

Direction Générale

Service émetteur :

Direction Inspection Contrôle Evaluation

EHPAD Le Haut de Tichemont
3 avenue Sainte-Barbe
54780 GIRAUMONT

Objet : Décision administrative, suite à inspection

P.J : Tableau récapitulatif

Madame la Directrice,

L'EHPAD Le Haut de Tichemont, situé à GIRAUMONT, a fait l'objet d'une inspection inopinée conjointe entre les services de l'ARS et du Département de Meurthe-et-Moselle, le 12 juin 2024. Les membres de l'équipe d'inspection avaient procédé à une visite des locaux et à des entretiens avec différents personnels, conformément aux missions de contrôles prévues à l'article L313-13 du Code de l'action sociale et des familles.

Le rapport d'inspection ainsi que le recueil préalable d'observations avant décision administrative vous ont été transmis par mail en date du 30 octobre 2024, ouvrant ainsi une période d'un mois pour vous laisser la possibilité d'apporter vos réponses, conformément aux dispositions de l'article L122-1 du Code des relations entre le public et l'administration.

Dans le cadre de la procédure contradictoire, prévue à l'article L122-1 du code des relations entre le public et l'administration, vous avez apporté vos éléments de réponse par courrier daté du 28 novembre 2024.

Vous trouverez la synthèse de l'ensemble des mesures retenues dans le tableau en annexe.

Les prescriptions 2, 4, 9, 11 et 12 sont maintenues. Les recommandations suivantes sont maintenues : 2, 6, 7, 11, 12, 13, 15, 17, 18, 19, 20 et 21.

Les prescriptions 1, 3, 5, 6, 7, 8 et 10 sont levées. Les recommandations suivantes sont levées : 1, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 14 et 16.

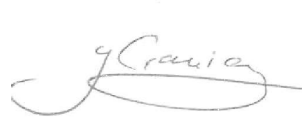
La présente décision peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le Tribunal Administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification. La juridiction peut notamment être saisie via une requête remise ou envoyée au greffe du Tribunal Administratif ou aussi par l'application Télérecours citoyens accessible à partir du site www.telerecours.fr.

Vous adresserez, dans les délais mentionnés et après réception du présent courrier, les éléments justificatifs demandés des mesures mises en œuvre à la Délégation Territoriale de Meurthe-et-Moselle de l'ARS ainsi qu'au Département de Meurthe-et-Moselle sous format dématérialisé aux adresses mails indiquées ci-dessus (contacts).

La Directrice Générale
de l'Agence Régionale de Santé Grand Est

Pour La Présidente du Conseil
Départemental de Meurthe-et-Moselle

Signé électroniquement
Agence Régionale de Santé GRAND EST
Pour la directrice générale et par délégation - Le
Directeur Général Adjoint Métiers,
Frédéric REMAY
Docteur Christophe BONNEIL



Yael TRANIER

Yael TRANIER
2025.04.23 08:43:39 +0200
Ref:8578940-12882693-1-D
Signature numérique
Directeur général adjoint des
Solidarités

Copie : Conseil Départemental de Meurthe-et-Moselle
ARS : Délégation territoriale de Meurthe-et-Moselle / Direction de l'Autonomie

Annexe 1

**Tableau récapitulatif des prescriptions et recommandations,
en lien avec les constats déclinés en écarts, remarques majeures, et en remarques**

Ecarts et Prescriptions maintenues			
Ecarts		Prescriptions	Délai
E1	<u>Ecart 1</u> à l'article D312-155-0, II du CASF : l'établissement ne dispose pas d'un directeur ou d'une directrice.	<u>Prescription 1</u> : Tenir informé la mission de la prise de poste de la nouvelle directrice et transmettre ses diplômes et ses qualifications.	<u>Délai</u> : à la prise de poste de la nouvelle directrice
La nouvelle directrice a pris son poste le 5 juillet 2024. Elle est détentrice d'un Master « Management des Organisations du Secteur Sanitaire et Social », et un master de « Droit, Economie Gestion, mention Management sectoriel ». <u>La prescription est levée.</u>			
E2	<u>Ecart 2</u> à l'article D312-176-5 du CASF : l'intérim de direction n'a pas fait l'objet d'un document écrit précisant les missions et les compétences confiées à la personne en charge de l'intérim.	<u>Prescription 2</u> : Si l'intérim devait se poursuivre, formaliser un document indiquant les missions et les compétences confiées à la personne assurant l'intérim. Si l'arrivée de la nouvelle directrice se confirme, formaliser ce document prévu par la réglementation.	<u>Délai</u> : immédiat pour la transmission. Si le document doit être rédigé, le délai est porté à 3 mois.
Vous n'avez pas transmis de délégation de pouvoir prévu par la réglementation. <u>La prescription est maintenue.</u> Vous transmettez ce document sans délai. Si le document doit être rédigé, le délai est porté à 3 mois.			
E3	<u>Ecart 3</u> à l'article D311-16 du CASF : le CVS n'est pas réuni 3 fois par an minimum comme prévu dans la réglementation.	<u>Prescription 3</u> : organiser les réunions du CVS conformément à la réglementation.	<u>Délai</u> : sur l'ensemble de la prochaine période.
Vous avez transmis le compte rendu du CVS du 19 septembre 2024. Le prochain CVS est prévu le 17 décembre 2024. Vous veillerez à maintenir ce rythme de réunion. <u>La prescription est levée.</u>			
E4	<u>Ecart 4</u> : le temps de travail du médecin coordonnateur est de 0,10 ETP, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-156 du CASF précisé ci-dessus.	<u>Prescription 4</u> : étudier la possibilité d'augmenter la quotité de travail du médecin coordonnateur, afin de répondre à la réglementation ;	<u>Délai</u> : 6 mois
La mission note la démarche de l'établissement pour recruter et augmenter le temps de médecin coordonnateur à un total de 0.3 ETP. Toutefois, elle rappelle que dans le cas d'espèce, compte tenu du nombre de résident dans l'établissement, la réglementation prescrit un temps de 0.4 ETP de médecin coordonnateur sur cette structure. <u>La prescription est maintenue, le délai est porté à « Lors du prochain recrutement ».</u>			
E5	<u>Ecart 5</u> à l'article D312-157 du CASF : La mission n'a pas été destinataire des diplômes du médecin coordonnateur ce qui ne permet de vérifier la conformité de ses qualifications.	<u>Prescription 5</u> : transmettre les diplômes du médecin coordonnateur permettant d'attester le respect des dispositions réglementaires.	<u>Délai</u> : immédiat

Vous avez transmis les diplômes du médecin coordonnateur, dont l'attestation validant le cycle de formation de médecin coordonnateur en EHPAD. La prescription est levée.

E6	<u>Ecart 6</u> : Le coffre à stupéfiants contient d'autres items que des stupéfiants, ce qui constitue un écart au code de santé publique et en particulier à l'article R.5132-80 du CSP.	<u>Prescription 8</u> : Organiser le rangement des objets de valeur appartenant aux résidents dans des coffres dédiés, distincts du coffre à stupéfiants, afin de se conformer à la réglementation en vigueur sur la gestion des stupéfiants.	<u>Délai</u> : Immédiat
----	---	---	-------------------------

Vous avez diffusé une note de service et un registre de consignation pour les objets de valeur des résidents et leur sécurisation, rappelant qu'ils ne doivent pas être stockés dans le coffre à stupéfiant. La prescription est levée.

E7	<u>Ecart 7</u> : l'état récapitulatif des stupéfiants ne reflète pas ce qui est contenu dans le coffre à stupéfiant, ce qui rend potentiellement possible le vol ou l'usage détourné et constitue un écart à l'article R.5132-80 du CSP.	<u>Prescription 9</u> : mettre en place un processus rigoureux pour assurer le suivi et l'élimination en bonne et due forme des stupéfiants appartenant aux résidents ayant quitté l'établissement ou étant décédés. Tous les stupéfiants présents dans le coffre doivent être répertoriés sur l'état récapitulatif afin d'éviter tout risque de détournement.	<u>Délai</u> : immédiat
----	--	--	-------------------------

Vous avez transmis une « fiche de suivi d'administration des médicaments toxiques ». Toutefois, cette fiche ne permet pas de constituer un état récapitulatif des stupéfiants contenus dans le coffre. En particulier, elle ne fait pas état des entrées et des sorties, que ce soit en tant que médicaments administrés, ou retour à la pharmacie. La prescription est maintenue.

Remarques majeures et Prescriptions maintenues

Remarques majeures		Prescription envisagée	Délai
RM1	<u>Remarque majeure 1</u> : Plus de 40% des effectifs intégrés à l'équipe des soins ne sont pas titulaires du diplôme d'état d'AS.	<u>Prescription 6</u> : Revoir la constitution des équipes soignantes afin d'intégrer des personnels qualifiés, en organisant, le cas échéant, l'accès au diplôme d'AS, par voie de VAE, aux personnels actuellement en poste au sein de l'établissement.	<u>Délai</u> : immédiat
RM2	<u>Remarque majeure 2</u> : l'organisation de l'établissement amène du personnel non diplômé à intervenir sur des postes nécessitant du personnel diplômé.	<u>Prescription 7</u> : revoir l'organisation de la fonction soin, afin que du personnel diplômé ou en cours de formation (VAE par exemple) intervienne sur les postes requérant ces compétences. L'organisation retenue sera transmise à l'ARS et au CD.	<u>Délai</u> : 6 mois
<u>Vous avez transmis la liste des personnels en VAE, ainsi que le planning de décembre 2024. Ces éléments mettent en évidence l'engagement des personnels non diplômés en VAE d'une part, et l'organisation du planning selon les compétences d'autre part. Les prescriptions 6 et 7 sont levées.</u>			
RM3	<u>Remarque majeure 3</u> : la traçabilité du suivi des températures du réfrigérateur est irrégulière, ce qui ne permet pas d'identifier une éventuelle excursion de la température, potentiellement délétère pour la qualité des médicaments.	<u>Prescription 10</u> : Mettre en place un système de traçabilité de la température du réfrigérateur, avec des relevés réguliers consignés sur un support dédié (feuille de suivi, application mobile ou logiciel connecté). En cas d'écart de température, une procédure d'alerte et de gestion de l'incident doit être clairement définie et connue du personnel.	<u>Délai</u> : immédiat.
<u>Vous avez transmis une copie des relevés de la température de réfrigérateur des mois de juillet à octobre. On constate une amélioration de ce suivi, mais il persiste encore quelques journées sans relevés. Vous avez également transmis une procédure décrivant la conduite à tenir en cas d'excursion de température. La prescription est levée. Toutefois la mission encourage l'établissement à poursuivre la sensibilisation du personnel quant à l'importance d'une traçabilité régulière et quotidienne.</u>			
RM4	<u>Remarque majeure 4</u> : les difficultés d'accès aux tablettes Netsoins ne permettent pas le double contrôle des médicaments préparés par la pharmacie, ce qui ne permet pas d'identifier une potentielle erreur dans la préparation des piluliers par la pharmacie.	<u>Prescription 11</u> : organiser le double contrôle des piluliers préparés par la pharmacie, afin d'identifier de potentielles erreurs dans la préparation des doses et ainsi garantir la sécurité du circuit du médicament.	<u>Délai</u> : 2 mois.
<u>Vous précisez dans votre réponse « En attente de recrutement infirmière coordonnatrice ». Toutefois, vous avez transmis des déclarations d'EI concernant des erreurs médicamenteuses identifiées lors d'un double contrôle. Ceci témoigne de la réalité des risques sur cette étape du management du médicament, et donc de la nécessité de mettre en place une procédure robuste et formalisée. En l'absence d'infirmière coordonnatrice, l'appui du groupe COLISEE sur ce point est indispensable. La prescription est maintenue. Vous transmettez la procédure formalisée dans un délai de deux mois.</u>			

RM5	<p><u>Remarque majeure 5</u> : L'organisation des repas et la qualité de l'alimentation ne sont pas satisfaisantes. L'impact sur l'état général des résidents apparaît significatif.</p>	<p>Prescription 12 : Organiser une évaluation de l'organisation des repas et de la qualité de l'alimentation. Construire un plan d'actions permettant d'améliorer ce service fourni aux résidents dans l'objectif que l'alimentation puisse répondre à leurs besoins physiologiques, en tenant compte aussi des besoins spécifiques en fonction des diverses pathologies dont peuvent être atteints les résidents. Le plan d'action devra aussi permettre d'améliorer l'expérience gustative des repas.</p>	<p><u>Délai</u> : 2 mois</p>
<p>Vous apportez les éléments de réponses suivants : « depuis le 16 septembre, nouvelle organisation de travail dans les cuisines : présence d'un cuisinier jusqu'à 19h pour garantir la qualité des repas du soir, puis le 14 octobre 2024, mise en place d'un double choix de protéine afin de garantir la satisfaction des résidents et de leur famille. En 2025, et à l'issue du recrutement d'une IDEC, une commission Nutrition sera mise en place mensuellement permettant ainsi d'identifier les actions d'enrichissement ou de supplémentation alimentaire. Une commission de restauration est programmée le lundi 2 décembre à 14h ». La mission note donc des points d'amélioration en ce qui concerne l'organisation des repas. Il ne s'agit cependant pas d'un plan d'action et les éléments transmis restent succincts. <u>La prescription est maintenue.</u></p>			

Remarques et recommandations maintenues

Remarques		Recommandations envisagées	Délai
R1	<u>Remarque 1</u> : le projet d'établissement n'est pas suffisamment diffusé et connu auprès des personnels.	<u>Recommandation 1</u> : Diffuser le plus largement possible les orientations du projet d'établissement dans l'objectif de faire adhérer l'ensemble de l'établissement à une stratégie commune.	<u>Délai</u> : 4 mois
Vous avez organisé des réunions par service afin de diffuser et d'explicitier les objectifs stratégiques de l'établissement au personnel. <u>La recommandation est levée.</u>			
R2	<u>Remarque 2</u> : le règlement de fonctionnement n'est pas signé ce qui ne permet pas d'indiquer si le document a été validé.	<u>Recommandation 2</u> : Valider le règlement de fonctionnement et le signer.	<u>Délai</u> : 4 mois
Vous avez programmé une présentation au CVS en décembre 2024. Dans l'attente de la validation par celui-ci, <u>la recommandation est maintenue.</u>			
R3	<u>Remarque 3</u> : il n'y a pas actuellement de temps d'échange formalisé permettant d'aborder les problématiques générales relatives au pilotage de l'établissement, en lien avec les différents personnels.	<u>Recommandation 3</u> : A l'arrivée de la nouvelle direction, remettre en place des temps d'échange afin de permettre d'aborder les différents sujets relatifs au pilotage de l'établissement, en lien avec les personnels.	<u>Délai</u> : à l'arrivée de la nouvelle direction.
Vous avez remis en place des instances de direction, qui se réunissent de manière régulière et qui donne lieu à la production de compte rendus que vous avez transmis. <u>La recommandation est levée.</u>			
R4	<u>Remarque 4</u> : une forte odeur de tabac est présente la zone réservée aux personnels située au rez-de-chaussée. Cette odeur est présente jusqu'à proximité de la salle à manger.	<u>Recommandation 4</u> : veiller à ce que les personnels ne fument pas en laissant les portes de l'établissement ouvertes et veiller à ce que l'établissement soit préservé de toute odeur de tabac.	<u>Délai</u> : immédiat
Un rappel a été effectué auprès du personnel via une note de service. <u>La recommandation est levée.</u>			
R5	<u>Remarque 5</u> : L'arrière de l'établissement donne directement sur les jardins des pavillons qui sont très proches et donc il y a une grande visibilité.	<u>Recommandation 5</u> : Dans un souci de bon rapport de voisinage, il faudra s'attacher à ce que ce lieu soit propre, dégagé et non polluant visuellement.	<u>Délai</u> : 3 mois
Le lieu cité a été dégagé, vous avez adressé des photos probantes. <u>La recommandation est levée.</u>			
R6	<u>Remarque 6</u> : si la mission ne remet pas en cause l'accès pour les résidents aux balcons des chambres, cet accès peut constituer un risque pour les résidents.	<u>Recommandation 6</u> : Transmettre le dernier PV de la commission de sécurité ou tous documents précisant la conformité des protections des balcons. Etudier la possibilité de formaliser dans la procédure d'admission l'attention à apporter aux	<u>Délai</u> : 3 mois

		profils des résidents accueillis dans ces chambres au regard d'un risque suicidaire ou d'un trouble de comportement (sorties inopinées).	
Vous avez transmis le dernier PV de la commission de sécurité, qui émet un avis favorable. Toutefois, la partie de <u>la recommandation ayant trait à l'étude du profil des résidents accueillis dans les chambres avec balcon, et en particulier pour ceux ayant un risque suicidaire ou un trouble du comportement est maintenue.</u>			
R7	Remarque 7 : des matériels périmés ont pu être trouvé au sein du local dédié au Plan Bleu.	Recommandation 7 : Veiller au suivi des péremptions des différents matériels et consommables présents dans le local Plan Bleu.	Délai : immédiat
Vous avez transmis un inventaire du matériel disponible dans le local plan bleu. Toutefois, ce document ne précise pas dans quelle mesure les éléments périmés ont été retirés, et d'autre part ne démontre pas que vous avez organisé le suivi des péremptions. <u>La recommandation est maintenue.</u>			
R8	Remarque 8 : il manque une partie des diplômes des IDE, permettant d'attester de la conformité de leur formation.	Recommandation 8 : Transmettre l'ensemble des diplômes des IDE, y compris celui de l'IDEC.	Délai : immédiat
Vous avez transmis les diplômes des IDE. <u>La recommandation est levée.</u>			
R9	Remarque 9 : l'établissement dispose d'un poste de psychologue mais qui est vacant depuis l'été 2023.	Recommandation 9 : Organiser le recrutement d'un ou d'une psychologue.	Délai : immédiat.
Vous précisez que des entretiens sont en cours actuellement. <u>La recommandation est levée.</u>			
R10	Remarque 10 : Des formations AFGSU sont prévues dans le plan de formation 2024, mais elles ne semblent pas organisées de manière opérationnelle.	Recommandation 10 : Mettre en œuvre de manière opérationnelle les formations à l'AFGSU, c'est-à-dire identifier nominativement les personnels concernés par une formation initiale, une mise à jour des connaissances, et établir un calendrier de suivi.	Délai : immédiat.
Vous avez établi un plan de formation pour 2025, comprenant les formation AFGSU 1 et AFGSU 2. Vous avez identifié les agents pour lesquels il s'agissait d'une formation initiale et ceux pour lesquels il s'agit d'un renouvellement. <u>La recommandation est levée.</u>			
R11	Remarque 11 : Il existe un manque de traçabilité des actions préventives en matière d'hydratation dans les dossiers médicaux.	Recommandation 11 : renforcer la traçabilité des actions préventives en matière de prévention de la déshydratation, afin, entre autres, de valoriser le travail des soignants.	Délai : 2 mois
Vous précisez qu'il est nécessaire de mettre en œuvre un plan d'action et une mise à jour des connaissances en matière d'hydratation d'une part et qu'il sera nécessaire de créer un onglet spécifique permettant la traçabilité dans NETSOIN. Dans l'attente de la mise en œuvre de ce plan, <u>la recommandation est maintenue.</u>			

<u>R12</u>	<u>Remarque</u> 12 : Les tablettes utilisées par les soignants pour tracer la réalisation des soins ne sont pas toujours fonctionnelles.	<u>Recommandation</u> 12 : Identifier les dysfonctionnements affectant les tablettes utilisées par les soignants, afin de les rendre opérationnelles en permanence et de contribuer ainsi à la qualité et à la sécurité des soins.	<u>Délai</u> : 3 mois.
Un audit du réseau informatique est en cours. <u>La recommandation est maintenue.</u>			
<u>R13</u>	<u>Remarque</u> 13 : les protocoles ne sont pas utilisés par les soignants et n'émanent pas d'une évaluation des pratiques au sein de l'établissement.	<u>Recommandation</u> 13 : revoir l'ensemble des protocoles. Ceux qui sont mis à disposition par le groupe devront être utilisés dans le cadre d'une évaluation des pratiques professionnelles et adaptés le cas échéant. Ce travail, si des soignants y sont associés, permettra de garantir que ces derniers s'emparent des bonnes pratiques édictées.	<u>Délai</u> : 6 mois
Vous envisagez la mise en œuvre de cette recommandation au recrutement de l'IDEC. <u>La recommandation est maintenue.</u>			
<u>R14</u>	<u>Remarque</u> 14 : Le réfrigérateur destiné au stockage des médicaments thermolabiles contient également des compotes, ce qui n'est pas conforme aux bonnes pratiques de conservation des médicaments.	<u>Recommandation</u> 14 : Il est nécessaire de dédier ce réfrigérateur exclusivement au stockage des médicaments thermosensibles. Les compotes et tout autre aliment doivent être retirés et stockés dans un réfrigérateur distinct.	<u>Délai</u> : immédiat.
Vous avez procédé à un rappel aux équipes, précisant que le réfrigérateur était exclusivement réservé aux médicaments. <u>La recommandation est levée.</u>			
<u>R15</u>	<u>Remarque</u> 15 : la traçabilité de la distribution et de l'observance n'est pas toujours possible à renseigner en temps réel, ce qui altère la sécurité en matière de circuit du médicament.	<u>Recommandation</u> 15 : mettre en œuvre la traçabilité de la distribution des médicaments de façon sécurisée, y compris en prenant en compte l'instabilité des connexions informatiques.	<u>Délai</u> : 2 mois
Vous avez prévu une sensibilisation à la traçabilité des soins. Vous précisez que la mise en œuvre de cette recommandation est en lien avec le réseau informatique et le recrutement d'une IDEC. Dans l'attente de sa mise en œuvre effective, <u>la recommandation est maintenue.</u>			
<u>R16</u>	<u>Remarque</u> 16 : le contenu du chariot d'urgence n'est pas référencé.	<u>Recommandation</u> 16 : Référencer le contenu du chariot d'urgence et mettre en œuvre la traçabilité du contrôle et de son réassort.	<u>Délai</u> : 2 mois
Vous avez transmis la fiche de vérification des péremptions, elle est effectuée mensuellement, ainsi que les dates de péremption du contenu du chariot d'urgence. On note que les produits qui périssent au mois de décembre sont en commande. <u>La recommandation est levée.</u>			

<u>R17</u>	<u>Remarque 17</u> : Les PAP ne sont pas mis à jour.	<u>Recommandation 17</u> : Procéder à un état des lieux des PAP et revoir leur co-construction pluridisciplinaire, en incluant les résidents et leurs familles. Il est également recommandé de formaliser la méthodologie d'élaboration, avec, le cas échéant, la nomination d'un soignant référent pour chaque résident.	<u>Délai</u> : 6 mois.
Vous portez à la connaissance de la mission que 10% des PAP sont à jour d'une part, et que la méthodologie d'élaboration, bien qu'existante est non connue du personnel d'autre part. <u>La recommandation est maintenue</u> dans l'attente de la mise en œuvre à l'occasion du recrutement de l'IDEC.			
<u>R18</u>	<u>Remarque 18</u> : La politique qualité telle que présentée le jour de la mission est très générique, elle n'est pas traduite en objectifs opérationnels clairement affichés.	<u>Recommandation 18</u> : Développer les objectifs recherchés par l'établissement en matière de qualité, identifier des stratégies pratiques et des étapes d'exécution claires, afin de rendre la politique qualité concrète.	<u>Délai</u> : 6 mois
Vous prévoyez de mettre à jour les documents qualité génériques selon les besoins de l'établissement. Dans l'attente de la mise en œuvre, <u>la recommandation est maintenue</u>.			
<u>R19</u>	<u>Remarque 19</u> : La prévention de la maltraitance au sein de l'établissement n'est pas développée de façon ostensible dans son projet.	<u>Recommandation 19</u> : Définir une stratégie d'établissement en matière de lutte contre la maltraitance, avec des objectifs tangibles, des actions pour les atteindre et une politique d'évaluation.	<u>Délai</u> : 6 mois.
Vous avez identifié une IDE comme référente « bientraitance » au sein du CSE. Vous développerez une stratégie lors de la complétude du CODIR. Dans l'attente, <u>la recommandation est maintenue</u>.			
<u>R20</u>	<u>Remarque 20</u> : Certaines informations contenues dans le plan bleu sont obsolètes.	<u>Recommandation 20</u> : Veiller à une mise à jour du plan bleu.	<u>Délai</u> : Immédiat
<u>R21</u>	<u>Remarque 21</u> : Le local Plan bleu n'est pas organisé de manière à le rendre opérationnel à tout moment.	<u>Recommandation 21</u> : Revoir l'organisation du local Plan bleu afin de le rendre opérationnel à tout moment, notamment en matière de suivi des péremptions.	<u>Délai</u> : 1 mois
Vous avez transmis un inventaire du matériel disponible dans le local plan bleu. Vous ne précisez pas les éléments du plan bleu qui ont été mis à jour, ni ne décrivez l'organisation du local. <u>Les recommandations 20 et 21 sont maintenues</u>.			