul>	<b>Article L311-4 du CASF</b> <b>Article L311-7-1 du CASF</b> <b>Article D311 du CASF</b>	<b>Prescription 10-</b> Elaborer et adjoindre dans les dossiers des résidents les documents suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>• La preuve de remise du livret d'accueil et ses annexes,</li> <li>• L'état des lieux d'entrée,</li> <li>• L'avenant du contrat de séjour relatif à la personnalisation des objectifs et des prestations dans un délai de 6 mois</li> </ul>	6 mois		<b>Ecart n°10 maintenu</b> Les deux exemples d'avenants ont été signés plus de 6 mois après l'admission des personnes concernées - fournir le modèle type d'avenant et engagement que tout contrat de séjour fait l'objet d'un avenant réalisé dans le délai réglementaire.

	mois après l'admission (article D311 du CASF) ; L'établissement contrevient aux articles di CASF précités.		après l'admission et une révision annuelle				
Ecart 11-	En ne disposant pas d'un médecin assurant les missions de médecin coordinateur sur un temps de 0,6 ETP, l'établissement contrevient à l'article D312-156 du CASF.	<b>Article D312-156 du CASF</b>	<b>Prescription 11-</b> Mettre en œuvre les missions du médecin coordinateur sur un temps de 0,6 ETP, que ce soit par extensions des missions du médecin actuel ou recrutement d'un autre médecin.	6 mois			<b>Ecart n°11 levé</b>
Ecart 12-	En n'ayant pas un MEDEC titulaire d'un DES ou diplôme de gériatrie, capacité de gérontologie ou DU de Médecin coordinateur d'EHPAD, ou, à défaut, d'une attestation de formation continue, l'établissement contrevient à l'article D312-158 du CASF.	<b>Article D312-158 du CASF</b>	<b>Prescription 12-</b> Mettre en œuvre l'obligation pour le MEDEC d'être titulaire d'un DES ou d'un diplôme de gériatrie ou d'une capacité de gérontologie ou d'un DU de MEDEC, ou, à défaut, d'une attestation de formation continue.	1 an			<b>Ecart n°12 maintenu</b> dans l'attente de documents prouvant l'effectivité de la réalisation du DIU
Ecart 13-	Le libre choix du médecin traitant du résident ou de son représentant n'est pas mentionné au contrat du séjour ainsi qu'au document individuel de prise en charge ce qui ne permet pas de s'assurer qu'il est réellement mis en œuvre.(Article L313-12 V du CASF et Article 6 de l'article R.4127-6 du code de la santé publique).	<b>Article L313-12 V du CASF et Article 6 de l'article R.4127-6 du code de la santé publique</b>	<b>Prescription 13-</b> Mentionner le libre choix du médecin traitant du résident dans le contrat de séjour ou le DIPC.	6 mois			<b>Ecart n°13 levé</b>
Ecart 14-	Le médecin de l'EHPAD ne coordonne pas réellement la réalisation d'une évaluation gériatrique individuelle pour les personnes accueillies, ce qui	<b>Art. D 312-158 du CASF paragraphe 6</b>	<b>Prescription 14-</b> Mettre en œuvre des évaluations gériatrique coordonnées par le médecin coordinateur	1 an			<b>Ecart n°14 maintenu</b> en l'attente d'un bilan de la réalisation de cette mission (nombre d'évaluations gériatriques réalisées...)

	contrevient au CASF (Art. D 312-158 du CASF paragraphe 6).					
Ecart 15-	En l'absence de médecin assurant les missions du MEDEC, il n'y a pas dans l'établissement de contribution du MEDEC à la mise en œuvre d'une politique de formation et de participation aux actions d'information des professionnels de santé de la structure, ce qui est une mission réglementaire de médecin coordinateur. (Article D312-158 du CASF)	<b>Article D312-158 du CASF</b>	<b>Prescription 15-</b> Mettre en place la contribution du MEDEC à la mise en œuvre de la politique de formations et sa participation aux actions de formation des professionnels de santé de la structure	1 an		<b>Ecart n°15 maintenu</b> en l'attente d'un bilan de la réalisation de cette mission.
Ecart 16-	Le MEDEC ne met pas en œuvre sa mission d'identification des risques éventuels pour la santé publique de la population hébergée. (§ 12 de l'article D312-158 du CASF).	<b>Article D312-158 du CASF</b>	<b>Prescription 16-</b> Le MEDEC doit élaborer un document d'analyse des risques ou un tableau des patients à haut risque vital (§ 12 de l'article D312-158 du CASF)	1 an		<b>Ecart n°16 maintenu</b> en l'attente d'un bilan de la réalisation de cette mission.
Ecart 17-	Le MEDEC de l'établissement ne remplit pas sa mission de formation, d'appropriation et d'application des bonnes pratiques gériatriques par les professionnels (Article D312-158 du CASF).	<b>Article D312-158 du CASF</b>	<b>Prescription 17-</b> Faire en sorte que le MEDEC assure sa mission d'appropriation et d'application des bonnes pratiques gériatriques.	1 an		<b>Ecart n°17 maintenu</b> en l'attente d'un bilan de la réalisation de cette mission.
Ecart 18-	Il n'existe pas de liste de médicaments à utiliser préférentiellement dans les prescriptions dispensées aux résidents de l'établissement, ainsi que celle relative aux dispositifs médicaux, produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du	<b>Arrêté du 5 septembre 2011, article 2</b>	<b>Prescription 18-</b> Etablir une liste de médicaments à utiliser préférentiellement dans les prescriptions dispensées aux résidents de l'établissement, ainsi qu'une liste relative aux dispositifs médicaux, produits et prestations et soumettre pour	6 mois		<b>Ecart n°18 levé</b>

	code de la sécurité sociale ce qui contrevient à la règlementation. (Arrêté du 5 septembre 2011, article 2)		consultation à la commission de coordination gériatrique.				
Ecart 19-	Les mesures mises en place pour assurer l'intégrité physique et la sécurité des résidents de "l'unité Alzheimer" limitent l'exercice de leur liberté d'aller et venir ce qui est contraire aux obligations des ESMS. (Code de l'Action Sociale et des Familles (Article L 311-4-1). Charte des droits et libertés de la personne âgée accueillie en institution émanant du décret du 08 septembre 2003 (articles 7 et 8).	Article L 311-4-1 du CASF	<b>Prescription 19-</b> L'établissement doit démontrer par l'intermédiaire d'une annexe au contrat de séjour ou par tout autre moyen que les mesures ne sont prévues que dans l'intérêt des personnes accueillies, si elles s'avèrent strictement nécessaires et ne sont pas disproportionnées par rapport aux risques encourus et que l'accord des résidents ou de leurs représentants a été requis	3 mois			Ecart n°19 levé
Ecart 20-	L'équipe composant le PASA ne comprend pas de psychomotricien ou d'ergothérapeute ce qui n'est pas conforme à l'article D312-155-0-1 du CASF.	Article D312-155-0-1 CASF	<b>Prescription 20-</b> L'équipe doit comprendre un temps de psychomotricien ou d'ergothérapeute	6 mois			Ecart n°20 maintenu en l'attente de la transmission du contrat de Mme Prévost
Ecart 21-	L'établissement ne dispose pas d'un programme d'activité pour le PASA élaboré par un ergothérapeute ou un psychomotricien sous la responsabilité du médecin coordinateur, ce qui est au	Article D312-155-0-1 CASF	<b>Prescription 21-</b> L'établissement doit élaborer pour le PASA un programme d'activité élaboré par un ergothérapeute ou un psychomotricien sous la responsabilité du médecin coordinateur.	1 an			Ecart n°21 maintenu dans l'attente de la transmission d'un programme d'activité

	contraire à l'article D312-155-0-1 du CASF.					
Ecart 22-	La convention avec l'HAD Korian pays des 4 vents n'a pas été remise, en conséquence, les modalités précises d'intervention de l'HAD ainsi que la répartition de soins entre la HAD et l'EHPAD ne sont pas connus. (Décret n° 2007-660 du 30 avril 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des structures d'hospitalisation à domicile intervenant dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées)	<b>Décret n° 2007-660 du 30 avril 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des structures d'hospitalisation à domicile intervenant dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées</b>	<b>Prescription 22-</b> Formaliser l'intervention de l'HAD des 4 Vents au moyen d'une convention	3 mois		<b>Ecart n°22 maintenu</b> Pas de transmission de convention ou de projet de convention
Ecart 23-	Il n'est pas présenté de convention de coopération avec les partenaires libéraux intervenant au sein de l'EHPAD notamment pour les médecins généralistes et les kinésithérapeutes contrairement à ce que prévoit la réglementation. (Articles L314-12 et R313-30-1 du CASF).	<b>Articles L314-12 et R313-30-1 du CASF</b>	<b>Prescription 23-</b> Un contrat conforme aux contrats type est à mettre en œuvre entre l'EHPAD et les professionnels libéraux	6 mois		<b>Ecart n°23 maintenu</b> dans l'attente de la transmission d'un convention type et d'une liste des conventions
Ecart 24-	Le piquage du réseau d'eau chaude sanitaire et de chauffage (alimentation d'appoint du circuit) sur le réseau d'eau froide n'étant pas protégé par des ensembles de protection, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article R.1321-57 du code de la santé publique.	<b>Article R.1321-57 du code de la santé publique</b>	<b>Prescription 24-</b> Installer des dispositifs de protection contre les retours d'eau au niveau des piquages alimentant en eau le circuit de chauffage et le réseau d'eau chaude sanitaire (points susceptibles d'engendrer une contamination par retour d'eau) et procéder à leur maintenance conformément aux articles R.1321-57 et -61 du Code de la	6 mois		<b>Maintien de la prescription</b> (photos non transmises et photos insuffisantes pour démontrer la capacité des équipements installés à empêcher les retours d'eau)

			Santé Publique, et adaptés tel que mentionné dans le guide du CSTB.				
Ecart 25-	En ne disposant pas d'un calendrier d'entretien et de maintenance des réseaux intérieurs d'eau (eau chaude sanitaire et eau froide), avec l'identification des personnes responsables de chacune de ces opérations, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article 3 de l'arrêté du 1er février 2010 et de la circulaire du 28 octobre 2005.	<b>Arrêté du 1<sup>er</sup> février 2010 et circulaire du 28 octobre 2005.</b>	<b>Prescription 25-</b> Mettre en place un calendrier prévisionnel des différentes opérations d'entretien, de contrôle et de maintenance du réseau d'eau chaude sanitaire en indiquant pour chaque opération la personne (prestataire externe ou personnel interne) responsable de sa réalisation, en assurer la traçabilité dans le fichier sanitaire et disposer de la gamme de maintenance de tout prestataire externe.	3 mois	[REDACTED]		<b>Maintien de la prescription</b> (absence de transmission de justificatif de mise en place ou de l'existence d'un calendrier d'entretien, de contrôle et de maintenance des réseaux d'eau et de justificatif de mise en œuvre de la traçabilité de ces opérations)
Ecart 26-	Les éléments de traçabilité des opérations d'entretien des éléments périphériques de robinetterie n'ont pas été transmis à la mission d'inspection, l'absence de traçabilité des opérations de maintenance et d'entretien des réseaux d'eau chaude sanitaire contrevient aux dispositions de l'arrêté du 1er février 2010 (article 3).	<b>Articles R.1321-57 et R.1321-61 du code de la santé publique</b>	<b>Prescription 26-</b> Assurer la vérification et l'entretien des dispositifs de protection contre les retours d'eau conformément aux dispositions des articles R.1321-57 et -61 du Code de la Santé Publique et adapté tel que mentionné dans le guide du CSTB.	6 mois	[REDACTED]		<b>Maintien de la prescription</b> (absence de transmission de justificatif de réalisation de la vérification et de l'entretien des dispositifs de protection contre les retours d'eau)
Ecart 27-	Les éléments de traçabilité des opérations d'entretien des éléments périphériques de robinetterie n'ont pas été transmis à la mission d'inspection, l'absence de traçabilité des opérations de maintenance et d'entretien des réseaux d'eau chaude sanitaire contrevient aux dispositions de	<b>Arrêté du 1<sup>er</sup> février 2010 modifié relatif à la surveillance des légionnelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire</b>	<b>Prescription 27-</b> Entretenir les éléments terminaux de robinetterie et transmettre la traçabilité de cet entretien à la mission d'inspection.	3 mois	[REDACTED]		<b>Maintien de la prescription</b> (absence de transmission de justificatifs de réalisation de l'entretien des éléments terminaux de robinetterie et de mise en œuvre de la traçabilité de cette opération pour l'ensemble du réseau d'eau chaude sanitaire)

	l'arrêté du 1er février 2010 (article 3).					
Ecart 28-	En n'assurant pas la traçabilité des soutirages d'eau, ce qui ne permet pas de s'assurer de la fréquence de leur réalisation et d'une gestion adaptée de la circulation de l'eau dans les canalisations afin prévenir le risque de développement de légionnelles lié à la stagnation d'eau, l'établissement contrevient aux dispositions de l'arrêté modifié du 1er février 2010 (article 3).	<b>Arrêté du 1<sup>er</sup> février 2010 modifié relatif à la surveillance des légionnelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire</b>	<b>Prescription 28-</b> Mettre en œuvre les mesures de lutte contre la stagnation d'eau favorisant le développement de légionnelles et en transmettre la traçabilité à la mission d'inspection.	3 mois		<b>Maintien de la prescription</b> (absence de transmission de justificatifs de mise en œuvre des mesures de lutte contre la stagnation d'eau et de mise en œuvre de la traçabilité de ces mesures)
Ecart 29-	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 ; l'établissement contrevient aux dispositions de l'article 3 de l'arrêté du 1er février 2010 et de la circulaire du 28 octobre 2005.	<b>Arrêté du 1<sup>er</sup> février 2010 modifié relatif à la surveillance des légionnelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire</b>	<b>Prescription 29-</b> Formaliser, dans le cadre de la stratégie de surveillance et d'échantillonnage de l'établissement, un protocole relatif à la surveillance de la température de l'eau en application de l'arrêté du 1 <sup>er</sup> février 2010 modifié, de la circulaire du 28 octobre 2005 et du guide annexé à la circulaire du 21 décembre 2010.	3 mois		<b>Maintien de la prescription</b> (absence de protocole daté établissant la stratégie de surveillance avec justification du choix des points de surveillance retenus et indication de la représentativité de ces points)
Ecart 30-	La surveillance de la température de l'eau mitigée aux points d'usage ne permet pas de s'assurer du maintien d'une température de l'eau chaude sanitaire (avant mitigeage) en tout point du réseau supérieure à 50°C	<b>Arrêté du 1<sup>er</sup> février 2010 modifié relatif à la surveillance des légionnelles dans les installations de production, de stockage et de</b>	<b>Prescription 30-</b> Se conformer à l'arrêté du 1 <sup>er</sup> février 2010 concernant les points à contrôler pour le suivi des températures de l'eau du réseau d'eau chaude sanitaire.	3 mois	[REDACTED]	<b>Maintien de la prescription</b> (absence de transmission de justification de réalisation d'un suivi température de l'ECS aux points d'usage ou autres retenus dans le cadre de la stratégie de

	et n'est pas conforme aux dispositions de l'arrêté du 1er février 2010 (article 3).	<b>distribution d'eau chaude sanitaire</b>				surveillance dans les conditions prévues par la réglementation : suivi de la température de l'eau chaude sanitaire non mitigée)
Ecart 31-	En ne démontrant pas le maintien permanent d'une température de l'eau dans l'ensemble de son réseau d'eau chaude sanitaire supérieure à 50°C, l'établissement contrevient aux dispositions de l'arrêté du 1er février 2010 (article 3) et l'arrêté du 23 juin 1978 (article 36).	<b>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</b>	<b>Prescription 31-</b> Maintenir en permanence la température de l'eau chaude sanitaire au-delà de 50°C en tout point du réseau à l'exception des points d'usage destinés à la toilette en application de l'arrêté du 23 juin 1978 (modifié par l'arrêté du 30 novembre 2005).	3 mois	[REDACTED]	<b>Maintien de la prescription</b> (absence de transmission de justificatif du maintien d'une température de l'ECS conforme aux exigences réglementaires en tout point du réseau de distribution d'ECS)
Ecart 32-	La température de l'eau chaude relevée aux points d'usage de la chambre 208 n'est pas conforme à l'arrêté du 23 juin 1978 ni à la circulaire du 28 octobre 2005 et ne prévient pas les risques de brûlure avec des températures de l'eau supérieures à 50°C.	<b>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</b>	<b>Prescription 32-</b> Maintenir une température de l'eau chaude sanitaire aux points d'usage destinés à la toilette inférieure à 50°C afin de prévenir les risques de brûlure.	1 mois	[REDACTED]	<b>Maintien de la prescription</b> (photos insuffisantes pour démontrer la capacité de l'équipements installé chambre 208 à maintenir en permanence une température de l'ECS soutirée inférieure à 50°C)
Ecart 33-	En ne s'assurant pas du bon fonctionnement des mitigeurs thermostatiques et à butée, l'établissement ne prévient pas le risque de brûlure, contrairement à l'arrêté du 23 juin 1978 et à la circulaire du 28 octobre 2005.	<b>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</b>	<b>Prescription 33-</b> Assurer une vérification, un entretien et une maintenance réguliers des mitigeurs de manière à maintenir en permanence une température de l'eau chaude sanitaire aux points de soutirage destinés à la toilette inférieure à 50°C et assurer la traçabilité de ces opérations dans le fichier	3 mois	[REDACTED]	<b>Maintien de la prescription</b> (absence de transmission de justificatif de la mise en œuvre régulière de l'entretien et de la maintenance des mitigeurs et de la traçabilité de cette mise en œuvre)

		<b>locaux de travail ou des locaux recevant du public</b>	sanitaire du réseau d'eau chaude.				
Ecart 34-	La température de l'eau froide est supérieure à 25°C dans la chambre 129, ce qui n'est pas conforme à l'arrêté du 11 janvier 2007 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.	<b>Articles R.1321-2, R.1321-3 et R.1321-5du code de la santé publique et 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</b>	<b>Prescription 34-</b> Veiller à ce que la température de l'eau froide ne dépasse pas 25°C conformément aux articles R.1321-3 et R.1321-5 du code de la santé publique, à l'arrêté du 11 janvier 2007 modifié et à la circulaire du 28 octobre 2005.	6 mois			<b>Maintien de la prescription</b> (absence de transmission de justificatif de la mise en œuvre de mesures pour maintenir la température de l'eau froide inférieure à 25°C et de la traçabilité des mesures engagées)
Ecart 35-	L'absence de schéma du réseau de distribution d'eau chaude sanitaire pour l'ensemble de l'établissement (cuisine, « existant » et « extension ») et à jour ne permet pas de définir les points les plus éloignés de la production d'eau chaude et donc la mise à jour de la stratégie d'échantillonnage, ce qui est contraire aux dispositions de l'arrêté du 1er février 2010 et de la circulaire du 21 décembre 2010.	<b>Arrêté du 1<sup>er</sup> février 2010 modifié relatif à la surveillance des légionnelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire</b>	<b>Prescription 35-</b> Disposer d'un schéma et de plans à jour de l'ensemble du réseau d'eau chaude sanitaire de l'établissement permettant l'élaboration de la stratégie de surveillance, dont les stratégies d'échantillonnage (température et légionnelles), de ce réseau.	6 mois			<b>Maintien de la prescription</b> (absence de transmission de schéma et de plans à jour de l'ensemble du réseau d'eau chaude sanitaire – production, stockage et distribution -)

Ecart 36-	En l'absence d'élément permettant de s'assurer de la représentativité des points de prélèvement retenus et de leur conformité avec les dispositions de l'arrêté du 1er février 2010, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'arrêté du 1er février 2010 modifié (article 3 et annexe 2).	<b>Arrêté du 1<sup>er</sup> février 2010 modifié relatif à la surveillance des légionnelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire</b>	<b>Prescription 36-</b> Etablir, dans le cadre de la stratégie de surveillance de l'établissement, une stratégie d'échantillonnage pour le suivi de la température de l'eau du réseau d'eau chaude sanitaire conforme aux dispositions de l'arrêté du 1 <sup>er</sup> février 2010 modifié.	6 mois			<b>Maintien de la prescription</b> (absence de transmission de la stratégie d'échantillonnage relative à la surveillance de la température de l'eau chaude sanitaire)
Ecart 37-	L'absence de suivi de la température de l'eau chaude sanitaire aux points d'usage est contraire aux dispositions de l'article 3 de l'arrêté modifié du 1er février 2010.	<b>Arrêté du 1<sup>er</sup> février 2010 modifié relatif à la surveillance des légionnelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire</b>	<b>Prescription 37-</b> Assurer un suivi de la température de l'eau représentative du réseau de distribution d'eau chaude sanitaire aux points d'usage, conformément aux dispositions de l'arrêté du 1 <sup>er</sup> février 2010 modifié et non de la température de l'eau après mitigeage.	6 mois			<b>Maintien de la prescription</b> (absence de stratégie d'échantillonnage et de transmission de justificatif de mise en œuvre d'un suivi de la température aux points de soutirage (distribution) représentatifs de l'ECS (sans mitigeage)) On note cependant que la procédure intitulée « SUIVI DES TEMPERATURES (HORS ETABLISSEMENT DE SANTE*) » mentionne qu'aux points d'usage la protection anti-brûlure doit être désactivée au moment du relevé. Toutefois, aucun protocole ne précise les opérations à mettre en œuvre pour désactiver la protection anti-brûlure au niveau des points de suivis retenus (non fixés en l'absence de stratégie d'échantillonnage).
Ecart 38-	L'établissement ne respecte pas l'arrêté du 1er février 2010 (annexe	<b>Arrêté du 1<sup>er</sup> février 2010 modifié relatif</b>	<b>Prescription 38-</b> Mettre en place l'équipement nécessaire	3 mois	[REDACTED]		<b>Maintien de la prescription</b>

	2) car aucun prélèvement n'est réalisé en fond de ballon de production et de stockage d'eau chaude sanitaire.	<b>à la surveillance des légionnelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire</b>	pour assurer dans de bonnes conditions un prélèvement d'échantillon d'eau (suivi de la température et recherche de légionnelles) en fond de ballon de stockage d'eau chaude sanitaire.		[REDACTED]		(justificatif de mise en œuvre non transmis)
Ecart 39-	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 23 juin 1978 modifié.	<b>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</b>	<b>Prescription 39- cf prescription 31</b>	3 mois			<b>Maintien de la prescription</b> (cf prescription 31)
Ecart 40-	Le manque de précision dans l'identification de l'établissement et l'absence de mention de ses coordonnées (adresse notamment) sur les bulletins d'analyse est contraire aux dispositions de l'article 6 de l'arrêté modifié du 1er février 2010.	<b>Arrêté du 1<sup>er</sup> février 2010 modifié relatif à la surveillance des légionnelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire</b>	<b>Prescription 40-</b> Demander au laboratoire d'indiquer sur les bulletins d'analyses les coordonnées de l'établissement conformément à l'arrêté du 1 <sup>er</sup> février 2010.	3 mois			<b>Maintien de la prescription</b> (absence de justificatif de demande d'ajout de ces informations adressée au laboratoire et, à terme, d'ajout de ces informations aux bulletins d'analyse)
Ecart 41-	La seule sécurisation des points d'usage contaminés peut ne pas être suffisante pour sécuriser les utilisateurs vis-à-vis du risque de légionellose selon l'étendue de la contamination des réseaux d'eau.	<b>Arrêté du 1<sup>er</sup> février 2010 modifié relatif à la surveillance des légionnelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire</b>	<b>Prescription 41-</b> Modifier les procédures / protocoles existants de manière à intégrer la protection sans délai des usagers et supprimer les usages à risques en cas de contamination de l'eau par les légionnelles, conformément à l'arrêté du 1 <sup>er</sup> février 2010.	1 mois			<b>Maintien de la prescription</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la prescription)

Ecart 42-	Les protocoles d'actions en cas de contamination de l'eau par des légionnelles ne prévoient pas le signalement à l'ARS des résultats non conformes, contrairement à l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.	<b>Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales</b>	<b>Prescription 42-</b> Inclure, dans les protocoles d'action en cas de contamination de l'eau par des légionnelles, le signalement à l'ARS.	3 mois			<b>Maintien de la prescription</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la prescription)
Ecart 43-	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 : <ul style="list-style-type: none"> <li>- le descriptif de l'établissement et des réseaux d'eau,</li> <li>- les plans ou schémas de principe des productions ECS et des réseaux actualisés,</li> <li>- la liste des travaux de modification, de rénovation ou d'extension des installations de distribution d'eau,</li> <li>- les notes de calcul sur l'équilibrage des réseaux d'ECS bouclés, mises à jour lors des modifications de configuration des réseaux,</li> <li>- les opérations de maintenance et d'entretien réalisées,</li> <li>- les traitements de lutte contre le tartre et la corrosion réalisés,</li> <li>- la traçabilité de la surveillance des températures de l'ECS et</li> </ul>	<b>Arrêté du 1<sup>er</sup> février 2010 modifié relatif à la surveillance des légionnelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire</b>	<b>Prescription 43-</b> Disposer d'un fichier sanitaire complet et à jour conformément à l'arrêté du 1 <sup>er</sup> février 2010, à la circulaire du 28 octobre 2005 et au guide annexé à la circulaire du 21 décembre 2010.	6 mois			<b>Maintien de la prescription</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la prescription)

	de l'eau froide (modalités et résultats), - les volumes consommés (EF/ECS).						
Ecart 44-	Contrairement aux dispositions de l'article R.1334-29-5 du code de la santé publique, le DTA est incomplet en l'absence : <ul style="list-style-type: none"><li>- des repérages des matériaux de la liste A et de la liste B ;</li><li>- des évaluations périodiques de l'état de conservation des matériaux et des résultats des mesures d'empoussièvement (si matériaux de la liste A présents) et les résultats d'évaluation de l'état de conservation des matériaux, leurs risques de dégradation et les mesures de gestion adaptées préconisées (si matériaux de la liste B) ;</li><li>- d'une localisation exploitable des matériaux contenant de l'amiante ; de la fiche récapitulative du DTA.</li></ul>	<b>Article R.1334-29-5 du code de la santé publique</b>	<b>Prescription 44-</b> Disposer d'un dossier technique amiante (DTA) complet par bâtiment, conformément à l'article R1334-29-5 du code de la santé publique.	6 mois			<b>Maintien de la prescription</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la prescription)
Ecart 45-	En ne disposant pas d'un DTA pour chacun des bâtiments du site, l'établissement ne respecte pas l'arrêté du 21 décembre 2012.	<b>Article R.1334-29-5 du code de la santé publique et arrêté du 21 décembre 2012 relatif aux recommandations générales de sécurité et au</b>	<b>Prescription 45-</b> Disposer d'un dossier technique amiante (DTA) complet pour chaque bâtiment dont le permis de construire a été délivré avant le 1 <sup>er</sup> juillet 1997, conformément à l'article R1334-29-5 du code de la santé publique.	6 mois			<b>Maintien de la prescription</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la prescription)

		<b>contenu de la fiche récapitulative du « dossier technique amiante »</b>				
Ecart 46-	L'absence de fiche récapitulative dans le dossier technique amiante n'est pas conforme aux dispositions de l'article R.1334-29-5 du code de la santé publique.	<b>Article R.1334-29-5 du code de la santé publique</b>	<b>Prescription 46-</b> Constituer la fiche récapitulative conformément à l'article R.1334-29-5 du code de la santé publique et l'insérer dans le dossier technique amiante de chacun des bâtiments de l'établissement dont le permis de construire a été délivré avant le 1 <sup>er</sup> juillet 1997.	6 mois		<b>Maintien de la prescription</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la prescription)
Ecart 47-	L'établissement ne dispose pas du rapport de repérage des matériaux et produits de la liste A contrairement aux articles R.1334-14 et R.1334-18 du code de la santé publique ce qui ne permet pas de s'assurer de l'exhaustivité des types de matériaux recherchés (notamment les faux-plafonds).	<b>Articles R.1334-14 et R.1334-18 du code de la santé publique et arrêté du 12 décembre 2012 modifié 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</b>	<b>Prescription 47-</b> Faire réaliser le repérage des matériaux et produits de la liste A contenant de l'amiante conformément aux articles R.1334-14 et 18 du code de la santé publique. Ce repérage devra être effectué selon les dispositions de l'arrêté modifié du 12 décembre 2012.	6 mois		<b>Maintien de la prescription</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la prescription)
Ecart 48-	En n'ayant pas réalisé le repérage des matériaux et produits de la liste B contenant de l'amiante, l'établissement contrevert aux dispositions des articles R.1334-14 et 18 du code de la santé publique.	<b>Articles R.1334-14 et R.1334-18 du code de la santé publique et arrêté du 12 décembre 2012 modifié relatif aux critères d'évaluation de l'état de conservation des</b>	<b>Prescription 48-</b> Faire réaliser le repérage des matériaux et produits de la liste B contenant de l'amiante conformément aux articles R.1334-14 et 18 du code de la santé publique. Ce repérage devra être effectué selon les dispositions de l'arrêté modifié du 12 décembre 2012.	6 mois		<b>Maintien de la prescription</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la prescription)

		<b>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</b>					
Ecart 49-	En ne communiquant pas le dossier technique amiante aux entreprises 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.	<b>Article R.1334-29-5 du code de la santé publique</b>	<b>Prescription 49-</b> 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.	A chaque intervention d'entreprise dans l'établissement			<b>Maintien de la prescription</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la prescription)
Ecart 50-	Contrairement aux dispositions de l'article R.1334-29-5 du code de la santé publique, le propriétaire (ou le responsable de l'établissement) ne conserve pas 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.	<b>Article R.1334-29-5 du code de la santé publique</b>	<b>Prescription 50-</b> Tracer (attestation écrite) la communication du dossier technique amiante (DTA).	6 mois			<b>Maintien de la prescription</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la prescription)
Ecart 51-	Contrairement aux dispositions de l'article R.1334-29-5 du code de la santé publique, le dossier technique amiante n'est pas tenu à la disposition des occupants de l'immeuble bâti concerné, des employeurs, des représentants du	<b>Article R.1334-29-5 du code de la santé publique</b>	<b>Prescription 51-</b> Informer des modalités de consultation du DTA conformément à l'article R.1334-29-5 du code de la santé publique.	6 mois			<b>Maintien de la prescription</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la prescription)

	personnel et des médecins du travail et ces personnes ne sont pas informées des modalités de consultation du dossier.						
Ecart 52-	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.	<b>Article R.1334-29-5 du code de la santé publique</b>	<b>Prescription 52-</b> Communiquer la fiche récapitulative du DTA aux résidents conformément à l'article R.1334-29-5 du code de la santé publique.	6 mois			<b>Maintien de la prescription</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la prescription, notamment de traçabilité de la communication de la fiche récapitulative du DTA)
Ecart 53-	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 éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"><li>- les coordonnées administratives du prestataire de services ;</li><li>- le système d'identification des conditionnements ;</li><li>- les modalités de transport ;</li><li>- l'engagement du prestataire de services à respecter les délais réglementaires.</li><li>- l'engagement du prestataire de services à faire éliminer les déchets dans des installations conformes à la réglementation.</li></ul>	<b>Arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif au contrôle des filières d'élimination des DASRI et des PAOH</b>	<b>Prescription 53-</b> Faire figurer dans la convention les informations suivantes : <ul style="list-style-type: none"><li>- les coordonnées administratives du prestataire de services ;</li><li>- le système d'identification des conditionnements ;</li><li>- les modalités de transport ;</li><li>- l'engagement du prestataire de services à respecter les délais réglementaires.</li><li>- l'engagement du prestataire de services à faire éliminer les déchets dans des installations conformes à la réglementation.</li><li>- les modalités de refus de prise en charge des déchets ;</li><li>- l'engagement du prestataire de services à respecter la sécurité au travail ;</li><li>- la police d'assurance ;</li><li>- les formules de révision des prix ;</li><li>- les clauses de résiliation de la convention.</li></ul>	6 mois			<b>Ecart n°53 maintenu</b> Convention non transmise

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- les modalités de refus de prise en charge des déchets ;</li> <li>- l'engagement du prestataire de services à respecter la sécurité au travail ;</li> <li>- la police d'assurance ;</li> <li>- les formules de révision des prix ;</li> <li>- les clauses de résiliation de la convention.</li> </ul>					
Ecart 54-	L'absence de date de réception 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 au contrôle des filières d'élimination	<b>Arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif au contrôle des filières d'élimination des DASRI et des PAOH</b>	<b>Prescription 54-</b> Faire figurer la date de réception sur les bordereaux renvoyés à l'établissement			<b>Ecart n°54 maintenu</b> Absence de date de réception sur les bordereaux transmis à l'établissement
Ecart 55-	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 bons de prise en charge.	<b>Arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif au contrôle des filières d'élimination des DASRI et des PAOH</b>	<b>Prescription 55-</b> Emettre 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	Immédia t		<b>Ecart n°55 maintenu</b> Bordereaux de suivi cerfa n°11351*03 incomplets Bons de prise en charge non transmis
Ecart 56-	L'absence de documents de traçabilité complets ne permet pas de vérifier si la durée entre la production effective des DASRI, l'évacuation des déchets du lieu de production et leur incinération	<b>Arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif aux modalités d'entreposage.</b>	<b>Prescription 56-</b> Disposer de l'ensemble des documents de traçabilité : bordereau cerfa n°11352*03 et bons de prise en charge complets.	1 mois		<b>Ecart n°56 maintenu</b> Bordereaux de suivi cerfa n°11351*03 incomplets Bons de prise en charge non transmis

	respecte les dispositions des articles 2 et 4 de l'arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif aux modalités d'entreposage.					
Ecart 57-	Le personnel soignant est insuffisamment formé aux procédures de tri et de conditionnement des DASRI (article R.1335-14 du code de la santé publique et article 14 de l'arrêté modifié du 24 novembre 2003 modifié relatif aux emballages des DASRI et des PAOH).	<b>Article R.1335-14 du code de la santé publique et article 14 de l'arrêté modifié du 24 novembre 2003 modifié relatif aux emballages des DASRI et des PAOH</b>	<b>Prescription 57-</b> Former régulièrement le personnel soignant aux procédures de tri et de conditionnement des DASRI	3 mois		<b>Ecart n°57 levé</b>
Ecart 58-	En n'ayant pas identifié le local d'entreposage centralisé comme à risque particuliers (risque incendie), l'établissement contrevient aux dispositions de l'article 8 de l'arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif aux modalités d'entreposage.	<b>Arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif aux modalités d'entreposage.</b>	<b>Prescription 58-</b> Mettre en conformité le local d'entreposage centralisé : identifier le local comme à risque particulier, entretenir régulièrement le local.	3 mois		<b>Ecart n°58 maintenu</b> Identifier le local sur les plans comme à risque particulier (risque incendie)

	Remarques	Recommandations mesures attendues	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	Justificatifs	Décision de l'ARS
Remarque 1 -	Le nombre de places du PASA ne correspond pas avec celui de la décision de labellisation du 11 mai 2017 (14 places).	<b>Recommandation 1-</b> Elaborer une organisation permettant de respecter la capacité du PASA inscrite dans l'arrêté d'autorisation. A noter que dans ce cas, la dotation financière du PASA sera augmentée.	6 mois			<b>Remarque n°1 levée</b>
Remarque 2 -	L'unité dédiée pour les personnes ayant des troubles cognitifs n'est pas reconnue comme unité de vie protégée avec possibilité de limitation de la liberté d'aller et venir, ce qui est non conforme à l'article L311-3 du CASF	<b>Recommandation 2-</b> Réaliser une demande de modification de l'autorisation de l'EHPAD Le Marronnier tendant à la reconnaissance de l'unité protégée (lien avec écart n°19).	3 mois			<b>Remarque n°2 levée</b>
Remarque 3 -	Les entretiens réalisés par la mission d'inspection ont révélé une méconnaissance du contenu du PE et de sa plus-value stratégique (Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service, ANESM, décembre 2009)	<b>Recommandation 3-</b> Dans le cadre de l'élaboration du prochain projet d'établissement, définir un plan d'action permettant aux les professionnels de participer à celle-ci afin de s'approprier le PE et ainsi de "donner un sens à leur pratique professionnelles"	6 mois			<b>Remarque n°3 maintenue</b> en l'attente d'un rétroplanning des différentes réunions du groupe de travail aboutissant à l'élaboration du futur PE

	Remarques	Recommandations mesures attendues	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	Justificatifs	Décision de l'ARS
Remarque 4 -	L'astreinte de direction n'est pas formalisée	<b>Recommandation 4-</b> Formaliser l'astreinte de direction	3 mois			<b>Remarque n°4 levée</b>
Remarque 5 -	L'adresse d'alerte de l'ARS n'est pas actualisée dans le document du plan bleu.	<b>Recommandation 5-</b> Actualiser l'adresse d'alerte de l'ARS dans le plan bleu – désormais <a href="mailto:ars-oc-alerte@ars.sante.fr">ars-oc-alerte@ars.sante.fr</a>	3 mois			<b>Remarque n°5 levée</b>
Remarque 6 -	L'adresse d'alerte de l'EHPAD doit être distincte de l'adresse de contact, ouverte et veillée H24 (Instruction interministérielle N° DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et Guide d'aide à l'élaboration des plans bleus)	<b>Recommandation 6-</b> Identifier une adresse d'alerte dédiée spécifique, autre que l'adresse de contact	3 mois			<b>Remarque n°6 levée</b>
Remarque 7 -	Il n'est pas observé un dispositif formalisé de soutien aux pratiques professionnelles du personnel (cf Recommandations HAS Qualité de vie en EHPAD 2018)	<b>Recommandation 7-</b> Formaliser le dispositif de soutien et d'analyse des pratiques professionnelles du personnel	3 mois			<b>Remarque n°7 maintenue</b> , en l'attente d'éléments supplémentaire concernant l'organisation du dispositif de soutien et d'analyse des pratiques du personnel (dates interventions, nom de l'intervenante...)

	Remarques	Recommandations mesures attendues	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	Justificatifs	Décision de l'ARS
Remarque 8 -	Les comptes rendus des commissions de coordination gériatrique transmis ne mentionnent pas les points d'avancement des sujets placés à l'ordre du jour ce qui ne permet pas d'apprecier la portée de cette réunion. (Fiche repère ANESM. Mars 2018)	<b>Recommandation 8-</b> Réaliser des comptes-rendus de CCG plus détaillés et mentionnant l'état d'avancement des sujets placés à l'ODJ.	6 mois			<b>Remarque n°8 maintenue</b> en l'attente de la transmission du CR de la prochaine CCG
Remarque 9 -	L'absence des médecins traitants à la commission de coordination gériatrique est préjudiciable à la qualité de l'accompagnement des résidents. (Fiche repère ANESM. Mars 2018)	<b>Recommandation 9-</b> Mettre en œuvre des actions permettant de faire venir les médecins traitant à la commission de coordination gériatrique. La participation des professionnels libéraux par visioconférence pourrait être proposée par exemple.	3 mois			<b>Remarque n°9 levée</b>
Remarque 10 -	Il n'existe pas dans l'établissement de procédure des modalités d'intervention du médecin de l'EHPAD en cas d'urgence ou d'absence de médecin traitant ce qui compromet la continuité des soins et le respect de la déontologie. (Article L314-12 du CASF)	<b>Recommandation 10-</b> Elaborer une procédure des modalités d'intervention du médecin de l'EHPAD en cas d'urgence ou d'absence du médecin traitant.	6 mois			<b>Remarque n°10 levée</b>

	Remarques	Recommandations mesures attendues	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	Justificatifs	Décision de l'ARS
Remarque 11 -	La traçabilité des interventions et constats des médecins et des kinésithérapeutes est insuffisante, ce qui ne permet pas d'assurer de façon optimale la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents, la compréhension des équipes en charge des soins. (Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Dossier patient : réglementation et recommandations - juin 2003).	<b>Recommandation 11-</b> Mettre en œuvre des actions afin d'améliorer la traçabilité des interventions des médecins et kinésithérapeutes.	6 mois	[REDACTED]		<b>Remarque n°11 levée</b> Attention, cet élément est important en termes de coordination des soins et dans le cadre de la coupe PATHOS.
Remarque 12 -	Une partie des dossiers médicaux est archivée en papier, ce qui ne permet pas d'assurer la sécurité et l'accès facilité à l'information ainsi que la continuité des soins conformément aux recommandations de bonnes pratiques. (Comprendre les problématiques du dossier patient informatisé et interopérable : du dossier patient informatisé et interopérable au dossier informatisé ANAP – Juin 2015).	<b>Recommandation 12-</b> Elaborer un plan d'action de numérisation des dossiers médicaux afin d'abandonner les archives papier et le mettre en œuvre.	3 mois	[REDACTED]		<b>Remarque n°12 levée</b>

	Remarques	Recommandations mesures attendues	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	Justificatifs	Décision de l'ARS
Remarque 13 -	Le poids n'est pas directement enregistré à l'admission ce qui est en contradiction avec la préconisation du protocole dénutrition de l'EHPAD.	<b>Recommandation 13-</b> Enregistrer le poids à l'admission. Il pourrait être saisi directement dans Netsoins© par les AS afin d'éviter les erreurs de copie	3 mois			<b>Remarque n°13 levée</b>
Remarque 14 -	La surveillance n'est pas rapprochée dans les cas de dénutrition, ce qui est contraire aux recommandations de bonnes pratiques. (Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus 10 HAS - novembre 2021)	<b>Recommandation 14-</b> L'évaluation de la consommation alimentaire est à réaliser dans la surveillance d'une dénutrition récente.	6 mois			<b>Remarque n°14 levée</b>
Remarque 15 -	Les évaluations et recherches causales des chutes ne sont pas tracées dans le dossier du patient, ce qui ne permet pas d'assurer un suivi individualisé de cette problématique. (Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. HAS 2009)	<b>Recommandation 15-</b> Les évaluations et recherches causales des chutes sont à tracer au dossier informatisé du patient	3 mois			<b>Remarque n°15 levée</b>

	Remarques	Recommandations mesures attendues	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	Justificatifs	Décision de l'ARS
Remarque 16 -	Les changements de prescription sont retranscrits dans le DPI par le pharmacien après appel téléphonique ou envoi par mail de la nouvelle prescription ; cette retranscription peut être source d'erreur. (Évaluation de la prise en charge médicamenteuse selon le référentiel de certification – HAS Mars 2022)	<b>Recommandation 16-</b> Mettre en place un support unique de prescription.	6 mois			<b>Remarque n°16 maintenue</b> A l'issue du programme ERASME transmettre aux autorités de tarification les nouveaux outils créés sur le circuit du médicament (protocole sur retranscription prescription, identitovigilance, date de péremption)
Remarque 17 -	Pour les médicaments hors pilulier, la préparation est effectuée à partir de contenant sans identitovigilance; ce qui peut être source d'erreur et de risque dans le circuit du médicament (Évaluation de la prise en charge médicamenteuse selon le référentiel de certification – HAS Mars 2022)	<b>Recommandation 17-</b> Mettre en place un étiquetage des contenants pour les médicaments hors pilulier qui doit comporter toutes les mentions nécessaires à l'identification de la personne (a minima nom et prénom). Ces mentions peuvent être complétées de la date de naissance, de la photographie voire du nom de jeune fille des personnes en cas d'homonymie.	3 mois			<b>Remarque n°17 maintenue</b> A l'issue du programme ERASME transmettre aux autorités de tarification les nouveaux outils créés sur le circuit du médicament (protocole sur retranscription prescription, identitovigilance, date de péremption)
Remarque 18 -	Il n'est pas visualisé de date de péremption ou date d'ouverture pour les présentations buvables, collyre et crèmes. (« Les solutions buvables : à chaque dispositif d'administration son médicament » et « Pipettes et autres dispositifs	<b>Recommandation 18-</b> Pour les dispositifs doseurs des suspensions buvables, si une date limite de conservation existe, elle doit être apposée sur la forme pharmaceutique en cours d'utilisation.	1 an			<b>Remarque n°18 maintenue</b> A l'issue du programme ERASME transmettre aux autorités de tarification les nouveaux outils créés sur le circuit du médicament (protocole sur retranscription prescription,

	Remarques	Recommandations mesures attendues	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	Justificatifs	Décision de l'ARS
	d'administration des solutions buvables : attention aux erreurs - ANSM 11-2013.)					identitovigilance, date de péremption)
Remarque 19 -	Le dossier médical ne mentionne pas les cas de résidant gérant eux-mêmes leur traitement ; ce qui serait pourtant utile pour les professionnels remplaçant et recommandé au vu du turn-over (Évaluation de la prise en charge médicamenteuse selon le référentiel de certification – HAS Mars 2022)	<b>Recommandation 19-</b> Préciser dans leur dossier médical les patients bénéficiant d'une décision d'auto-gestion du traitement médicamenteux.				<b>Remarque n°19 maintenue</b> Transmettre un extrait de protocole mentionnant cette pratique.
Remarque 20 -	La bouteille d'oxygène n'est pas en position verticale ni arrimée, ce qui contrevient aux recommandations de l'ANSM. (Risques et précautions d'emploi liés à l'utilisation des gaz à usage médical ANSM 2012)	<b>Recommandation 20-</b> La bouteille contenant de l'oxygène doit être maintenue en position verticale et doit être arrimée.	3 mois			<b>Remarque n°20 maintenue en l'attente de photos attestant de la modification de la position et de l'arrimage de la bouteille d'oxygène.</b>
Remarque 21 -	La vérification de la péremption des dispositifs pour l'oxygénothérapie n'est pas effectuée, ce qui peut être source de risque dans la prise en charge	<b>Recommandation 21-</b> Mettre en place une vérification de la péremption des dispositifs pour l'oxygénothérapie				<b>Remarque n°21 levée</b>

	Remarques	Recommandations mesures attendues	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	Justificatifs	Décision de l'ARS
	des usagers. (Arrêté du 16 juillet 2015 relatif aux bonnes pratiques de dispensation à domicile de l'oxygène à usage médical)					
Remarque 22 -	L'absence de stabilité des équipes ne permet pas une qualité de la prise en charge optimale dans l'établissement.	<b>Recommandation 22-</b> Identifier les causes intrinsèques du renouvellement des équipes soignantes et du recours à l'intérim afin de trouver une solution pérenne (Comment faire face au turnover du personnel soignant en EHPAD ? <a href="https://www.logement-seniors.com/articles-ls/comment-faire-face-turnover-personnel-soignant-ehpad.html">https://www.logement-seniors.com/articles-ls/comment-faire-face-turnover-personnel-soignant-ehpad.html</a> <a href="https://shs.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2016-4-page-285?lang=fr">https://shs.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2016-4-page-285?lang=fr</a>  Rapport d'information n° 778 du Sénat 2023-2024 au nom de la commission des affaires sociales sur la situation des Ehpad)	1 an	[REDACTED]		<b>Remarque n°22 maintenue</b> en l'attente de précisions sur la stratégie de l'établissement concernant la stabilisation des équipes - elles pourraient par la suite être incluses dans le futur PE
Remarque 23 -	En ne mettant pas en place des réunions d'équipe spécifiques au PASA, l'établissement ne permet pas de garantir la coordination, la supervision et le bon fonctionnement du dispositif. (L'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une	<b>Recommandation 23-</b> Mettre en place des réunions d'équipe spécifiques au PASA Ces réunions sont le garant de la bonne coordination du PASA et de l'EHPAD, du bon fonctionnement du PASA et de la qualité des prestations délivrées par des évaluations régulières. Ces réunions sont également bénéfiques à la bonne qualité de vie au travail du personnel du PASA.	6 mois	[REDACTED]		<b>Remarque n°23 maintenue</b> en l'attente d'un calendrier des réunions d'équipes prévues sur le PASA

	Remarques	Recommandations mesures attendues	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	Justificatifs	Décision de l'ARS
	maladie neurodégénérative en PASA – ANESM 2016).					
Remarque 24 -	L'établissement ne dispose pas de convention avec une équipe mobile de soins palliatifs.	<b>Recommandation 24-</b> Conclure une convention avec l'équipe mobile de soins palliatifs	6 mois			<b>Remarque n°24 maintenue</b>
Remarque 25 -	Il n'est pas déclaré, ni présenté de procédure ou de convention pour les admissions en soins non programmés, ce qui ne permet pas de s'assurer de sa mise en œuvre. (Instruction n° DGOS/R4/2021/252 du 14 décembre 2021 relative à la mise en œuvre de la mesure 5 du pacte de refondation des urgences).	<b>Recommandation 25-</b> L'établissement devrait s'inscrire dans une coordination territoriale pour les admissions directes non programmées des personnes âgées en service hospitalier.	1 mois			<b>Remarque n°25 levée</b>
Remarque 26 -	Aucune consultation de télé-expertise ou téléconsultation n'est réalisée au sein de l'EHPAD, ce qui permettrait aux résidents d'élargir le choix de professionnels libéraux et éviterait des déplacements (Plan national télémédecine et PRS)	<b>Recommandation 26-</b> Doter l'établissement de la possibilité de recourir à la téléconsultation	6 mois			<b>Remarque n°26 levée</b> Ces éléments de réponses sont transmis aux services de la DDARS11 en charge des ESMS PA. Il est conseillé de vous renseigner également sur le programme ESMS Numérique.
Remarque 27 -	L'absence de plans et de schéma hydraulique, à jour, de l'ensemble des réseaux intérieurs de distribution d'eau ne permet pas	<b>Recommandation 27-</b> cf prescription 34	6 mois			<b>Recommandation maintenue</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la recommandation)

	Remarques	Recommandations mesures attendues	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	Justificatifs	Décision de l'ARS
	d'avoir une connaissance globale de ces réseaux nécessaire pour s'assurer de l'absence de conditions favorables au développement de légionnelles et établir la stratégie d'échantillonnage de l'établissement et est contraire aux dispositions de l'annexe de la circulaire du 21 décembre 2010 et de la circulaire du 28 octobre 2005.					
Remarque 28 -	La méconnaissance de la distribution de l'ECS au sein des bâtiments ne permet pas de s'assurer de l'absence de conditions favorables au développement des légionnelles (annexe de la circulaire du 21 décembre 2010).	<b>Recommandation 28-</b> cf prescription 34	6 mois			<b>Recommandation maintenue</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la recommandation)
Remarque 29 -	La méconnaissance sur l'équilibrage du réseau d'ECS ne permet pas de s'assurer de l'absence de conditions favorables au développement des légionnelles	<b>Recommandation 29-</b> Améliorer les connaissances sur l'équilibrage du réseau d'eau chaude sanitaire.	6 mois			<b>Recommandation maintenue</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la recommandation)

	Remarques	Recommandations mesures attendues	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	Justificatifs	Décision de l'ARS
	(Annexe de la circulaire du 21 décembre 2010).					
Remarque 30 -	L'absence de PV d'équilibrage ne permet pas de s'assurer de l'opérationnalité de l'équilibrage ni de l'entretenir	<b>Recommandation 30-</b> cf recommandation 29	6 mois			
Remarque 31 -	Le maintien d'une boucle stagnante (réseau « cuisine »), à température ambiante, est favorable au développement de légionnelles et présente un risque de contamination des réseaux qui y sont reliés, ce qui est contraire aux dispositions de l'annexe de la circulaire du 21 décembre 2010 et de la circulaire du 28 octobre 2005.	<b>Recommandation 31-</b> Supprimer le risque de développement de légionnelles lié à la stagnation d'eau dans cette boucle (suppression de la boucle ou mise en place de soutirage)	1 mois			<b>Recommandation maintenue</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la recommandation)
Remarque 32 -	L'établissement n'est pas en mesure d'indiquer à l'équipe d'inspection si une partie du réseau d'eau chaude sanitaire est équipé de cordons chauffants ce qui traduit une méconnaissance de ce réseau ne permettant pas de s'assurer de l'absence de conditions favorables au développement des légionnelles.	<b>Recommandation 32-</b> Améliorer la connaissance technique du réseau d'eau chaude sanitaire et disposer d'un schéma hydraulique de l'ensemble du réseau à jour	6 mois			<b>Recommandation maintenue</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la recommandation)

	Remarques	Recommandations mesures attendues	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	Justificatifs	Décision de l'ARS
Remarque 33 -	La réalisation de montées en température répétées de l'eau supérieure à 60°C favorise le vieillissement des canalisations et l'agression du biofilm, ce qui peut faciliter les contaminations bactériologiques.	<b>Recommandation 33-</b> Privilégier des mesures préventives (équilibrage du réseau et surveillance) afin de s'assurer du maintien permanent d'une température en tout point du réseau supérieure à 50°C, à l'exception des points d'usage destinés à la toilette.	6 mois			<b>Recommandation maintenue</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la recommandation)
Remarque 34 -	L'absence de contrôle des manchettes témoins ne permet pas de suivre l'état de corrosion ou d'entartrage du réseau d'eau chaude sanitaire.	<b>Recommandation 34-</b> Connaître l'état de corrosion des canalisations, conformément aux recommandations du CSTB et du DTU 60 et assurer la traçabilité de cette vérification.	3 mois			<b>Recommandation maintenue</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la recommandation)
Remarque 35 -	Contrairement aux recommandations du CSTB (guide technique, partie 1) : <ul style="list-style-type: none"> <li>- les équipements à risque (mitigeurs thermostatiques) 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 ;</li> </ul>	<b>Recommandation 35-</b> Installer les dispositifs de protection contre les retours d'eau manquants et/ou adéquats (cf. guide CSTB, partie 1)	3 mois			<b>Recommandation maintenue</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la recommandation)

	Remarques	Recommandations mesures attendues	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	Justificatifs	Décision de l'ARS
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- les piquages du réseau d'ECS et du retour de boucle sur le réseau d'EF ne sont pas protégés par un clapet anti-retour contrôlable (clapet EA) ;</li> <li>- l'entrée d'EF et l'entrée d'ECS sur les mitigeurs en gaine technique ne sont pas protégés par un clapet anti-retour contrôlable (clapet EA).</li> <li>- le piquage du réseau d'EF traitée (adoucisseur) sur le réseau d'EF n'est pas protégé par un clapet anti-retour contrôlable (clapet EA) ce qui peut entraîner un mélange d'eau non potable avec l'eau potable et ainsi une dégradation de la qualité de l'EF.</li> </ul>					
Remarque 36 -	En ne réalisant pas de nettoyage, désinfection et rinçage des installations avant toute mise ou	<b>Recommandation 36-</b> Etablir une procédure de gestion des risques liés aux légionnelles concernant les situations de travaux ou	6 mois			<b>Recommandation maintenue</b>

	Remarques	Recommandations mesures attendues	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	Justificatifs	Décision de l'ARS
	remise en service après travaux et en ne contrôlant pas l'efficacité de la désinfection, l'établissement ne respecte pas les recommandations du guide technique du CSTB (partie 1).	d'intervention sur le réseau d'eau chaude sanitaire, informer et sensibiliser le personnel concerné à cette procédure, la mettre en œuvre le cas échéant et assurer la traçabilité de sa mise en œuvre dans le fichier sanitaire de l'installation concernée.				(absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la recommandation)
Remarque 37 -	En l'absence de transmission des éléments de traçabilité (copie du carnet de chaufferie), le respect par l'établissement de la fréquence hebdomadaire de réalisation d'une chasse en point bas du ballon préconisé par la circulaire du 28 octobre 2005 et le guide technique du CSTB (partie 2) à réaliser au niveau de la vanne de vidange en fond de ballon pour évacuer tout dépôt éventuellement formé n'a pas pu être contrôlé.	<b>Recommandation 37-</b> Prévenir la contamination des réseaux d'eau par de bonnes pratiques d'entretien et de maintenance des appareils de production d'eau chaude (ballons, échangeur à plaques) en se référant aux recommandations de la circulaire du 28 octobre 2005 et du CSTB, en assurer la traçabilité dans le fichier sanitaire de l'installation concernée et transmettre les éléments de traçabilité de la mise en œuvre de la purge de fond du ballon de production / stockage d'eau chaude sanitaire à la mission d'inspection pour les années 2024 et 2025.	3 mois			<b>Recommandation maintenue</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la recommandation)
Remarque 38 -	La réalisation à fréquence au moins annuelle du détartrage de l'échangeur à plaques, conformément aux recommandations du guide annexé à la circulaire du 21	<b>Recommandation 38-</b> Prévenir la contamination des réseaux d'eau par de bonnes pratiques d'entretien et de maintenance des appareils de production d'eau chaude (ballons, échangeur à plaques) en se référant aux recommandations de la	3 mois			<b>Recommandation maintenue</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la recommandation)

	Remarques	Recommandations mesures attendues	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	Justificatifs	Décision de l'ARS
	décembre 2010 et du guide technique du CSTB partie 2, n'a pas pu être vérifiée par la mission d'inspection.	circulaire du 28 octobre 2005 et du CSTB, en assurer la traçabilité dans le fichier sanitaire de l'installation concernée et transmettre les éléments de traçabilité de la mise en œuvre du détartrage de l'échangeur à plaques à la mission d'inspection pour les années 2022, 2023, 2024 et 2025.				
Remarque 39 -	La réalisation de la vidange complète, du nettoyage, du détartrage et de la désinfection du ballon de stockage d'eau chaude sanitaire à une fréquence au moins annuelle, conformément aux dispositions de la circulaire du 28 octobre 2005, n'a pas pu être vérifiée par la mission d'inspection.	<b>Recommandation 39-</b> Prévenir la contamination des réseaux d'eau par de bonnes pratiques d'entretien et de maintenance des appareils de production d'eau chaude (ballons, échangeur à plaques) en se référant aux recommandations de la circulaire du 28 octobre 2005 et du CSTB, en assurer la traçabilité dans le fichier sanitaire de l'installation concernée et transmettre les éléments de traçabilité de la mise en œuvre de la vidange complète, du nettoyage, du détartrage et de la désinfection du ballon de production / stockage d'eau chaude sanitaire à la mission d'inspection pour les années 2022, 2023, 2024 et 2025.	3 mois			<b>Recommandation maintenue</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la recommandation)
Remarque 40 -	L'examen annuel de l'état du calorifugeage n'est pas réalisé contrairement aux recommandations du CSTB (guide technique, partie 2).	<b>Recommandation 40-</b> Prévenir la contamination des réseaux d'eau par de bonnes pratiques d'entretien et de maintenance, en respectant les fréquences préconisées par les guides techniques du CSTB	3 mois			<b>Recommandation maintenue</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la recommandation)

	Remarques	Recommandations mesures attendues	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	Justificatifs	Décision de l'ARS
		et le guide annexé à la circulaire du 21 décembre 2010, notamment en ce qui concerne l'examen de l'état du calorifugeage et assurer la traçabilité de cet examen dans le fichier sanitaire des installations concernées (réseaux d'eau chaude sanitaire et réseau d'eau froide).				
Remarque 41 -	L'établissement ne vérifie pas l'équilibrage des réseaux tous les 2 ans comme recommandé par le CSTB (guide technique, partie 2).	<b>Recommandation 41-</b> Améliorer les connaissances sur l'équilibrage du réseau d'ECS (cf. recommandation n°68), s'assurer de cet équilibrage tous les 2 ans et assurer la traçabilité de cette vérification et des opérations menées pour son rétablissement dans le fichier sanitaire de l'installation.	6 mois pour l'amélioration des connaissances sur l'équilibrage du réseau			<b>Recommandation maintenue</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la recommandation)
Remarque 42 -	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 Maîtrise du risque de développement des légionnelles dans les réseaux d'eau chaude sanitaire.	<b>Recommandation 42-</b> 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 et assurer la traçabilité de ces opérations dans le fichier sanitaire du réseau d'eau chaude sanitaire.	6 mois			<b>Recommandation maintenue</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la recommandation)
Remarque 43 -	Les éléments de traçabilité de la réalisation de l'entretien annuel	<b>Recommandation 43-</b> Transmettre les justificatifs de réalisation de l'entretien	3 mois			<b>Recommandation maintenue</b>

	Remarques	Recommandations mesures attendues	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	Justificatifs	Décision de l'ARS
	du disconnecteur par DALKIA n'ont pas été transmis à la mission d'inspection.	annuel du disconnecteur de l'établissement à la mission d'inspection pour les années 2022, 2023 et 2024.				(absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la recommandation)
Remarque 44 -	L'établissement ne respecte pas les recommandations du guide technique du CSTB partie 2 en ce qui concerne les fréquences de vérification et d'entretien des dispositifs de protection (vérification semestrielle et maintenance tous les 2 ans pour les clapets anti-retour EA).	<b>Recommandation 44-</b> Assurer l'entretien et la maintenance des dispositifs de protection contre les retours d'eau de type EA conformément aux recommandations du CSTB et en assurer la traçabilité dans le fichier sanitaire des installations concernées	6 mois			<b>Recommandation maintenue</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la recommandation)
Remarque 45 -	Dans son plan de maintenance, concernant les dispositifs de protection non contrôlables (de type EB ou intégrés aux équipements), contrairement aux recommandations du CSTB (cf. guide technique partie 2, chapitre VI), l'établissement ne prévoit : <b>Erreur ! Source du renvoi introuvable.</b> - ni leur remplacement par des dispositifs contrôlables de type EA, dans le cadre de la politique d'amélioration des réseaux de l'établissement,	<b>Recommandation 45-</b> Assurer l'entretien et la maintenance des dispositifs de protection contre les retours d'eau de type EB conformément aux recommandations du CSTB et en assurer la traçabilité dans le fichier sanitaire des installations concernées	6 mois			<b>Recommandation maintenue</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la recommandation)

	Remarques	Recommandations mesures attendues	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	Justificatifs	Décision de l'ARS
	- ni leur changement tous les 5 ans.					
Remarque 46 -	Les éléments de traçabilité de l'entretien du filtre en amont de l'adoucisseur n'ont pas été transmis à la mission d'inspection.	<b>Recommandation 46-</b> Assurer l'entretien du filtre en amont de l'adoucisseur, le tracer dans le fichier sanitaire de l'installation concerné et transmettre à l'équipe d'inspection les éléments de traçabilité pour les années 2022, 2023 et 2024.	3 mois			<b>Recommandation maintenue</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la recommandation)
Remarque 47 -	L'établissement n'assure pas d'entretien régulier des mitigeurs, ce qui ne permet pas de s'assurer de leur bon fonctionnement et de l'absence de conditions favorables au développement des légionnelles.	<b>Recommandation 47-</b> Respecter les bonnes pratiques d'entretien et de maintenance pour l'entretien des mitigeurs en gaine technique et des mitigeurs aux points d'usage, en se conformant aux fréquences préconisées par la circulaire du 28 octobre 2005, les guides techniques du CSTB et le guide annexé à la circulaire du 21 décembre 2010 et en assurer la traçabilité dans le fichier sanitaire du réseau d'ECS.	6 mois			<b>Recommandation maintenue</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la recommandation)
Remarque 48 -	En ne réalisant pas de nettoyage incluant un détartrage suivi d'une désinfection au moins une fois par an des différents éléments de robinetterie (cols de cygne, flexibles, pommeaux de douche, brise-jets et mitigeurs), l'établissement ne respecte pas les dispositions de la circulaire du 28	<b>Recommandation 48-</b> Respecter les bonnes pratiques d'entretien et de maintenance pour l'entretien des éléments terminaux de robinetterie (cols de cygne, flexibles, pommeaux de douche, brise-jets et mousseurs) en se conformant aux fréquences préconisées par la circulaire du 28 octobre 2005, les guides techniques du CSTB et le guide annexé à la circulaire du 21 décembre	6 mois			<b>Recommandation maintenue</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la recommandation)

	Remarques	Recommandations mesures attendues	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	Justificatifs	Décision de l'ARS
	octobre 2005, du guide annexé à la circulaire du 21 décembre 2010 et du guide technique du CSTB (guide partie 2).	2010 et en assurer la traçabilité dans le fichier sanitaire du réseau d'ECS.				
Remarque 49 -	L'établissement ne respecte pas les recommandations du guide technique du CSTB partie 2 et de la norme NF EN 14743 + A1 concernant : <ul style="list-style-type: none"> <li>- la désinfection annuelle des résines,</li> <li>- la vérification et la remise en état tous les 5 ans de la résine,</li> <li>- la vidange, le nettoyage et la désinfection du bac à sel tous les 6 à 12 mois.</li> </ul>	<b>Recommandation 49-</b> Prévenir la contamination des réseaux d'eau par de bonnes pratiques d'entretien et de maintenance des appareils de traitement de l'eau (adoucisseur) en se référant aux recommandations du guide technique du CSTB partie 2 et en assurer la traçabilité dans le fichier sanitaire du réseau d'ECS.	6 mois			<b>Recommandation maintenue</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la recommandation)
Remarque 50 -	L'examen des manchettes-témoin n'est pas réalisé tous les 6 à 12 mois contrairement à ce qui est préconisé par le guide technique du CSTB partie 2.	<b>Recommandation 50-</b> Prévenir la contamination des réseaux d'eau par de bonnes pratiques d'entretien et de maintenance, notamment l'examen régulier des manchettes témoins (état de corrosion et d'entartrage du réseau), en respectant les fréquences préconisées par le guide technique du CSTB et la circulaire du 28 octobre 2005 (fiche 1, tableau 1) et assurer la traçabilité dans le fichier sanitaire du réseau d'ECS.	6 mois			<b>Recommandation maintenue</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la recommandation)

	Remarques	Recommandations mesures attendues	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	Justificatifs	Décision de l'ARS
Remarque 51 -	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).	<b>Recommandation 51-</b> Etalonner les thermomètres conformément aux bonnes pratiques et aux fréquences préconisées par le guide du CSTB et assurer la traçabilité dans le fichier sanitaire du réseau d'ECS.	3 mois			<b>Recommandation maintenue</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la recommandation)
Remarque 52 -	La réalisation des soutirages en dehors de la présence du résident afin de limiter son risque d'exposition n'est pas établie.	<b>Recommandation 52-</b> Soutirer l'eau en dehors de la présence de résident et modifier le protocole de réalisation des soutirages d'eau en conséquence.	1 mois			<b>Recommandation maintenue</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la recommandation)
Remarque 53 -	L'absence de réalisation de soutirages au niveau de l'ensemble des points d'eau de l'établissement pendant et après la réalisation de travaux sur les réseaux d'eau, est contraire aux recommandations du guide annexé à la circulaire du 21 décembre 2010.	<b>Recommandation 53-</b> Formaliser le soutirage d'eau sur l'ensemble des points d'eau de l'établissement pendant et après travaux, en cas de réalisation de travaux sur les réseaux d'eau de l'établissement, informer et sensibiliser le personnel en charge de ces soutirages et tracer ces soutirages dans le fichier sanitaire de l'installation concernée.	3 mois			<b>Recommandation maintenue</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la recommandation)
Remarque 54 -	L'établissement n'a pas mis en place de stratégie de surveillance des températures permettant de suivre le risque de développement des légionnelles sur son réseau d'ECS et de vérifier l'équilibrage de ce réseau.	<b>Recommandation 54-</b> Etablir une stratégie de surveillance des températures, conformément à la prescription n°29, permettant de s'assurer de la conformité des températures sur l'ensemble du réseau et de vérifier la bonne circulation de l'eau dans l'ensemble des boucles du réseau (équilibrage	3 mois			<b>Recommandation maintenue</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la recommandation)

	Remarques	Recommandations mesures attendues	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	Justificatifs	Décision de l'ARS
		du réseau), notamment en permettant de vérifier l'homogénéité des températures de l'eau dans les différentes boucles du réseau d'ECS relevées et rappelant les modalités de traçabilité des résultats de cette surveillance dans le fichier sanitaire du réseau d'ECS.				
Remarque 55 -	En l'absence de transmission à la mission d'inspection des suivis de température, le respect des recommandations du guide annexé à la circulaire du 21 décembre 2010, notamment la collecte des informations associées au suivi de la température (heure de la mesure afin de pouvoir interpréter des éventuelles différences de températures en fonction des puisages réalisés sur le réseau, 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), ne peut être vérifié.	<p><b>Recommandation 55-</b> Transmettre à la mission d'inspection les résultats des suivis de température réalisés pour les années 2023, 2024 et 2025, sur l'eau chaude sanitaire, avec les précisions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- localisation précise du point de réalisation de la mesure et, le cas échéant, la boucle représentée ;</li> <li>- heure de la mesure ;</li> <li>- température de l'eau maximale obtenue ;</li> <li>- temps de soutirage nécessaire pour obtention de la valeur maximale de température.</li> </ul>	1 mois		<p><b>Recommandation maintenue</b> (absence de transmission des résultats des suivis de température à la mission d'inspection)</p>	

	Remarques	Recommandations mesures attendues	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	Justificatifs	Décision de l'ARS
Remarque 56 -	En l'absence de transmission des résultats du suivi de température de l'eau froide à la mission d'inspection, l'effectivité de ce suivi et ses éventuelles anomalies n'ont pas pu être contrôlés.	<p><b>Recommandation 56-</b> Transmettre à la mission d'inspection les résultats des suivis de température réalisés pour les années 2023, 2024 et 2025, sur l'eau froide, avec les précisions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- localisation précise du point de réalisation de la mesure ;</li> <li>- heure de la mesure ;</li> <li>- durée de soutirage préalable à la mesure de température ;</li> <li>- température de l'eau mesurée.</li> </ul>	1 mois			<b>Recommandation maintenue</b> (absence de transmission des résultats des suivis de température à la mission d'inspection)
Remarque 57 -	La température de l'eau froide est supérieure à 20°C aux points d'usage, ce qui n'est pas conforme aux recommandations du guide annexé à la circulaire du 21 décembre 2010 et risque de favoriser le développement des légionnelles.	<b>Recommandation 57-</b> Mettre en œuvre les mesures nécessaires pour prévenir l'augmentation de la température de l'eau froide au sein de l'établissement au-delà de 20°C, en vérifier l'efficacité et tracer ces mesures et la vérification de leur efficacité dans le fichier sanitaire du réseau d'eau froide.	6 mois			<b>Recommandation maintenue</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la recommandation)
Remarque 58 -	En l'absence de transmission à la mission d'inspection des résultats du suivi de température de l'eau froide (valeurs mesurées et informations annexes à la mesure), la mise en œuvre de la surveillance de la température de l'eau froide et la mise en œuvre de	<b>Recommandation 58-</b> Etablir une stratégie de surveillance de la température de l'eau froide au sein de l'établissement, mettre en œuvre cette stratégie et assurer la traçabilité des suivis de la température de l'eau froide dans le fichier sanitaire du réseau d'eau froide.	3 mois			<b>Recommandation maintenue</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la recommandation)

	Remarques	Recommandations mesures attendues	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	Justificatifs	Décision de l'ARS
	la traçabilité de cette surveillance ne peuvent donc pas être établies, ce qui est contraire aux recommandations de la circulaire du 28 octobre 2005 et du guide annexé à la circulaire du 21 décembre 2010.					
Remarque 59 -	L'absence d'actions visant à réduire la température de l'eau froide lorsque cette température dépasse 20°C est contraire aux recommandations de la circulaire du 28 octobre 2005 et du guide annexé à la circulaire du 21 décembre 2010.	<b>Recommandation 59-</b> Etablir une liste d'action visant à réduire la température de l'eau froide lorsque cette dernière dépasse une valeur de 20°C (recherche des causes, mesures correctives, surveillance de l'eau, etc.) et à prévenir le risque de développement de légionnelles, informer et sensibiliser le personnel concerné par la mise en œuvre et le suivi de ces actions et en assurer la traçabilité dans le fichier sanitaire du réseau d'eau froide.	6 mois			<b>Recommandation maintenue</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la recommandation)
Remarque 60 -	La répartition des points d'usage retenus pour les prélèvements d'échantillons pour recherche de légionnelles est déséquilibrée et favorise la surveillance de la partie « extension » du réseau d'eau chaude sanitaire de l'établissement au détriment de la partie « existant ».	<b>Recommandation 60-</b> Intégrer dans la stratégie d'échantillonnage de la prescription n°35 une répartition des points de prélèvement d'échantillons d'eau pour recherche de légionnelles permettant d'obtenir une image de l'ensemble du réseau d'eau chaude sanitaire de l'établissement (points représentatifs de l'usage et points défavorisés).	6 mois			<b>Recommandation maintenue</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la recommandation)

	Remarques	Recommandations mesures attendues	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	Justificatifs	Décision de l'ARS
Remarque 61 -	L'absence de robinet permettant un prélèvement d'échantillon en point bas du ballon de stockage ne permet pas d'assurer la surveillance des légionnelles prescrite par l'arrêté modifié du 1er février 2010.	<b>Recommandation 61-</b> Mettre en place un dispositif permettant le prélèvement d'échantillons d'eau représentatifs du point bas du ballon de stockage d'eau chaude sanitaire, dans de bonnes conditions.	1 mois			<b>Recommandation maintenue</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la recommandation)
Remarque 62 -	Les bulletins d'analyses ne font pas apparaître la concentration en désinfectant contrairement à la recommandation de la norme FD-T 90-522 (guide technique de prélèvements pour la recherche de légionnelles).	<b>Recommandation 62-</b> Demander au laboratoire en charge de la réalisation des prélèvements d'échantillons d'eau et des analyses pour recherche de légionnelles de faire apparaître le résultat de la mesure de la concentration en désinfectant de l'échantillon prélevé sur le bulletin d'analyse de l'échantillon.	3 mois			<b>Recommandation maintenue</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la recommandation)
Remarque 63 -	Le protocole d'actions en cas de contamination de l'eau par des légionnelles n'est pas complet par rapport à la circulaire du 28 octobre 2005. Il manque : - les actions de sécurisation des résidents, - l'étude environnementale (interprétation contextuelle notamment) pour affiner l'étendue de la contamination	<b>Recommandation 63-</b> Compléter le protocole d'actions en cas de contamination l'eau par les légionnelles de manière à ce qu'il soit conforme aux recommandations de la circulaire du 28 octobre 2005 et comprenne notamment : - les actions de sécurisation des résidents, - l'étude environnementale (interprétation contextuelle notamment) pour affiner l'étendue de la contamination et déterminer les causes de cette contamination,	3 mois			<b>Recommandation maintenue</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la recommandation)

	Remarques	Recommandations mesures attendues	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	Justificatifs	Décision de l'ARS
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- et déterminer les causes de cette contamination,</li> <li>- la vérification de la mise en œuvre des mesures préventives (purges, entretien des points d'usage ...),</li> <li>- l'information des services, personnels et résidents concernés,</li> <li>- la recherche active de cas de légionellose et la mise en vigilance du personnel devant tous signes cliniques de légionellose,</li> <li>- le cas échéant, l'adoption d'un plan d'action visant à prévenir les risques liés aux proliférations de légionnelles.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- la vérification de la mise en œuvre des mesures préventives (purges, entretien des points d'usage ...),</li> <li>- l'information des services, personnels et résidents concernés,</li> <li>- la recherche active de cas de légionellose et la mise en vigilance du personnel devant tous signes cliniques de légionellose,</li> <li>- le cas échéant, l'adoption d'un plan d'action visant à prévenir les risques liés aux proliférations de légionnelles.</li> </ul>				
Remarque 64 -	La coexistence de deux documents ne permet pas la clarté nécessaire pour réduire les délais de mise en œuvre des mesures de prévention des risques.	<b>Recommandation 64-</b> Clarifier les procédures et protocoles en actualisant la liste des documents applicables, 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.	3 mois			<b>Recommandation maintenue</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la recommandation)
Remarque 65 -	L'absence de protocole, prévoyant les conditions de mise en place des	<b>Recommandation 65-</b> Etablir des consignes (protocole) d'utilisation, d'entretien et de	1 mois			<b>Recommandation maintenue</b>

	Remarques	Recommandations mesures attendues	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	Justificatifs	Décision de l'ARS
	filtres (forte contamination du réseau) et précisant les intervenants, les lieux de mise en place, les modalités d'installation, la fréquence de changement, les modalités de retrait et la traçabilité, constitue un obstacle à l'organisation dans l'urgence des mesures de protection des résidents.	renouvellement des filtres terminaux incluant notamment : - les conditions de mise en place de ces filtres, - le rôle des différents intervenants, - les points potentiellement concernés, - les modalités d'installation, - la fréquence de remplacement, - les conditions de retrait, - les modalités de traçabilité de leur mise en place et de leur remplacement dans le fichier sanitaire du réseau d'ECS.				(absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la recommandation)
Remarque 66 -	L'utilisation de microfiltres terminaux sur les points d'usage à risque est une mesure temporaire et ne permet pas d'identifier la cause de la contamination.	<b>Recommandation 66-</b> En cas de contamination de réseau par les légionnelles, mettre en œuvre, en plus des mesures immédiates de protection des résidents contre les risques d'exposition aux légionnelles, des actions visant à rétablir durablement la qualité de l'eau (recherche des causes de la contamination, mise en place de mesures correctives, voire curatives) avec contrôle de leur efficacité et assurer la traçabilité de ces opérations dans le fichier sanitaire du réseau concerné.	Immédiat			<b>Recommandation maintenue</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la recommandation)
Remarque 67 -	Contrairement aux recommandations du guide annexé à la circulaire du 21 décembre 2010, les procédures de	<b>Recommandation 67-</b> Compléter les protocoles de désinfection curative avec les éléments suivants : - les conditions de mise en œuvre,	3 mois			<b>Recommandation maintenue</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la recommandation)

	Remarques	Recommandations mesures attendues	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	Justificatifs	Décision de l'ARS
	désinfection curative ne contiennent pas : - les conditions de mises en œuvre, - 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.	- 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.				
Remarque 68 -	L'établissement ne dispose pas de note de calcul d'équilibrage du réseau de distribution d'ECS, ce qui ne permet pas de s'assurer du réglage des organes d'équilibrage, ce qui est contraire aux dispositions du guide annexé à la circulaire du 21 décembre 2010.	<b>Recommandation 68-</b> Disposer des éléments pertinents (note de calcul d'équilibrage ou PV d'équilibrage par exemple) pour pouvoir régler les organes d'équilibrage, équilibrer le réseau d'eau chaude sanitaire de l'établissement et lutter contre la stagnation d'eau propice au développement des légionnelles.	6 mois			<b>Recommandation maintenue</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la recommandation)
Remarque 69 -	La traçabilité de la suppression des bras morts identifiés n'est pas réalisée contrairement aux recommandations du guide annexé à la circulaire du 21 décembre 2010.	<b>Recommandation 69-</b> Supprimer les bras morts du réseau, tracer ces travaux dans le fichier sanitaire du réseau ECS et mettre à jour les plans du réseau.	6 mois			<b>Recommandation maintenue</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la recommandation)

	Remarques	Recommandations mesures attendues	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	Justificatifs	Décision de l'ARS
Remarque 70 -	En n'ayant pas planifié de travaux de réfection tenant compte de l'ensemble des recommandations du bilan sanitaire réalisé en 2017, l'établissement ne respecte pas les recommandations de la circulaire du 28 octobre 2005.	<b>Recommandation 70-</b> Mettre en œuvre l'ensemble des recommandations du bilan sanitaire de 2017 encore pertinentes afin de renforcer la prévention du risque lié aux légionnelles.	6 mois			<b>Recommandation maintenue</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la recommandation)
Remarque 71 -	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.	<b>Recommandation 71-</b> Disposer d'un fichier sanitaire <b>à jour</b> comprenant : <ul style="list-style-type: none"> <li>- le descriptif à jour de l'établissement et des réseaux d'eau,</li> <li>- les plans ou schémas de principe des réseaux d'eau (production et distribution) actualisés,</li> <li>- la liste des travaux de modification, de rénovation ou d'extension des installations de distribution d'eau,</li> <li>- les notes de calcul sur l'équilibrage des réseaux d'ECS bouclés, mises à jour lors des modifications de configuration des réseaux,</li> <li>- les protocoles des opérations de maintenance et en cas de non-conformité,</li> <li>- les opérations de maintenance et d'entretien réalisées,</li> </ul>	6 mois			<b>Recommandation maintenue</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la recommandation)

	Remarques	Recommandations mesures attendues	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	Justificatifs	Décision de l'ARS
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- les traitements de lutte contre le tartre et la corrosion réalisés,</li> <li>- les modalités de mise en œuvre des mesures de désinfection curative (choc thermique ou chimique),</li> <li>- les résultats d'analyses concernant l'évolution de la qualité de l'eau,</li> <li>- les actions correctives et/ou curatives mises en œuvre suite à une non-conformité de la qualité de l'eau ou de la température,</li> <li>- les relevés de températures,</li> <li>- la stratégie de surveillance incluant notamment : <ul style="list-style-type: none"> <li>• la localisation et l'identification des points de surveillance de la température de l'eau,</li> <li>• la localisation et l'identification des points de surveillance des légionnelles,</li> <li>• les modalités de prélèvement retenues pour chaque point de surveillance,</li> </ul> </li> <li>- la conduite à tenir en cas de contamination de l'eau par des légionnelles,</li> <li>- les volumes d'eau consommés (eau froide/eau chaude).</li> </ul>				

	Remarques	Recommandations mesures attendues	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	Justificatifs	Décision de l'ARS
Remarque 72 -	En n'ayant pas mis à jour les plans / schémas des réseaux d'eau suite aux modifications apportées, l'établissement ne respecte pas les recommandations en termes de connaissance des réseaux d'ECS précisées dans le guide annexé à la circulaire du 21 décembre 2010.	<b>Recommandation 72-</b> Disposer de plans et/ou de schéma de principe de l'ensemble du réseau d'eau chaude sanitaire (production et distribution) à jour, à intégrer au fichier sanitaire conformément à la recommandation n°71.	6 mois			<b>Recommandation maintenue</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la recommandation)
Remarque 73 -	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.	<b>Recommandation 73-</b> Consigner dans un tableau récapitulatif les résultats des campagnes d'analyses de légionnelles avec les informations nécessaires pour leur interprétation (température, représentativité) et le tenir à jour	3 mois			<b>Recommandation maintenue</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la recommandation)
Remarque 74 -	L'absence d'une synthèse des températures de l'ECS ne permet pas une analyse des risques.	<b>Recommandation 74-</b> Synthétiser les résultats de suivi de température de manière à pouvoir l'exploiter rapidement afin de rechercher des	3 mois			<b>Recommandation maintenue</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la recommandation)

	Remarques	Recommandations mesures attendues	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	Justificatifs	Décision de l'ARS
		anomalies ou les causes d'une contamination par les légionnelles et le tenir à jour				
Remarque 75 -	Le protocole de conduite à tenir en cas de légionellose ne prévoit pas la recherche d'autres cas de légionellose confirmés ou possibles chez l'ensemble des résidents ayant pu être exposés au risque de légionellose.	<b>Recommandation 75-</b> Compléter la conduite à tenir en situation de survenue de cas de légionellose par la recherche d'autres cas de légionellose confirmés ou possibles chez l'ensemble des résidents susceptibles d'avoir été exposés aux légionnelles	3 mois			<b>Recommandation maintenue</b> (coexistence de deux documents : la procédure e-carnet « Conduite à tenir en cas de légionellose déclarée », de référence V2012-12, qui prévoit cette recherche au paragraphe 3 « Cellule de crise » et la procédure « Prise en charge d'un cas de légionellose et gestion de l'environnement du patient et des points d'eau du réseau », de référence PO-SO-SE-06, MAJ le 18/10/2023, prévoyant une recherche des résidents susceptibles d'une exposition à risque mais de recherche spécifique analytique de la légionellose)
Remarque 76 -	Le document de référence PO-SO-SE-06 ne précise pas les lieux de prélèvements pour analyse légionnelles (points d'usage utilisés par le résident et points identifiés dans la stratégie	<b>Recommandation 76-</b> Compléter le document intitulé « « Prise en charge d'un cas de légionellose et gestion de l'environnement du patient et des points d'eau du réseau », de référence PO-SO-SE-06, par une méthodologie de définition de la zone de	3 mois			<b>Recommandation maintenue</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la recommandation)

	Remarques	Recommandations mesures attendues	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	Justificatifs	Décision de l'ARS
	d'échantillonnage annuelle dont le retour de boucle) pour connaître l'étendue de la contamination et disposer d'informations suffisantes pour conclure à l'exposition du cas, voire d'autres résidents, au sein de l'établissement et mettre en œuvre les actions correctives et/ou curatives adaptées.	contamination potentielle du réseau d'eau chaude sanitaire et/ou du réseau d'eau froide pour laquelle un risque d'exposition des résidents aux légionnelles ne peut être exclu et qui nécessite une protection des résidents et la mise en œuvre des mesures nécessaires et adaptées pour rétablir la qualité de l'eau.				
Remarque 77 -	Le protocole de conduite à tenir en cas de légionellose ne prévoit pas la surveillance clinique de l'ensemble des résidents ayant pu être exposés aux légionnelles et susceptible de développer une légionellose.	<b>Recommandation 77-</b> Compléter le protocole de conduite à tenir en cas de légionellose par la surveillance clinique de l'ensemble des résidents ayant pu être exposés aux légionnelles et susceptible de développer une légionellose.	3 mois			<b>Recommandation maintenue</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la recommandation)
Remarque 78 -	Le protocole des mesures d'intervention lors du diagnostic d'un cas de légionellose nosocomial ne comprend pas : - la recherche d'autre cas de légionellose, - l'enquête environnementale dans l'établissement qui doit être	<b>Recommandation 78-</b> Compléter le protocole des mesures d'intervention lors du diagnostic d'un cas de légionellose nosocomial par : - la recherche d'autre cas de légionellose, - l'enquête environnementale dans l'établissement qui doit être immédiatement menée par la direction, le coordonnateur médical et le correspondant technique,	3 mois			<b>Recommandation maintenue</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la recommandation)

	Remarques	Recommandations mesures attendues	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	Justificatifs	Décision de l'ARS
	<p>immédiatement menée par la direction, le coordonnateur médical et le correspondant technique, selon le guide « Risque lié aux légionnelles / Guide d'investigation et d'aide à la gestion » du HCSP du 11 juillet 2013.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la surveillance clinique des résidents susceptibles d'avoir été exposés,</li> <li>- les mesures de sécurisation des résidents (toilette au gant, installation de filtres terminaux...) pour l'ensemble des points à risque d'exposition.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- la surveillance clinique des résidents susceptibles d'avoir été exposés,</li> <li>- les mesures de sécurisation des résidents (toilette au gant, installation de filtres terminaux...) pour l'ensemble des points à risque d'exposition.</li> </ul>				
Remarque 79 -	<p>En l'absence de formalisation des mesures spécifiques à mettre en œuvre pour les résidents particulièrement vulnérables au risque de légionellose, la prévention du risque lié aux légionnelles chez ces résidents ne peut être assurée.</p>	<p><b>Recommendation 79-</b> Formaliser les mesures préventives à mettre en œuvre pour la prise en charge de résidents particulièrement vulnérables au risque de légionellose.</p>	3 mois			<p><b>Recommandation maintenue</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la recommandation ou d'absence d'accueil de résidents particulièrement vulnérables au risque de légionellose)</p>
Remarque 80 -	<p>L'absence d'information sur les protocoles (existence, accessibilité, mise à jour ...)</p>	<p><b>Recommendation 80-</b> Sensibiliser, former, les personnels concernés sur les protocoles et conduites à tenir existantes et renouveler</p>	1 an			<p><b>Recommandation maintenue</b></p>

	Remarques	Recommandations mesures attendues	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	Justificatifs	Décision de l'ARS
	conduit à ralentir la bonne mise en œuvre des mesures de gestion en routine ou lors des alertes.	régulièrement l'information relative à l'accès à ces documents, notamment en cas d'arrivée de nouveau personnel et tracer ces sensibilisations et informations.				(absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la recommandation)
Remarque 81 -	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.	<b>Recommandation 81-</b> Compléter les protocoles existants établis dans le cadre de la prévention du risque lié aux légionnelles par le rôle et les responsabilités de chacun des acteurs / intervenants.	6 mois			<b>Recommandation maintenue</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la recommandation)
Remarque 82 -	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.	<b>Recommandation 82-</b> Compléter les protocoles existants établis dans le cadre de la prévention du risque lié aux légionnelles avec les modalités de la traçabilité (document à mettre à jour, localisation et accessibilité de ce document, etc.) des opérations et interventions mises en œuvre.	6 mois			<b>Recommandation maintenue</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la recommandation)
Remarque 83 -	L'absence ou la non-actualisation des références mentionnées dans les différents protocoles ne permet pas un suivi rigoureux des évolutions réglementaires ou des bonnes pratiques.	<b>Recommandation 83-</b> Indiquer ou actualiser les références mentionnées dans les différents documents établis dans le cadre de la prévention du risque lié aux légionnelles.	6 mois			<b>Recommandation maintenue</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la recommandation)

	Remarques	Recommandations mesures attendues	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	Justificatifs	Décision de l'ARS
Remarque 84 -	L'établissement ne dispose pas de protocoles sur les activités de soins à risque (oxygénothérapie, aérosolthérapie, apnée du sommeil ...) précisant notamment que l'eau utilisée pour l'humidification est de l'eau stérile (cf. recommandations de l'ANSM).	<b>Recommandation 84-</b> Etablir des protocoles pour la prévention du risque lié aux légionnelles pour les activités de soins à risque (oxygénothérapie, aérosolthérapie, apnée du sommeil ...) en tenant compte des recommandations de l'ANSM.	6 mois			<b>Recommandation maintenue</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la recommandation)
Remarque 85 -	L'absence de formation du personnel médical, aide-soignant ou agent technique sur l'application des protocoles et la compréhension des enjeux afférents, conduit à ralentir la bonne mise en œuvre des mesures de gestion en routine ou lors des alertes.	<b>Recommandation 85-</b> Former les personnels en charge de leur mise en œuvre aux protocoles établis pour la prévention du risque lié aux légionnelles, les sensibiliser aux enjeux afférents et tracer ces actions de formation et de sensibilisation.	1 an			<b>Recommandation maintenue</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la recommandation)
Remarque 86 -	L'absence de formation/information spécifique au risque légionelle (protocoles et actions menées par l'établissement) pour le personnel de l'établissement notamment le service technique, constitue un obstacle à la gestion et la maîtrise du risque légionelle pour l'établissement.	<b>Recommandation 86-</b> Former spécifiquement le personnel technique de l'établissement à la prévention du risque lié aux légionnelles, aux protocoles existants dans ce cadre et à leur mise en œuvre et tracer cette formation.	1 an			<b>Recommandation maintenue</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la recommandation)

	Remarques	Recommandations mesures attendues	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	Justificatifs	Décision de l'ARS
Remarque 87 -	La bonne mise en œuvre des mesures de gestion en routine ou lors des alertes est ralenti par l'absence d'information, de coordination ou d'implication des acteurs concernés et / ou l'absence de coordonnateur chargé de la prévention des risques liés aux légionnelles.	<b>Recommandation 87-</b> Désigner un coordonnateur chargé de la prévention des risques liés aux légionnelles afin de faciliter la bonne mise en œuvre des mesures de gestion et de prévention en routine comme en situation d'alerte et de veiller, le cas échéant, à la mise à jour des documents et à la révision de la stratégie de surveillance de l'établissement.	6 mois			<b>Remarque n°87 maintenue</b> (absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la recommandation)
Remarque 88 -	Les éléments suivants ne sont pas détaillés dans la convention : - La fréquence de collecte ; - Les modalités de traitement : incinération ou prétraitement par désinfection.	<b>Recommandation 88-</b> : Préciser dans la convention la fréquence de collecte et les modalités de traitement	3 mois			<b>Remarque n°88 maintenue</b> absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la recommandation
Remarque 89 -	Le remplissage incomplet des bordereaux Cerfa n°11352*04 (absence de nom et de signature pour l'exploitant de l'installation de regroupement) ne permet pas d'assurer la traçabilité des déchets et d'avoir une preuve de leur élimination.	<b>Recommandation 89-</b> S'assurer que les que les différentes rubriques des bordereaux de suivi des DASRI soient renseignées correctement.	1 mois			<b>Remarque n°88 maintenue</b> Les bordereaux Cerfa n°11352*04 transmis sont incomplets : absence de nom et de signature pour l'exploitant de l'installation de regroupement
Remarque 90 -	En l'absence de bon de prise en charge, il n'est pas possible de vérifier la conformité de ces	<b>Recommandation 90-</b> Cf prescriptions 55 et 56				<b>Remarque n°90 maintenue</b> absence de transmission de justificatif

	Remarques	Recommandations mesures attendues	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	Justificatifs	Décision de l'ARS
	documents 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.					
Remarque 91 -	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.	<b>Recommandation 91-</b> Cf prescriptions 55 et 55				<b>Remarque n°91 maintenue</b> absence de transmission de justificatif
Remarque 92 -	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 et ne répondent pas à la 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	<b>Recommandation 92-</b> 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.	3 mois			<b>Remarque n°92 maintenue</b> absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la recommandation

	Remarques	Recommandations mesures attendues	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	Justificatifs	Décision de l'ARS
	30-511 : 2015 était fixée au 1er janvier 2022, conformément à l'arrêté du 7 septembre 2010 modifiant l'arrêté du 24 novembre 2003.					
Remarque 93 -	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.	<b>Recommandation 93-</b> Disposer en permanence d'un stock suffisant des différents types d'emballage DASRI	Immédiat			<b>Remarque n°93 maintenue</b> absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la recommandation
Remarque 94 -	L'absence d'affichage des consignes et des protocoles internes dans le local d'entreposage centralisé est contraire à une gestion rigoureuse de l'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux.	<b>Recommandation 94-</b> Afficher les consignes et les protocoles internes dans le local d'entreposage centralisé	1 mois			<b>Remarque n°94 maintenue</b> absence de transmission de justificatif de mise en œuvre de la recommandation