

Services émetteurs : Direction des droits des usagers, des affaires juridiques,
de l'inspection-contrôle et de la qualité - Pôle Inspections-Contrôles
Conseil départemental de l'Aude

Monsieur le Directeur
Centre Hospitalier de Narbonne
BP 824
11108 NARBONNE CEDEX

Réf. : DUAIQ-PIC/2025-233

Date : 29 décembre 2025

N° PRIC : MS_2024_11_CS_04

Courrier RAR n° [REDACTED]

Copie à [REDACTED], cadre supérieure de santé, représentante par intérim de l'établissement

Objet : Inspection de l'EHPAD « Pech Dalcy » à Narbonne (11)
Clôture de la procédure contradictoire et notification des décisions définitives

PJ : Annexe à la lettre de clôture : Tableau de synthèse des mesures correctives définitives

Monsieur le Directeur,

À la suite de l'inspection réalisée sur le site de l'EHPAD « Pech Dalcy », sis 5 rue Marcelin Boule à Narbonne (11000) en date des 19 et 20 juin 2024, nous vous avons invité, par lettre d'intention en date du 20 mai 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 par courrier en date du 02 juillet 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 correctives 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 l'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 respectifs (ars-oc-dd11@ars.sante.fr et inspectionsautonomie@auode.fr), en charge du suivi de votre dossier, tous les éléments permettant de vérifier le respect des prescriptions.

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 de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées et auprès de Madame La Présidente du Conseil départemental de l'Aude, 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 « Télérecours citoyens » accessible sur le site internet « 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'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de nos salutations distinguées.

Pour le Directeur Général et par délégation,
La Responsable du Pôle « Inspections-Contrôles »

La Présidente du Conseil départemental de l'Aude

A blue ink signature consisting of a stylized 'S' and 'H' intertwined.

Stéphanie HUE

A blue ink signature consisting of a stylized 'S' and 'A' intertwined.

Hélène SANDRAGNÉ

Direction des droits des usagers, des affaires juridiques, de l'inspection contrôle et de la qualité - Pôle Régional « Inspections-Contrôles »
Conseil départemental de l'Aude

Annexe à la lettre de clôture

Tableau de synthèse des mesures correctives définitives

Inspection de l'EHPAD « Pech Dalcy » Narbonne (11100)

19 et 20 juin 2024

N° PRIC : MS_2024_11_CS_04

*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.*

Écarts	Rappel de la réglementation	Mesures (prescription) et nature de la mesure correctrice attendue	Délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	Pages correspondantes aux justificatifs	Décisions des autorités (ARS - CD 11)
Écart n° 1 : Le registre informatisé des entrées n'est pas coté ni paraphé par le maire tel que prévu par le CASF.	R331-5 CASF	Prescription n° 1 : Établir un registre des résidents coté et paraphé par le maire	3 mois			Prescription n° 1 maintenue dans l'attente de justificatifs de la mise en place d'un registre des résidents coté et paraphé par le maire.
Écart n° 2 : Le règlement de fonctionnement n'indique pas sa date de soumission aux instances et ne mentionne pas sa durée de validité.	R311-33 CASF	Prescription n° 2 : Transmettre les documents attestant de la présentation du règlement de fonctionnement aux instances représentatives.	3 mois			Prescription n° 2 maintenue. Le compte rendu du CVS du 25.10.2024 ne comporte pas la présentation du règlement de fonctionnement.
Écart n° 3 : Un projet d'établissement pour l'ensemble du CH de Narbonne a été rédigé pour la période 2019-2023. Il est désormais caduc. L'EHPAD, n'a pas eu de projet d'établissement propre mais un projet de service. Dans le précédent document, n'apparaissent pas : <ul style="list-style-type: none"> La désignation de la personne qualifiée ainsi que la présentation de son rôle et ses missions n'apparaissent pas dans le projet des services, 	L311-8, D311-38-5 CASF	Prescription n° 3 : Le renouvellement du projet d'établissement doit être engagé selon une démarche associant les personnels et les usagers. Le projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs est propre à chaque établissement ou service social ou médico-social. Le projet d'établissement : <ul style="list-style-type: none"> doit être en adéquation avec les autorisations de capacités qui lui ont été accordées, permettre de clarifier le positionnement institutionnel de la structure, 	6 mois			Prescription n° 3 maintenue dans l'attente de la transmission de l'organisation de la démarche d'élaboration du PE engagée, de son rétroplanning et des groupes de travail avec leur composition.

<ul style="list-style-type: none"> La politique de prévention et de lutte contre la maltraitance n'apparaît pas dans le projet de service. 		<ul style="list-style-type: none"> indiquer les évolutions en termes d'objectifs compte-tenu des publics et des missions, donner des repères aux professionnels dans la conduite de l'évolution des pratiques et de la structure dans son ensemble. <p>Le renouvellement du PE doit notamment préciser la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance mise en œuvre par l'établissement, notamment en matière de gestion du personnel, de formation et de contrôle et désigner la personne qualifiée, ainsi que la présentation de son rôle et ses missions.</p> <p>Ce nouveau document devra être soumis aux instances représentatives du personnel et au conseil de la vie sociale.</p> <p>Transmettre la constitution de comités de pilotages, groupes de travail et le rétroplanning, etc.</p>			
<p>Écart n° 4 : L'établissement n'a pas transmis les CR des réunions du CVS de 2024, notamment celui instituant le CVS et qui fixe le nombre et la répartition des membres titulaires et suppléants de ce conseil.</p>	D311-4 CASF	<p>Prescription n° 4 : Transmettre les CR des CVS de 2024, notamment celui instituant le CVS et qui fixe le nombre et la répartition des membres titulaires et suppléants de cette instance.</p>	2 mois		<p>Prescription n° 4 maintenue. La pièce jointe ne correspond pas à l'écart 4. Il s'agit du règlement de fonctionnement. Les documents annoncés n'ont pas été transmis.</p>
<p>Écart n° 5 : La composition du CVS indiquée dans le règlement intérieur n'est pas conforme aux dispositions du CASF qui ne permet pas au directeur d'être co-signataire des CR du CVS.</p>	D311-5, D311-20 CASF	<p>Prescription n° 5 : Réviser la composition du CVS et veiller à ce que le directeur ne signe plus les comptes-rendus des réunions du CVS</p>	6 mois		<p>Prescription n° 5 maintenue dans l'attente des justificatifs de la révision de la composition du CSV et de son règlement intérieur validé et conformes aux dispositions du CASF.</p>

<p>Écart n° 6 : La fiche réflexe ne mentionne pas que la déclaration aux autorités de tarification doit avoir lieu « sans délai ».</p> <p>La « fiche de signalement d'évènement indésirable grave pour les secteurs relevant du médicosocial » évoque 9 des 11 des catégories de dysfonctionnements et événements mentionnés dans l'arrêté du 28 décembre 2016.</p> <p>Il manque :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les comportements violents de la part d'usagers, à l'égard d'autres usagers ou à l'égard de professionnels, au sein de la structure, ainsi que les manquements graves au règlement du lieu d'hébergement ou d'accueil qui compromettent la prise en charge de ces personnes ou celle d'autres usagers ; • Les actes de malveillance au sein de la structure. 	<p>L331-8-1 CASF</p> <p>Arrêté du 28 décembre 2016</p> <p>relatif aux catégories de dysfonctionnements et événements pouvant entrer dans la catégorie EIAS/EIGS</p>	<p>Prescription n° 6 : Transmettre la « fiche réflexe : Repérage et traitement des EIG » complétée ainsi que la « « fiche de signalement d'évènement indésirable grave pour les secteurs relevant du médicosocial (EHPAD, Auxilia, SSIAD) » complétée avec des deux risques manquant.</p>	<p>2 mois</p>		<p>Prescription n° 6 maintenue dans l'attente des justificatifs de la transmission du formulaire de déclaration d'évènement indésirables spécifique aux ESSMS qui n'a pas été joint.</p>
<p>Écart n° 7 : Le plan bleu n'a pas été mis en conformité avec la nouvelle réglementation issue notamment du décret n° 2024-8 du 3 janvier 2024.</p> <p>Il n'est pas intégré au projet d'établissement.</p>	<p>Décret n° 2024-8 du 3 janvier 2024</p> <p>relatif à la préparation et à la réponse du système de santé pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles.</p> <p>R.311-38-1 CASF</p>	<p>Prescription n° 7 : Transmettre un plan bleu détaillé des modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique conforme à la réglementation en vigueur et l'intégrer au projet d'établissement qui va être renouvelé</p>	<p>6 mois</p>		<p>Prescription n° 7 maintenue dans l'attente de la transmission du document après validation par les instances réglementairement requises.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Écart n° 8 : Le contrôle des antécédents de tous les salariés de l'EHPAD, y 	<p>L133-6 du CASF</p>	<p>Prescription n° 8 : Mettre en place un contrôle régulier des</p>	<p>3 mois</p>		<p>Prescription n° 8 levée.</p>

compris le directeur, n'a pas été réalisé de manière régulière.		antécédents de tous les salariés, y compris le directeur.			
• Écart n° 9 : L'avis de psychiatre n'est plus recherché avant l'admission, ni possible au cours de l'hospitalisation.	D312-155-0-2 CASF	Prescription n° 9 : Rechercher systématiquement l'avis d'un psychiatre pour les résidents de l'UHR.	3 mois		Prescription n° 9 maintenue en l'absence de qualifications réglementaires ou de procédures validées de recours à l'équipe mobile de psychiatrie du CH de Narbonne.
Écart n° 10 : Certains contrats de séjour sont signés par la personne de confiance. Or, seule la personne accueillie ou son représentant légal sont autorisés à signer les documents relatifs aux personnes accompagnées prises en charge.	D311 CASF	Prescription n° 10 : Veiller à ne faire signer les documents concernant les résidents que par les personnes accueillies elles-mêmes ou leurs représentants légaux et non les personnes de confiance.	2 mois		Prescription n° 10 maintenue dans l'attente de la transmission des documents attestant de la mise en œuvre des actions visant à un rappel des bonnes pratiques aux professionnels concernés, de la régularisation des signatures de PAP auprès des résidents et tutelles, de leur rétroplanning et des modalités de communication.
Écart n° 11 : L'absence de transmission de documents probants sur la quotité de travail des médecins de l'EHPAD, notamment concernant le MEDEC, ne permet pas d'apprécier la conformité réglementaire.	D312-156 CASF	Prescription n° 11 : Transmettre les documents probants sur la quotité de travail des médecins de l'EHPAD, notamment concernant le MEDEC.	6 mois		Prescription n° 11 levée.
Écart n° 12 : L'établissement n'a pas mis en place une commission gériatrique au sein de l'EHPAD.	D312-158 § 3 CASF	Prescription n° 12 : Instaurer une commission de coordination gériatrique.	6 mois		Prescription n° 12 maintenue dans l'attente de la communication des documents justifiant de la mise en place la commission.
Écart n° 13 : L'information sur le choix du médecin traitant doit être claire avant l'admission et le choix d'un praticien de l'EHPAD comme médecin	L313-12 V CASF	Prescription n° 13 : Clarifier l'information sur le choix du médecin traitant avant l'admission et le choix d'un praticien de l'EHPAD comme médecin traitant.	3 mois		Prescription n° 13 levée.

traitant n'est pas formalisé lors de l'admission.		Le formaliser à l'admission tout en maintenant le droit d'en changer au cours du séjour.			
Écart n° 14 : Les documents portant sur les dotations pour besoins urgents ne sont pas formalisés : ni datés, ni signés et sans identification de la personne qui gère cette dotation.	Art. 12 de l'arrêté du 31 mars 1999	Prescription n° 14 : Formaliser les documents portant sur les dotations pour besoins de soins prescrits en urgence. Ils doivent être datés et signés avec identification de la personne qui gère cette dotation.	2 mois		Prescription n° 14 levée.
Écart n° 15 : La démarche de déclaration auprès des autorités administratives compétentes (ARS et Conseil départemental) prévue pour les situations de dysfonctionnements graves n'est pas appliquée systématiquement.	L331-8-1 CASF	Prescription n° 15 : Appliquer systématiquement la démarche de déclaration auprès des autorités administratives compétentes (ARS et Conseil départemental) prévue pour les situations de dysfonctionnements graves.	2 mois		Prescription n° 15 levée.
Écart n° 16 : En n'ayant pas formalisé les opérations d'entretien et de maintenance réalisées, l'établissement contrevient aux dispositions réglementaires de définir un protocole d'entretien et de maintenance des installations de distribution d'eau.	Arrêté du 1 ^{er} février 2010 relatif à la surveillance des légionnelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire. Circulaire DGS/SD7A/DHOS/E 4/DGAS/SD2/2005/493 du 28 octobre 2005	Prescription n° 16 : Formaliser les opérations d'entretien et de maintenance des installations de production et de distribution d'eau chaude sanitaire en y rappelant le principe de la traçabilité et les modalités de cette traçabilité.	6 mois		Prescription n° 16 maintenue en l'absence de transmission de documents de formalisation de certaines opérations d'entretien et de maintenance.
Écart n° 17 : L'établissement ne respecte pas la réglementation relative à la vérification et l'entretien des dispositifs de protection contre les retours d'eau.	R1321-61 CSP	Prescription n° 17 : Réaliser l'entretien et la maintenance des dispositifs de protection contre les retours d'eau aux fréquences recommandées à savoir : ▪ Pour le disconnecteur de type BA : vérification	6 mois		Prescription n° 17 maintenue en l'absence de transmission de justificatifs de réalisation et de traçabilité de la maintenance des dispositifs anti-retour de type EA et EB qui participent à la protection

		semestrielle et maintenance annuelle ; <ul style="list-style-type: none"> • Pour les clapets de type EA : vérification semestrielle et maintenance tous les 2 ans ; • Pour les dispositifs non contrôlables : vérification semestrielle et remplacement tous les 5 ans, et en assurer la traçabilité dans le fichier sanitaire de l'installation. 				contre les risques de pollution par les retours d'eau.
Écart n° 18 : L'établissement contrevient aux dispositions réglementaires en n'ayant pas établi de protocole relatif à surveillance des températures précisant : <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	Arrêté du 1 ^{er} février 2010 relatif à la surveillance des légionnelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire. Circulaire DGS/SD7A/DHOS/E4/DGAS/SD2/2005/493 du 28 octobre 2005	Prescription n° 18 : Établir un protocole relatif à la surveillance des températures (eau chaude sanitaire) précisant : <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	3 mois			Prescription n° 18 maintenue en l'absence de transmission d'un protocole de surveillance des températures conforme aux prescriptions réglementaires.
Écart n° 19 : La localisation et les fréquences de surveillance des températures de l'ECS ne sont pas conformes aux dispositions de l'arrêté du 1 ^{er} février 2010 : absence de suivi mensuel (ou continu) au niveau	Arrêté du 1 ^{er} février 2010 relatif à la surveillance des légionnelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire	Prescription n° 19 : Mettre en place, au niveau des points d'usage définis par la stratégie de surveillance, un suivi à fréquence minimale mensuelle de la température de l'eau chaude sanitaire (non mitigée).	3 mois			Prescription n° 19 maintenue en l'absence de stratégie de surveillance de la température de l'eau chaude sanitaire (non mitigée) et notamment de justification du choix des points de surveillance de la température retenus en distribution.

des points d'usage les plus représentatifs du réseau et au niveau des points d'usage les plus éloignés de la production.					
Écart n° 20 : En ne maintenant pas en permanence la température de l'ECS au-delà de 50° C en tout point du réseau (à l'exception des tubes finaux d'alimentation des points de puisage), l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'arrêté du 30 novembre 2005.	Arrêté du 30 novembre 2005 modifiant l'arrêté du 23 juin 1978 relatif aux installations fixes destinées au chauffage et à l'alimentation en eau chaude sanitaire des bâtiments d'habitation, des locaux de travail ou des locaux recevant du public	Prescription n° 20 : Rechercher les causes des baisses de températures ponctuelles enregistrées et y remédier de manière à maintenir en permanence une température de l'eau supérieure à 50° C en tout point du réseau, à l'exception des tubes finaux d'alimentation des points de puisage (aval des mitigeurs installés en gaine technique).	3 mois		Prescription n° 20 maintenue dans l'attente de la transmission des résultats des recherches, des mesures correctives mises en œuvre et des justificatifs de l'efficacité de ces mesures pour maintenir en permanence une température de l'eau chaude sanitaire supérieure à 50° C dans l'ensemble du réseau, à l'exception des tubes finaux d'alimentation des points de puisage (aval des mitigeurs installés en gaine technique). Compte tenu des investigations engagées, le délai de mise en œuvre est fixé à 12 mois.
Écart n° 21 : L'absence de protocole prévoyant la conduite à tenir en cas de contamination de l'eau par des légionnelles ne permet pas à l'établissement, lorsque les seuils en légionnelles ne sont pas respectés, de prendre sans délai les mesures correctives nécessaires au rétablissement de la qualité de l'eau et à la protection des usagers tel que prévu par les dispositions de l'article 4 de l'arrêté du 1 ^{er} février 2010.	Arrêté du 1 ^{er} février 2010 relatif à la surveillance des légionnelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire	Prescription n° 21 : Élaborer un protocole prévoyant la conduite à tenir en cas de contamination de l'eau par les légionnelles adapté à l'établissement.	3 mois		Prescription n° 21 maintenue : Les procédures PRO/049/E du 21.09.2017 et PRO/049/G du 05.05.2025 ne permettent pas de comprendre si les mesures correctives précisées respectivement en p. 8 et en p. 5 sont complémentaires à celles indiquées dans l'arbre décisionnel de la page précédente ou s'y substituent. Les justificatifs fournis maintiennent l'ambiguïté sur la procédure à appliquer pour l'établissement.
Écart n° 22 : Les résultats de certaines analyses sur les prélèvements des 13 mars, 29 septembre et 11 décembre 2023 ne sont pas conformes	Arrêté du 1 ^{er} février 2010 relatif à la surveillance des légionnelles dans les installations de production, de stockage	Prescription n° 22 : Rechercher les causes des contaminations locales récurrentes par les légionnelles observées en 2023, prendre les mesures pour y	3 mois		Prescription n° 22 maintenue dans l'attente de la transmission des mesures correctives mise en œuvre et de la preuve de leur efficacité.

aux dispositions de l'article 4 de l'arrêté du 1 ^{er} février 2010.	et de distribution d'eau chaude sanitaire	remédier et en assurer la traçabilité			
Écart n° 23 : L'établissement ne dispose pas d'un fichier sanitaire.	Arrêté du 1 ^{er} février 2010 relatif à la surveillance des légionnelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire	<p>Prescription n° 23 : Mettre en place un fichier sanitaire par réseau d'eau chaude sanitaire, comprenant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les éléments descriptifs du réseau d'eau chaude sanitaire ; • Les modalités et la traçabilité de la maintenance du réseau et de ses installations et équipements ; • les modalités et les résultats de la surveillance de l'eau (température et recherches de légionnelles). 	3 mois		
<p>Écart n° 24 : Le format du marché 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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les coordonnées de la PRED ; • Le système d'identification des conditionnements ; • La fréquence de collecte ; • L'engagement du prestataire de services à respecter les délais réglementaires ; • La dénomination et les coordonnées de la ou des installations de traitement habituelles ; 	Arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif au contrôle des filières d'élimination des DASRI et des PAOH	<p>Prescription n° 24 : Faire figurer dans les marché les informations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les coordonnées de la PRED ; • Le système d'identification des conditionnements ; • La fréquence de collecte ; • L'engagement du prestataire de services à respecter les délais réglementaires ; • La dénomination et les coordonnées de la ou des installations de traitement habituelles ; • La dénomination et les coordonnées de la ou des installations de traitement de secours ; • L'engagement du prestataire de services à faire éliminer les déchets dans des 	3 mois		
				<p>Prescription n° 23 maintenue dans l'attente de la transmission des documents justificatifs (extraits de la version papier du carnet sanitaire de Pech Darcy, gamme d'entretien préventif et de maintenance complète des installations de production, de stockage et de distribution et mention des services ou prestataire responsable de leur réalisation, extraits de la traçabilité des différentes opérations et extrait de la traçabilité de la surveillance de l'eau -température et recherches de légionnelles- pour les 12 derniers mois).</p>	
				<p>Prescription n° 24 maintenue dans l'attente de la transmission des éléments concernant le nouveau marché avec PROSERVE.</p>	

<ul style="list-style-type: none">La dénomination et les coordonnées de la ou des installations de traitement de secours ;L'engagement du prestataire de services à faire éliminer les déchets dans des installations conformes à la réglementation ;les modalités de refus de prise en charge des déchets.		<ul style="list-style-type: none">installations conformes à la réglementation ;les modalités de refus de prise en charge des déchets.				
Écart n° 25 : 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.	Arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif au contrôle des filières d'élimination.	Prescription n° 25 : Faire figurer la date de réception sur les bordereaux renvoyés à l'établissement.	3 mois		Prescription n° 25 maintenue dans l'attente de la transmission des bordereaux cerfa complétés. En effet, le document n'a pas été transmis. Le justificatif auquel il est fait référence concerne les légionelles.	
Écart n° 26 : Le personnel soignant est insuffisamment formé aux procédures de tri et de conditionnement des DASRI.	R1335-14 CSP Arrêté modifié du 24 novembre 2003 modifié relatif aux emballages des DASRI et des PAOH	Prescription n° 26 : Former régulièrement le personnel soignant aux procédures de tri et de conditionnement des DASRI	3 mois		Prescription n° 26 maintenue dans l'attente de la transmission des éléments complémentaires suivants : <ul style="list-style-type: none">Affiches détaillées sur le recyclage, DASRI, DAOM et biodéchets,Tableaux de suivi des formations DASRI/AES sur 2024.	

Écart n° 27 : Le tri n'est pas réalisé conformément aux dispositions réglementaires : présence de déchets assimilables aux ordures ménagères dans les GRV.	R1335-5 et 6 CSP	Prescription n° 27 : Mettre en place une évaluation régulière du tri des DASRI.	3 mois		Prescription n° 27 maintenue dans l'attente de la transmission des résultats de l'audit sur le circuit des déchets de l'EHPAD
Écart n° 28 : En n'identifiant pas les emballages (boîtes et minicollecteurs pour déchets perforants, sacs en plastique, emballages combinés), l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'art. 11 de l'arrêté du 24 novembre 2003 modifié relatif aux emballages.	Arrêté du 24 novembre 2003 modifié relatif aux emballages	Prescription n° 28 : Mentionner le nom de l'établissement sur tous les emballages.	1 mois		Prescription n° 28 maintenue dans l'attente de transmission de justificatifs sur l'identification des emballages DASRI (photo). L'écart n° 28 concerne les emballages suivants : boîtes et minicollecteurs, sacs en plastique, emballages combinés.
Écart n° 29 : Les DASRI ne sont pas entreposés dans les conditions définies par l'art. 8 de l'arrêté du 7 septembre 1999 : <ul style="list-style-type: none"> Présence de DASRI non préalablement emballés dans les GRV, Absence d'identification des locaux d'entreposage intermédiaire comme à risques particuliers. 	Arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des DASRI et des PAOH	Prescription n° 29 : Mettre en conformité les locaux d'entreposage intermédiaire : <ul style="list-style-type: none"> S'assurer que les DASRI placés dans les GRV sont placés dans des conditionnements adaptés, Identifier le local d'entreposage intermédiaire comme à risques particuliers 	1 mois		Prescription n° 29 maintenue dans l'attente de transmission de justificatifs.
Écart n° 30 : En l'absence de procédure et de traçabilité, il n'est pas possible de vérifier	Arrêté du 24 novembre 2003 modifié relatif aux	Prescription n° 30 : Rédiger une procédure pour le nettoyage des GRV et tracer ce nettoyage.	6 mois		Prescription n° 30 levée.

que les grands récipients pour vrac sont nettoyés et désinfectés avant retour dans les services conformément aux dispositions de l'article 8 de l'arrêté du 24 novembre 2003.	emballages des DASRI et des PAOH.				
Écart n° 31 : Les GRV ne sont pas identifiés avec le nom du producteur contrairement à l'article 11 de l'arrêté du 24 novembre 2003.	Arrêté du 24 novembre 2003 modifié relatif aux emballages des DASRI et des PAOH	Prescription n° 31 : Identifier les GRV.	1 mois		Prescription n° 31 maintenue dans l'attente de transmission de justificatifs (photo).
Écart n° 32 : Les DASRI ne sont pas entreposés dans les conditions définies par l'article 8 de l'arrêté du 7 septembre 1999 : <ul style="list-style-type: none">Absence de disconnecteur d'extrémité HA ;Local non identifié comme à risque particulier (incendie) ;Entretien irrégulier du local d'entreposage centralisé.	Arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des DASRI et des PAOH	Prescription n° 32 : Mettre en conformité le local d'entreposage centralisé : <ul style="list-style-type: none">Installation d'un disconnecteur HA,Identification du local comme à risque particulier,Entretien régulier du local.	3 mois		Prescription n° 31 maintenue dans l'attente de transmission de justificatifs (photo et traçabilité du nettoyage du local d'entreposage).

Remarques	Recommandations - Mesures attendues	Délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	Justificatifs	Décisions des autorités (ARS - CD 11)
Remarque n° 1 : Le projet d'établissement et son projet de révision font état de 12 places de PASA ce qui n'est pas conforme à l'autorisation en vigueur.	Recommandation n° 1 : Le projet d'établissement et son projet de révision doivent se conformer à l'autorisation en vigueur.	6 mois			Recommandation n° 1 maintenue dans l'attente de la transmission des documents validés par les instances réglementaires.
Remarque n° 2 : La mission n'a pas pu constater l'existence d'un organigramme propre à l'EHPAD précisant les fonctions des personnels et liens hiérarchiques et fonctionnels entre les agents au sein de l'établissement.	Recommandation n° 2 : Rédiger un organigramme propre à l'EHPAD précisant les fonctions des personnels et les liens hiérarchiques et fonctionnels entre les agents au sein de l'établissement.	3 mois			Recommandation n° 2 maintenue. L'organigramme transmis n'est pas propre à l'organisation hiérarchique et fonctionnelle interne à l'EHPAD.
Remarque n° 3 : Les résultats de la dernière enquête de satisfaction auprès des usagers et des familles n'ont pas été transmis par l'établissement de même que les compte-rendu des CSV au cours desquels ces résultats doivent être annuellement examinés	Recommandation n° 3 : Transmettre les résultats de la dernière enquête de satisfaction auprès des usagers et des familles ainsi que les compte-rendu des CVS au cours desquels ces résultats doivent être annuellement examinés.	6 mois			Recommandation n° 3 levée.
Remarque n° 4 : Absence de dispositif opérationnel de recueil et d'analyse des réclamations et des doléances des usagers.	Recommandation n° 4 : Mettre en place un dispositif opérationnel de recueil et d'analyse des réclamations et des doléances des usagers.	3 mois			Recommandation n° 4 levée.

Remarque n° 5 : <ul style="list-style-type: none"> Les coordonnées du Conseil départemental ne sont pas indiquées dans la procédure de déclaration des EIG, la fiche de déclaration des EIG et le tutoriel « Repérage et traitement des EIG ». Les coordonnées de l'ARS notées dans ce dernier ne sont pas à jour ; L'adresse électronique de l'ARS mentionnée sur la fiche reflexe « Repérage et traitement des EIG » est erronée. 	Recommandation n° 5 : <ul style="list-style-type: none"> Ajouter les coordonnées du Conseil départemental dans la procédure de déclaration des EIG, la fiche de déclaration des EIG et le tutoriel « Repérage et traitement des EIG » et mettre à jour les coordonnées de l'ARS, Indiquer l'adresse électronique correcte de l'ARS (ars-oc-alerte@ars.sante.fr) sur la fiche reflexe « Repérage et traitement des EIG. 	3 mois		Recommandation n° 5 maintenue dans l'attente de la transmission des documents justifiant de la mise en place des actions requises.
Remarque n° 6 : La mission n'a pas d'indication sur le niveau et les modalités de diffusion et d'information de la fiche reflexe « Repérage et traitement des EIG » auprès de tous les agents, médicaux ou non.	Recommandation n° 6 : Transmettre les modalités de diffusion et d'information de la fiche reflexe « Repérage et traitement des EIG » auprès de tous les agents, médicaux ou non.	3 mois		Recommandation n° 6 maintenue dans l'attente de la transmission des documents justifiant de la mise en place des actions requises.
Remarque n° 7 : L'adresse électronique de la plateforme d'alerte de l'ARS, inscrite dans le plan bleu, est incorrecte. Le plan bleu n'est pas daté.	Recommandation n° 7 : Mettre à jour l'adresse électronique de la plateforme d'alerte de l'ARS (ars-oc-alerte@ars.sante.fr) dans le plan bleu qui doit être daté.	3 mois		Recommandation n° 7 maintenue dans l'attente de la transmission des documents justifiant de la mise en place des actions requises.

<p>Remarque n° 8 : L'établissement n'a pas transmis la liste complète des personnels employés. Aux jours de l'inspection, il manque les postes d'animation, les personnels de cuisine et la psychologue de la structure.</p>	<p>Recommandation n° 8 : Transmettre le tableau complet des ETP rémunérés.</p>	<p>3 mois</p>		<p>Recommandation n° 8 levée.</p>
<p>Remarque n° 9 : L'établissement n'a pas transmis :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les contrats de travail du MEDEC et de l'IDEC ; Les diplômes des AS, AMP, ergothérapeute et des IDE ; Les fiches de postes du MEDEC, des AMP et des ASHQ. 	<p>Recommandation n° 9 : Transmettre :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les contrats de travail du MEDEC et des éventuels autres médecins salariés ainsi que de l'IDEC, Les fiches de postes du MEDEC, des AMP et des ASHQ. 	<p>6 mois</p>		<p>Recommandation n° 9 levée.</p>
<p>Remarque n° 10 : La mission n'a pas pu examiner le relevé de formation des agents ainsi que leur fiche de poste actualisée lors de chaque entretien professionnel d'évaluation qui permet de vérifier la cohérence des missions au regard des qualifications.</p>	<p>Recommandation n° 10 : Veiller à ce que les dossiers des agents comportent les relevés de formation ainsi que la fiche de poste actualisée lors de chaque entretien professionnel d'évaluation, ce qui permet de vérifier la cohérence des missions au regard des qualifications. Ces documents doivent être accessibles en cas de contrôle.</p>	<p>3 mois</p>		<p>Recommandation n° 10 levée.</p>
<p>Remarque n° 11 : Les plans de formations présentés manquent de précisions quant aux publics visés et n'indiquent pas de dispositifs de VAE mis en place.</p>	<p>Recommandation n° 11 : Présenter un plan de formation 2025 spécifiquement adapté aux besoins de l'EHPAD précisant les agents concernés ainsi que le nombre de dispositifs de VAE mis en place.</p>	<p>6 mois</p>		<p>Recommandation n° 11 levée.</p>

<p>Remarque n° 12 : Les actions menées dans le « Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins 2023-2024 », mis en œuvre par l'établissement, ne répondent aux modalités préconisées dans le guide méthodologique relatif aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles pour le secteur social et médico-social (version validée 1^{er} novembre 2020).</p>	<p>Recommandation n° 12 : Mettre en place un dispositif formalisé de soutien aux pratiques professionnelles du personnel tel que prévu par les recommandations de l'HAS.</p>	<p>6 mois</p>		<p>Recommandation n° 12 maintenue dans l'attente de la transmission des documents justifiant de la mise en place des actions requises.</p>
<p>Remarque n° 13 : Le DUERP transmis n'est pas daté, ce qui ne permet pas de vérifier s'il a fait l'objet d'une révision annuelle.</p>	<p>Recommandation n° 13 : Veiller à la révision annuelle du DUERP et dater le document.</p>	<p>3 mois</p>		<p>Recommandation n° 13 levée.</p>
<p>Remarque n° 14 : L'établissement n'a transmis aucun document relatif aux formations en matière de sécurité incendie.</p>	<p>Recommandation n° 14 : mettre en place de façon régulière des formations en matière de sécurité incendie.</p>	<p>3 mois</p>		<p>Recommandation n° 14 levée.</p>
<p>Remarque n° 15 : L'actualisation et le suivi des projets d'accueil personnalisés ne se font pas régulièrement.</p>	<p>Recommandation n° 15 : Réviser les PAP au moins une fois par an</p>	<p>6 mois</p>		<p>Recommandation n° 15 levée.</p>

<p>Remarque n° 16 : En fonction de l'équipe soignante en poste, les pratiques relatives à la prise en charge du résident peuvent varier et ne pas correspondre aux attentes du résident, qui sont formalisées dans le PAP. Cette différence de pratiques peut engendrer une perte de repères pour le résident, notamment lorsque celui-ci est atteint de troubles cognitifs.</p>	<p>Recommandation n° 16 : Réfléchir à une adaptation des activités, notamment sociales (exemple : les sorties de l'établissement), aux projets individuels et à la capacité des personnes.</p>	<p>3 mois</p>		<p><u>Recommandation n° 16 levée.</u></p>
<p>Remarque n° 17 : Absence de compte-rendu des réunions du dernier vendredi de chaque mois mises en place avec l'ergothérapeute, les personnels transversaux et la responsable du service.</p>	<p>Recommandation n° 17 : Mettre en place une traçabilité des réunions (notamment celles du dernier vendredi de chaque mois mises en place avec l'ergothérapeute, les personnels transversaux et la responsable du service) et la diffuser à tous personnels</p>	<p>6 mois</p>		<p><u>Recommandation n° 17 levée.</u></p>
<p>Remarque n° 18 : L'évaluation en soins médicaux par la grille Pathos est absente.</p>	<p>Recommandation n° 18 : Il est recommandé que l'évaluation en soins médicaux par la grille Pathos soit présente.</p>	<p>3 mois</p>		<p><u>Recommandation n° 18 maintenue.</u> L'évaluation des besoins en soins des personnes hébergées par la grille Pathos reste recommandée et sera exigée lors de la prochaine coupe pour l'allocation budgétaire</p>
<p>Remarque 19 : La conservation des documents papier scannés et présents au dossier informatisé présente un risque en termes de sécurité et complexifie l'accès à l'information et la continuité des soins.</p>	<p>Recommandation n° 19 :</p> <ul style="list-style-type: none"> Supprimer les documents papier scannés et déjà présents au dossier informatisé pour des raisons de sécurité, Abandonner les archives papier pour faciliter l'accès à l'information et la continuité des soins. 	<p>12 mois</p>		<p><u>Recommandation n° 19 maintenue</u> dans l'attente de la transmission des documents justifiant de la mise en place des actions requises.</p>

Remarque n° 20 : L'insuffisance de temps de médecin psychiatre est préjudiciable compte-tenu du grand nombre de patients ayant une composante psychiatrique et pour le fonctionnement de l'UHR.	Recommandation n° 20 : Rechercher l'avis d'un médecin psychiatre pour le fonctionnement optimal de l'UHR.	12 mois		Recommandation n° 20 maintenue en l'absence de qualifications réglementaires ou de procédures validées de recours à l'équipe mobile de psychiatrie du CH de Narbonne.
Remarque n° 21 : Les dispositifs doseurs des suspensions buvables ne sont pas réservés à un seul résident et si une date de durée limite de conservation existe, elle est déclarée ne pas être apposée sur la forme pharmaceutique en cours d'utilisation.	Recommandation n° 21 : Réserver les dispositifs doseurs des suspensions buvables à un seul résident. Si une date de durée limite de conservation existe, elle doit être apposée sur la forme pharmaceutique en cours d'utilisation.	3 mois		Recommandation n° 21 maintenue dans l'attente de la transmission des documents justifiant de la mise en place des actions requises.
Remarque n° 22 : Aucune consultation de télé-expertise ou téléconsultation n'est réalisée au sein de l'EHPAD.	Recommandation n° 22 : Envisager le recours aux téléconsultations au sein de l'EHPAD pour permettre aux résidents d'élargir le choix de professionnels libéraux et d'éviter des déplacements.	12 mois		Recommandation n° 22 maintenue.
Remarque n° 23 : La méconnaissance (absence des documents relatif à l'équilibrage du réseau type note de calcul ou PV d'équilibrage) relative à l'équilibrage du réseau d'ECS ne permet pas de s'assurer de l'absence de conditions favorables au développement des légionnelles, ni de s'assurer de l'opérationnalité de l'équilibrage et de son bon entretien.	Recommandation n° 23 : Améliorer les connaissances sur l'équilibrage du réseau d'ECS.	12 mois		Recommandation n° 23 maintenue.
Remarque n° 24 : L'établissement ne dispose pas d'une manchette témoin sur le retour de boucle contrairement au DTU 60 et aux	Recommandation n° 24 : Mettre en place des tubes témoins facilement accessibles et démontables aux points sensibles des installations (réseaux d'eau	6 mois		Recommandation n° 24 maintenue en attente de la transmission du justificatif de mise en place de la

recommandations du CSTB (guide technique partie I).	chaude, réseaux d'eau froide) pour vérifier périodiquement l'état interne (corrosion, dépôts) des canalisations.			manchette témoin, de son suivi et de la traçabilité de son suivi.
Remarque n° 25 : L'établissement ne dispose d'aucun document formalisant les opérations (nettoyage, désinfection et rinçage puis contrôle de l'efficacité de la désinfection) à réaliser sur les installations avant toute mise ou remise en service après travaux préconisées par le guide technique du CSTB (partie 1).	Recommandation n° 25 : Établir, conformément aux recommandations du CSTB, un protocole de prévention des risques de contamination du réseau après travaux incluant : <ul style="list-style-type: none"> La purge des points d'usage pendant la phase travaux ; Le nettoyage, le rinçage, la désinfection puis la purge des réseaux et installations avant remise en service ; Le contrôle de l'efficacité de ces opérations. 	6 mois		Recommandation n° 25 maintenue dans l'attente de transmission du document indiquant les mesures de prévention du risque lié au légionelles en cas de travaux.
Remarque n° 26 : L'examen annuel de l'état du calorifugeage n'est pas réalisé contrairement aux recommandations du CSTB (guide technique, partie 2).	Recommandation n° 26 : Mettre en place un examen annuel de l'état du calorifugeage et en assurer la traçabilité dans le fichier sanitaire.	1 mois		Recommandation n° 26 maintenue dans l'attente des justificatifs de la réfection du calorifugeage et de la modification du contrat du prestataire incluant l'examen à fréquence minimale annuelle de l'état du calorifugeage des réseaux d'eau.
Remarque n° 27 : L'établissement ne dispose d'aucune procédure de vérification de l'équilibrage de son réseau d'eau chaude sanitaire.	Recommandation n° 27 : Formaliser la vérification de l'équilibrage du réseau d'eau chaude sanitaire, conformément aux recommandations du CSTB (au moins tous les 2 ans).	6 mois		Recommandation n° 27 maintenue dans l'attente des justificatifs de formalisation de la vérification de l'équilibrage.
Remarque n° 28 : La traçabilité de la vérification de l'équilibrage des réseaux, vérification dont la fréquence recommandée par le CSTB (guide technique, partie 2) au	Recommandation n° 28 : Tracer la vérification de l'équilibrage du réseau d'eau chaude sanitaire dans le fichier sanitaire.	Dès vérification de l'équilibrage du réseau		Recommandation n° 28 maintenue dans l'attente des justificatifs de la traçabilité de la vérification périodique de l'équilibrage.

moins une fois tous les 2 ans, n'est pas assurée.					
Remarque n° 29 : 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.	Recommandation n° 29 : Formaliser les opérations de maintenance des organes de réglage, les réaliser et tracer ces opérations dans le fichier sanitaire.	3 mois			Recommandation n° 29 maintenue.
Remarque n° 30 : 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 annuelle pour les disconnecteurs de type BA ou CA et/ou vérification semestrielle et maintenance tous les 2 ans pour les clapets d'anti-retour EA).	Recommandation n° 30 : Assurer la maintenance des dispositifs de protection contre les retours d'eau conformément aux recommandations du CSTB (vérification semestrielle et maintenance annuelle pour les disconnecteurs de type BA ou CA et vérification semestrielle et maintenance tous les 2 ans pour les clapets d'anti-retour EA) et en assurer la traçabilité dans le fichier sanitaire.	3 mois			Recommandation n° 30 maintenue.
Remarque n° 31 : Concernant les dispositifs de protection non contrôlables intégrés aux équipements, contrairement aux recommandations du CSTB (cf. guide technique partie 2, chapitre VI), l'établissement ne prévoit pas la vérification régulière d'absence de fuite et de traces de corrosion ni leur remplacement tous les 5 ans.	Recommandation n° 31 : Assurer l'entretien et la maintenance des dispositifs de protection contre les retours d'eau non contrôlables conformément aux recommandations du CSTB (vérification régulière de l'absence de fuite et de l'état et remplacement tous les 5 ans) et en assurer la traçabilité dans le fichier sanitaire.	3 mois			Recommandation n° 31 maintenue en ce qui concerne la traçabilité des opérations de vérification régulières des dispositifs de protection contre les retours d'eau non contrôlables.
Remarque n° 32 : L'établissement n'assure pas la traçabilité de la surveillance et du remplacement des mitigeurs en gaine technique.	Recommandation n° 32 : Tracer la vérification et le remplacement des mitigeurs en gaine technique dans le fichier sanitaire.	6 mois			Recommandation n° 32 maintenue dans l'attente des justificatifs de la traçabilité des opérations de vérification et de remplacement des mitigeurs.

<p>Remarque n° 33 : L'absence d'étalonnage tous les 2 ans des thermomètres et sondes présents au niveau de l'installation d'ECS ne permet pas un suivi efficace de la température réelle de l'eau dans le réseau (guide technique du CSTB partie 2).</p>	<p>Recommandation n° 33 : 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 et le guide annexé à la circulaire du 21 décembre 2010, notamment en ce qui concerne l'étalonnage des thermomètres et des sondes de température et en assurer la traçabilité dans le fichier sanitaire.</p>	<p>6 mois</p>		<p>Recommandation n° 33 maintenue pour les sondes de température.</p>
<p>Remarque n° 34 : L'absence de protocole relatif au soutirage de l'ensemble des points d'eau des chambres ne permet pas une gestion adaptée de la circulation de l'eau dans les canalisations ; les plus fortes concentrations en légionnelles étant retrouvées dans les conduites où l'eau stagne.</p>	<p>Recommandation n° 34 : Rédiger une procédure relative à la lutte contre la stagnation de l'eau.</p>	<p>3 mois</p>		<p>Recommandation n° 34 maintenue dans l'attente de transmission des modes opératoires appliqués par les AS, ASH et par DALKIA.</p>
<p>Remarque n° 35 : L'établissement ne respecte pas la circulaire du 28 octobre 2005 qui préconise des purges régulières des points d'eau, après leur nettoyage et désinfection, des chambres inoccupées et tout particulièrement avant l'arrivée d'un nouvel occupant et purges des points d'eau commun utilisés irrégulièrement (salons de coiffure, douches communes, etc.), ni le guide annexé à la circulaire 21 décembre 2010 qui préconise un écoulement régulier de l'eau froide et de l'ECS aux points d'usage peu ou pas utilisés, notamment avant l'accueil du public dans les pièces destinées à la</p>	<p>Recommandation n° 35 : Purger régulièrement les points d'eau peu ou pas utilisés conformément à la circulaire du 28 octobre 2005 et au guide annexé à la circulaire du 20 décembre 2010 et en assurer la traçabilité.</p>	<p>2 mois</p>		<p>Recommandation n° 35 maintenue dans l'attente de la transmission des protocoles mentionnés (PRO/004 et PRO/156) et des messages relatifs au rappel de la traçabilité.</p>

toilette qui ne sont pas utilisées pendant plus de 48 heures.					
Remarque n° 36 : L'établissement ne dispose pas d'une liste des points d'usage peu ou pas utilisés, ce qui ne permet pas de réaliser un soutirage adapté.	Recommandation n° 36 : Établir une liste complète des points d'eau peu ou pas utilisés, la tenir à jour et la communiquer aux personnels en charge des soutirages d'eau (lutte contre la stagnation).	2 mois			Recommandation n° 36 maintenue dans l'attente de la transmission du protocole relatif au bionettoyage.
Remarque n° 37 : L'établissement n'a pas mené de réflexion sur le devenir des points d'eau peu ou pas utilisés : <ul style="list-style-type: none"> Suppression en coupant leurs tuyaux d'alimentation au ras de la conduite source, Ou si leur maintien est préféré, intégration dans un programme de purges périodiques ce qui ne permet pas de gérer au mieux le risque lié à la stagnation de l'eau.	Recommandation n° 37 : Définir une stratégie sur le devenir des points pas ou peu utilisés afin de lutter contre la stagnation d'eau, la mettre en œuvre, assurer la traçabilité de sa mise en œuvre dans le fichier sanitaire et, le cas échéant, mettre à jour les plans de réseau.	3 mois pour la définition d'une stratégie			Recommandation n° 37 maintenue dans l'attente de la transmission des justificatifs de réalisation de ces modifications du réseau.
Remarque n° 38 : En ne purgeant pas les points d'usage peu ou pas utilisés, l'établissement ne respecte pas les recommandations en termes de circulation de l'eau dans les réseaux de distribution, précisées dans le guide annexé à la circulaire du 21 décembre 2010.	Cf. Recommandation n° 36				Cf. Recommandation n° 36 maintenue.
Remarque n° 39 : Les opérations de prévention du risque légionnelle après travaux sur les réseaux ne sont pas formalisées et leur mise en œuvre ne fait pas l'objet d'une traçabilité.	Recommandation n° 38 : Formaliser les opérations de prévention mises en œuvre en cas de travaux sur les réseaux et les tracer dans le fichier sanitaire : Interventions sur le réseau ; mesures préventives mises en œuvre à la suite de ces interventions.	3 mois pour la formalisation des opérations préventives			Recommandation n° 38 maintenue
Remarque n° 40 : L'établissement n'a pas mis en place de stratégie de surveillance des températures permettant de suivre le risque	Recommandation n° 39 : Formaliser la stratégie de surveillance des températures, en y incluant le protocole	3 mois			Recommandation n° 39 maintenue du fait de l'absence de justification du choix des points indiqués en p. 2/4 de la fiche réflexe PRO/049 FR3/A et

légionnelle sur le réseau d'ECS ni de suivre l'équilibrage du réseau d'ECS ni de s'assurer de l'absence de risque de brûlure.	de surveillance mentionné par la prescription n°3.			d'un intitulé du tableau indiquant la nature du suivi à réaliser (la notion de surveillance de température de l'eau n'apparaît pas).
Remarque n° 41 : La surveillance de la température n'est pas réalisée sur des points d'usage représentatifs du réseau d'ECS répartis sur les différentes ailes du bâtiment ce qui ne permet pas d'avoir une connaissance de l'hydraulique et de l'équilibrage du réseau.	Recommandation n° 40 : Compléter la stratégie de surveillance des températures, en surveillant les températures aux points d'usage représentatifs et sur le retour de boucle permettant de couvrir l'ensemble des boucles du réseau d'eau chaude sanitaire.	3 mois		Recommandation n° 40 maintenue dans l'attente de la justification du choix des points de suivi retenus en distribution et de leur adéquation avec les recommandations en vigueur.
Remarque n° 42 : Les résultats des suivis de la température de l'eau chaude sanitaire au niveau des installations de production et de distribution de l'établissement demandés pour la période des 24 derniers mois (de juin 2022 à juin 2024) n'ont pas été fournis à la mission d'inspection pour l'ensemble des points suivis et la totalité de la période demandée.	Recommandation n° 41 : Transmettre l'ensemble des résultats des suivis de température à la mission d'inspection pour la période de juin 2022 à juin 2024.	2 mois		Recommandation n° 41 maintenue dans l'attente de la transmission de relevés de température en production et en retour de boucle pour la période demandée.
Remarque n° 43 : L'établissement ne respecte pas les recommandations de la circulaire du 28 octobre 2005 et du guide annexé à la circulaire 21 décembre 2010 en ne réalisant pas de suivi de la température de l'eau froide sur des points d'usage représentatifs.	Recommandation n° 42 : Contrôler régulièrement la température de l'eau froide sur plusieurs points d'usage représentatifs pour s'assurer qu'elle ne dépasse pas la consigne de température de 20°C et tracer le suivi dans le fichier sanitaire.	3 mois		Recommandation n° 42 maintenue en attente d'un suivi permettant de surveiller l'élévation de la température de l'eau froide au sein de l'établissement.
Remarque n° 44 : La température de l'eau froide est supérieure à 20°C aux points d'usage, ce qui n'est pas conforme aux recommandations de la circulaire du 28 octobre 2005 et du guide annexé à la circulaire du 21	Recommandation n° 43 : Rechercher les causes de dépassement de la température de 20°C pour l'eau froide, mettre en œuvre les mesures pour réduire la température de l'eau froide et tracer les mesures engagées et leurs résultats.	3 mois		Recommandation n° 43 maintenue dans l'attente des justificatifs de réfection du calorifugeage des réseaux d'eau chaude et d'eau froide.

décembre 2010 et peut favoriser le développement des légionnelles.				
Remarque n° 45 : L'établissement ne dispose pas de protocole de gestion du risque lié aux légionnelles incluant les situations de suspension totale ou partielle de l'utilisation du réseau (travaux) incluant les mesures de contrôle de légionnelles avant remise en service du réseau.	Recommandation n° 44 : Établir un protocole de gestion du risque lié aux légionnelles pour les cas de suspension totale ou partielle de l'utilisation des réseaux d'eau (travaux) incluant les mesures de contrôle de légionnelles avant remise en service du réseau et la traçabilité des opérations et des résultats de contrôle et l'inclure dans le fichier sanitaire.	6 mois		Recommandation n° 44 maintenue dans l'attente de la transmission du protocole de ST en cas de travaux de modification du réseau mentionné dans le tableau 1 (p. 3/7) de la procédure PRO/049/G du 05.05.2025
Remarque n° 46 : En ne prévoyant pas de prélèvement pour analyse légionnelles en cas de température de l'EF supérieure à 25°C, l'établissement ne s'assure pas de l'absence de développement des légionnelles sur le réseau d'EF.	Recommandation n° 45 : Formaliser un protocole de surveillance de la température de l'eau froide incluant les actions à mener en cas de température de l'eau froide non conforme (supérieure à 25°C) et la vérification de l'efficacité de ces actions, notamment vis-à-vis du risque de développement de légionnelles.	3 mois		Recommandation n° 45 maintenue. Le risque lié aux légionnelles concerne les points d'usage à risque et non l'arrivée d'eau dans l'établissement. Il est modulé selon les conditions de circulation de l'eau (stagnation, calorifugeage, biofilm, potentiels retours d'eau, etc.).
Remarque n° 47 : L'absence d'un protocole d'actions complet prévoyant la conduite à tenir en cas de contamination de l'eau par des légionnelles, conformément à la circulaire du 28 octobre 2005, incluant notamment : <ul style="list-style-type: none"> Les actions de sécurisation des usagers, L'étude environnementale pour affiner l'étendue de la contamination et déterminer les causes de cette contamination, La vérification de la mise en œuvre des mesures préventives (purges, entretien des points d'usage, etc.), Le détail des actions curatives (chocs thermiques, 	Recommandation n° 46 : Établir un protocole d'action complet prévoyant : Les actions de sécurisation des usagers, L'étude environnementale pour affiner l'étendue de la contamination et déterminer les causes de cette contamination, La vérification de la mise en œuvre des mesures préventives (purges, entretien des points d'usage, etc.), Le détail des actions curatives (chocs thermiques, détartrage/désinfection des points d'usage, l'entretien des installations d'ECS, etc.) et correctives (suppression de bras morts, augmentation de température de départ, etc.) choisies, Les modalités de mise en œuvre du choc thermique ou chimique,	3 mois		Recommandation n° 46 levée. L'information des services en cas de mise en œuvre de mesure curative doit intervenir en amont de leur mise en œuvre (ce qui ne transparaît pas dans l'arbre décisionnel de la page 5/7 d'analyse des résultats de la procédure PRO/049/G).

<p>détartrage/désinfection des points d'usage, l'entretien des installations d'ECS, etc.) et correctives (suppression de bras morts, augmentation de température de départ, etc.) choisies,</p> <ul style="list-style-type: none"> Les modalités de mise en œuvre du choc thermique ou chimique, L'information des services, personnels et patients concernés, La recherche active de cas de légionellose et la mise en vigilance du personnel soignant devant tous signes cliniques de légionellose, Le signalement à l'ARS, Le renforcement des contrôles et la mise à jour de la stratégie d'échantillonnage, Les opérations de contrôle de l'efficacité des différentes actions (48 à 72h après la fin du traitement choc et 2 à 8 semaines après), constitue un obstacle à l'organisation, dans l'urgence, des mesures nécessaires au rétablissement de la qualité de l'eau et à la protection des usagers. 	<p>L'information des services, personnels et patients concernés, La recherche active de cas de légionellose et la mise en vigilance du personnel soignant devant tous signes cliniques de légionellose, Le signalement à l'ARS, Le renforcement des contrôles et la mise à jour de la stratégie d'échantillonnage, Les opérations de contrôle de l'efficacité des différentes actions (48 à 72h après la fin du traitement choc et 2 à 8 semaines après).</p>			
<p>Remarque 48 : L'absence de protocole, prévoyant les conditions de mise en place des 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</p>	<p>Recommandation n° 47 : Établir un protocole relatif à l'utilisation des filtres terminaux précisant : les conditions de mise en place, les intervenants, les modalités d'installation, la fréquence de changement, les conditions et les modalités de retrait,</p>	<p>3 mois</p>		<p><u>Recommandation n° 48 maintenue.</u></p>

retrait et la traçabilité, constitue un obstacle à l'organisation dans l'urgence des mesures de protection des usagers.	la traçabilité de ces opérations et des points d'usage concernés.				
<p>Remarque n° 49 : L'établissement ne dispose pas d'une procédure sur la désinfection curative (choc chimique), contrairement aux recommandations du guide annexé à la circulaire du 21 décembre 2010, indiquant :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les conditions de mises en œuvre (coordination avec la société intervenant, définition des rôles), Les modalités de la désinfection, 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, Les restrictions d'usage de l'eau, Les analyses de contrôles d'efficacité. <p>Cette absence de protocole constitue un obstacle à l'organisation dans l'urgence des mesures nécessaires au rétablissement de la qualité de l'eau et à la protection des usagers.</p>	<p>Recommandation n° 48 : Établir une procédure relative à la mise en œuvre de la désinfection curative chimique, incluant notamment :</p> <p>les conditions de mises en œuvre (coordination avec la société intervenants, définition des rôles), les modalités de la désinfection, 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, les restrictions d'usage de l'eau, les analyses de contrôles d'efficacité.</p>	3 mois			<p>Recommandation n° 49 maintenue dans l'attente de la transmission de la procédure interne de Dalkia et de la rédaction d'une procédure interne à l'établissement en cas de non-renouvellement du recours à un prestataire externe.</p>
<p>Remarque n° 50 : La présence de Legionella pneumophila même à des taux inférieurs au seuil réglementaire signifie la présence de conditions favorables à leur</p>	<p>Recommandation n° 49 : Rechercher les causes de la présence de Legionella pneumophila et mettre en œuvre les mesures correctives nécessaires pour limiter leur développement, notamment</p>	2 mois			<p>Recommandation n° 49 levée.</p>

développement pouvant entraîner une non-conformité et un risque sanitaire très rapidement.	veiller à la bonne mise en œuvre des mesures de prévention (lutte contre la stagnation d'eau, maintien de la température de l'eau chaude supérieure à 50°C en tout point du réseau, entretien des éléments terminaux de robinetterie, entretien et maintenance des installations de production et de distribution d'eau chaude sanitaire).			
Remarque n° 51 : Les délais de réalisation des recontrôles après détection de situations de non-conformité sont longs et ne permettent pas de vérifier l'efficacité des mesures correctives à court terme ni de s'assurer de la maîtrise du risque de développement de légionelles et d'extension de la contamination.	Recommandation n° 50 : En cas de détection de contamination par les légionelles supérieure au seuil de 1000 UFC Lp/L, vérifier l'efficacité des mesures correctives mises en œuvre à court terme et l'absence de nouveau développement dans un délai compris entre 2 et 8 semaines après la mise en œuvre ces mesures correctives.	A chaque survenue de cette situation		Recommandation n° 50 levée.
Remarque n° 52 : Les éléments de traçabilité relatifs à l'installation de filtres terminaux et au respect des consignes d'utilisation, d'entretien et de renouvellement de ces filtres terminaux, préconisées par le fabricant, n'ont pas été transmises.	Recommandation n° 51 : Transmettre à l'équipe d'inspection les éléments de traçabilité relatif à la mise en place de filtres terminaux et à leur renouvellement, conformément aux consignes du fabricant.	2 mois		Recommandation n° 51 maintenue dans l'attente de la transmission des éléments de traçabilité prévus pour le suivi des filtres terminaux (de leur mise en place jusqu'à leur retrait).
Remarque n° 53 : En cas de non-conformité récurrente d'un point, l'absence d'intégration de la boucle concernée, ou du retour général de bouclage, dans les points de recontrôle ne permet pas de vérifier l'étendue de la contamination.	Recommandation n° 52 : Prévoir dans la conduite à tenir à la suite de contaminations de l'eau par des légionelles, en cas de contamination récurrente d'un point d'usage, en plus de recontrôle au point d'usage concerné, des recontrôles visant à s'assurer de l'absence d'extension de la contamination.	3 mois		Recommandation n° 52 levée.
Remarque n° 54 : L'absence de formalisation de la conduite à tenir lors de la survenue d'un ou	Recommandation n° 53 : Formaliser une conduite à tenir en cas de survenue d'un ou plusieurs cas de légionellose adaptée	3 mois		Recommandation n° 53 maintenue dans l'attente de la transmission du protocole PRO/004.

plusieurs cas de légionellose dans l'établissement est un frein à la bonne mise en œuvre des mesures médicales, des investigations environnementales et des mesures de protection des résidents.	à l'établissement et la diffuser aux personnels concernés par sa mise en œuvre.			
Remarque n° 55 : Les protocoles ne sont pas adaptés à l'établissement ; le rôle et les responsabilités de chacun des acteurs (direction, responsable en hygiène, services techniques, etc.) ne sont pas clairement définis dans les protocoles de prévention de la légionellose de l'établissement, ce qui ne permet pas la mise en œuvre rapide des actions.	Recommandation n° 54 : Définir, dans chaque procédure ou protocole les rôles et responsabilités de chaque acteur.	3 mois		Recommandation n° 54 de portée générale maintenue mais levée en ce qui concerne la procédure transmise de référence PRO/049/G (7 pages) du 05.05.2025.
Remarque n° 56 : L'absence de formation du personnel médical, paramédical, 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.	Recommandation n° 55 : Sensibiliser, informer et former régulièrement le personnel au risque « légionnelles » et au programme d'actions mis en œuvre par l'établissement, les procédures devant être communiquées et partagées.	2 mois		Recommandation n° 55 maintenue dans l'attente de la transmission des justificatifs des actions mises en œuvre et du contenu de la formation à destination du personnel technique du mois de septembre 2025 et des justificatifs de participation à cette formation.
Remarque n° 57 : L'absence d'information et de sensibilisation des acteurs concernés peut être un frein à la bonne mise en œuvre des mesures de gestion en routine ou lors des alertes.	Cf. Recommandation n° 55	2 mois		Recommandation n° 57 maintenue. (Cf. Remarque 56)
Remarque n° 58 : L'établissement ne dispose pas d'un document d'analyse du risque de brûlure par eau chaude sanitaire, ce qui est contraire aux recommandations de	Recommandation n° 56 : Établir le document d'analyse du risque de brûlure par eau chaude sanitaire.	12 mois		Recommandation n° 56 maintenue dans l'attente de la transmission du document d'analyse du risque de brûlure par eau chaude sanitaire.

la note d'information du 15 février 2019 (annexe III).					
Remarque n° 59 : Les informations contenues dans le marché ne reflètent pas l'organisation mise en place entre l'établissement et le prestataire de services pour éliminer les déchets d'activités de soins à risques infectieux.	<u>Cf. Prescription n° 14</u>	2 mois			<u>Dont acte.</u>
Remarque n° 60 : Le remplissage incomplet des bordereaux CERFA n°11351*04 (absence de date de collecte) ne permet pas d'assurer la traçabilité des déchets et d'avoir une preuve de leur élimination.	Recommandation n° 57 : S'assurer que les différentes rubriques des bordereaux de suivi des DASRI soient renseignées correctement (dates de collecte notamment).	3 mois			<u>Recommandation n° 57 maintenue</u> dans l'attente de la transmission de bordereau mentionnant la date de collecte.
Remarque n° 61 : La fréquence de collecte n'est pas mentionnée dans le marché, ce qui ne permet pas de vérifier l'organisation mise en place entre l'établissement et le prestataire de services pour éliminer les DASRI.	<u>Cf. Prescription n° 14</u>	2 mois			La fréquence de collecte indiquée dans le BPU concerne le site du CH de Narbonne en centre-ville. La fréquence et le site du Pech Dalcy ne figurent pas sur le document.
Remarque n° 62 : Le lieu d'élimination n'est pas mentionné dans le marché, ce qui ne permet pas de vérifier l'organisation mise en place entre l'établissement et le prestataire de services pour éliminer les DASRI.	<u>Cf. Prescription n° 14</u>	2 mois			<u>Dont acte.</u>
Remarque n° 63 : Des non-respects ponctuels de la durée entre la production effective des DASRI et leur incinération ont été constatés (article 2 de l'arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif aux modalités d'entreposage).	Recommandation n° 58 : S'assurer du respect des délais entre la production de DASRI et leur élimination.	1 mois			<u>Recommandation n° 58 levée.</u>
Remarque n° 64 : Les références réglementaires ne sont pas actualisées dans les procédures.	Recommandation n° 59 : Actualiser les références réglementaires dans les procédures.	6 mois			<u>Recommandation n° 59 levée.</u>

Remarque n° 65 : La procédure de gestion des déchets ne reflète pas l'organisation mise en place au sein du centre gérontologique du Pech Dalcy pour éliminer les déchets d'activités de soins à risques infectieux.	Recommandation n° 60 : Actualiser la procédure de gestion des déchets afin de prendre en compte l'organisation du centre gérontologique du Pech Dalcy.	6 mois		<u>Recommandation n° 60 maintenue dans l'attente de la transmission des justificatifs</u>
Remarque n° 66 : Des emballages combinés « DASRI » placés dans les couloirs de l'établissement sont utilisés pour la collecte des DAOM.	Recommandation n° 61 : Ne pas utiliser les emballages DASRI pour la collecte des DAOM.	3 mois		<u>Recommandation n° 61 levée.</u>
Remarque n° 67 : L'absence d'évaluation périodique des pratiques de tri, comme recommandé par la circulaire du 11 janvier 2005, ne permet pas de garantir sa qualité et sa pérennité.	Recommandation n° 62 : Évaluer régulièrement le dispositif de gestion des DASRI pour vérifier le respect des consignes établies, apporter le cas échéant des améliorations ou pour simple rappel.	6 mois		<u>Recommandation n° 62 maintenue</u> dans l'attente de la transmission d'éléments complémentaires sur la mise en place d'un plan de contrôle annuel.
Remarque n° 68 : L'absence de date sur les emballages combinés et sacs ne permet pas de s'assurer du respect des délais réglementaires d'élimination.	Recommandation n° 63 : Dater les emballages (sacs et emballages combinés) pour s'assurer du respect des délais réglementaires d'élimination.	3 mois		<u>Recommandation n° 63 maintenue</u> dans l'attente de la transmission de justificatifs mentionnant les dates sur les sacs DASRI et emballages combinés.
Remarque n° 69 : La procédure « Gestion des déchets » PRO/011/H ne précise pas les fréquences de collecte interne du centre gérontologique pour les agents chargés de l'entretien.	Recommandation n° 64 : Compléter la procédure de gestion des déchets en indiquant les fréquences de collecte interne du centre gérontologique pour les agents d'entretien et du service logique	6 mois		<u>Recommandation n° 64 maintenue.</u> Les fréquences de collecte interne du centre gérontologique doivent être indiquées sur un document.
Remarque n° 70 : L'absence d'affichage du protocole d'entretien du local d'entreposage intermédiaire et des conteneurs est contraire à une gestion rigoureuse de l'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux.	Recommandation n° 65 : Afficher le protocole d'entretien du local d'entreposage intermédiaire	1 mois		<u>Recommandation n° 65 maintenue</u> dans l'attente de la transmission de justificatifs (photo).

Remarque n° 71 : La procédure « Gestion des déchets » PRO/011/H n'indique pas la fréquence de collecte interne vers le local d'entreposage centralisé du centre gériatologique pour les agents du service logistique.	<u>Cf. Recommandation n° 65</u>			<u>Cf. Recommandation n° 64 maintenue.</u>
Remarque n° 72 : La procédure « Gestion des déchets » PRO/011/H n'indique pas que les GRV doivent être fermés pendant leur transport intermédiaire.	<u>Recommandation n° 66</u> : Préciser dans la procédure de gestion des déchets que les GRV doivent être fermés pendant leur transport intermédiaire	6 mois		<u>Recommandation n° 66 maintenue</u> dans l'attente de la transmission de la procédure actualisée.
Remarque n° 73 : Les opérations de nettoyage du local d'entreposage centralisé ne sont pas tracées.	<u>Recommandation n° 67</u> : Tracer les opération de nettoyage du local d'entreposage centralisé	2 mois		<u>Recommandation n° 67 maintenue</u> dans l'attente de la transmission de justificatifs (photo).