

Ville de Paris
Direction des solidarités
Sous-direction de l'autonomie
Affaire suivie par Frederic Musso

Agence Régionale de Santé
Délégation départementale de Paris
Affaire suivie par : Conrad Lajusticia

Président
Association Maison de retraite des Sœurs
Augustines
29 rue de de la Santé
75013 Paris

Lettre recommandée avec AR
N° 1A 200 086 0058 3

Saint-Denis, le 30 AVR. 2025

Monsieur le Président,

Dans le cadre du plan national d'inspection et de contrôle des EHPAD, un contrôle conjoint a été réalisé au sein de l'EHPAD « des Sœurs Augustines », le 17 juillet 2023 par l'Agence régionale de santé d'Île-de-France et la Ville de Paris.

Dans le cadre de la procédure contradictoire, en application des articles L.121-1 et L.122-1 du code des relations entre le public et l'administration, nous vous avons adressé le 30 octobre 2024 le rapport que nous a remis la mission d'inspection, ainsi que 4 injonctions, 14 prescriptions et 15 recommandations que nous envisageons de vous notifier.

Vous nous avez transmis le 29/01/2025 et le 30/01/2025 des éléments de réponse. Nous notons que des corrections et des précisions ont été apportées concernant les mesures suivantes :

- Prescription 2 : Rédiger et transmettre un projet de service spécifique au PASA.
- Prescription 3 : Dater et signer le règlement de fonctionnement et le présenter au CVS.
- Prescription 9 : Réaliser une évaluation externe et la transmettre aux autorités et mettre en place un plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ).
- Prescription 13 : Rédiger et mettre en place un protocole complet d'élaboration de PAI assurant la participation active du résident.
- Recommandation 5 : Rédiger un protocole d'accueil du nouveau salarié au sein de l'équipe et de l'établissement.
- Recommandation 6 : Mettre en place un groupe de parole ou d'analyse des pratiques pour les professionnels.

Elles sont donc retirées. Cependant, au regard de l'ensemble des éléments de réponse apportés, des actions correctrices restent nécessaires.

Aussi, vous vous notifiez à titre définitif 4 injonctions, 10 prescriptions et 14 recommandations que vous trouverez en annexe au présent courrier.

Nous appelons votre attention sur la nécessité de transmettre à la Délégation départementale de Paris de l'ARS IDF et à la Ville de Paris les éléments de preuve documentaire permettant la levée définitive de ces décisions. Pour cela, veuillez utiliser la plateforme Bluefiles

pour l'ARS et communiquer les pièces par mail à la Ville de Paris

Nous vous rappelons que l'absence de mise en œuvre, dans le délai imparti, des mesures correctrices enjointes peut être sanctionnée par application des dispositions des articles L. 313-14 et L.313-16 du code de l'action sociale et des familles par l'application de sanctions financières, la mise sous

administration provisoire ou la suspension, la cessation ou la fermeture, totale ou partielle, de l'activité de l'établissement.

Un recours contentieux peut être formé devant le tribunal administratif dans les deux mois suivant la réception de la présente notification. Le tribunal administratif peut être saisi par l'application *Télérecours citoyens* accessible sur le site <https://citoyens.telerecours.fr>

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de notre considération distinguée.

Pour Le Directeur général
de l'Agence régionale de santé Île-de-France
et par délégation

Le Directeur de la Délégation départementale de Paris



Tanguy BODIN

Pour la Maire de Paris et par délégation,

 La Directrice des Solidarités

Le Directeur  Solidarités

Jacques BERGER

Jeanne SEBAN

Copie à :


Directeur de l'EHPAD des Sœurs Augustines
29 rue de la Santé
75013 Paris



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



ANNEXE : Décisions prises dans le cadre du contrôle sur pièces à partir du 17 juillet 2023 au sein de l'EH PAD « des Sœurs Augustines »

Injonctions envisagées	Texte de référence	Ref. rapport	Réponse de l'établissement au contradictoire	Décision
1 Rédiger une procédure qui permet de comprendre la mise en œuvre d'un remplacement, la réorganisation des tâches proposée, le rôle des remplaçants qui ne disposent pas des compétences requises et l'organisation minimale de fonctionnement.	Article L.311-3 1° du CASF	2.1.4.7.- Ecart n°17 : La fiche de procédure relative à la gestion des absences ne permet pas de saisir la mise en œuvre d'un remplacement, la réorganisation des tâches proposée, le rôle des remplaçants qui ne disposent pas des compétences requises ni l'organisation minimale de fonctionnement, ce qui est de nature à remettre en cause la sécurité des soins.	L'établissement a fourni un protocole pour la gestion des absences. Le protocole ne précise pas l'articulation entre les personnes chargées de la gestion des plannings et celles des remplacements. L'IDEC n'est informée de l'absence d'aides-soignants qu'au bout de trois absents. Il n'y a pas de précisions sur le mode de réorganisation, de l'impact dans la prise en charge par étage, de la redistribution des tâches, ni de la priorisation effectuée. La procédure n'explicite pas le lien entre ressources internes/externes et la liste de réserve.	Injonction maintenue Revoir le protocole en complétant des précisions attendues. Délai : 1 mois
2 Assurer un suivi au moins annuel de la douleur chez les résidents.	Articles L1110-5, L1112-4 du CSP	3.8.2.24. - Ecart n°20 : Les éléments transmis par l'établissement ne permettent pas d'établir la tenue d'une évaluation, à minima annuelle, de la douleur chez les résidents.	L'établissement a fourni un protocole pour l'évaluation de la douleur. Celui-ci ne définit pas les moments où sont réalisés les évaluations de la douleur. La preuve qu'au moins une évaluation de la douleur a été réalisée pour chaque résident n'a pas été envoyée.	Injonction maintenue jusqu'à transmission du protocole d'évaluation de la douleur modifié indiquant les moments où sont réalisés les évaluations de la douleur et la preuve de la réalisation de celles-ci (cf.

					modèle de tab Excel joint). Délai : 6 mois
3	Transmettre la fiche récapitulative du diagnostic amiante.	Articles L.1334-12-1 à L.1334-17, L.1337-2 à L.1337-5, R.1334-14 à R.1334-29-9 du CSP Décret n° 2011-629 du 3 juin 2011	Amiante - Ecart n°21 : La fiche récapitulative sur l'amiante n'est pas mise à jour.	L'établissement a transmis le DTA de 2006. La mission prend note de l'envoi de l'établissement mais le DTA doit faire l'objet de contrôles périodiques et être actualisé en conséquence. Il est donc demandé à l'établissement d'actualiser le DTA et de transférer sa dernière version.	Dans l'attente de transmission du document demandé, l'injonction est maintenue . Délai : Immédiat
4	Transmettre les analyses légionnelles de 2024 incluant l'ensemble des points de prélèvement réglementaires et les points d'usage à risques ou éloignés ; les rapports d'analyse devront être transmis dans leur intégralité.	Arrêté 1 ^{er} Février 2010 relatif à la surveillance des légionelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire	Légionnelles - Ecart n°22 : Les analyses de légionelles comprenant l'ensemble des points de surveillance n'ont pas été effectuées selon la réglementation en vigueur.	Les analyses légionnelles n'ont pas été fournies, l'établissement indique qu'elles sont en cours.	Injonction maintenue jusqu'à la transmission des analyses légionnelles Délai : dès réception des dernières analyses légionnelles 2024.

	Prescriptions envisagées	Texte de référence	Ref. rapport	Réponse de l'établissement au contradictoire	Décision
1	Transmettre les données relatives au taux d'occupation tous les deux mois en vue d'atteindre le taux cible de 95 %.	Article L313-4 du CASF	1.1.1.2 - Ecart n°1 : Le taux d'occupation des places en hébergement permanent est inférieur à 95%.	L'établissement n'a pas transmis les données demandées.	Prescription maintenue . Transmettre les données sur le taux d'occupation 2024 Délai : immédiat

2	Rédiger et transmettre un projet de service spécifique au PASA.	Article D.312-155-0-1 du CASF	1.1.2.2. - Ecart n°2 : Au vu des documents transmis, l'établissement ne dispose pas d'un projet de service spécifique au PASA.	L'établissement a fourni un projet de service spécifique au PASA.	Prescription retirée
3	Dater et signer le règlement de fonctionnement et le présenter au CVS.	Article L.311-7 du CASF	1.2.1.1. - Ecart n°3 : Le règlement de fonctionnement ne fait pas mention d'une consultation du CVS pendant son élaboration. Remarque n°1 : Le règlement de fonctionnement du CVS transmis n'est pas daté et signé.	L'établissement a transmis un règlement de fonctionnement daté et signé qui a été adopté par le Conseil d'Administration et qui a été présenté au CVS le 30 janvier 2025.	Prescription retirée
4	Mettre à jour le contenu du règlement de fonctionnement pour inclure tous les points prévus par la réglementation.	Articles R.311-35, R.311-36 et R.311-37 du CASF	1.2.1.2. - Ecart n°4 : Le contenu du règlement de fonctionnement n'est pas conforme à la réglementation.	Un règlement de fonctionnement modifié a été transmis par l'établissement. Cependant, celui-ci ne comporte toujours pas les modalités de rétablissement des prestations dispensées lorsqu'elles ont été interrompues.	Prescription maintenue Délai : 3 mois
5	Rédiger et transmettre un projet d'établissement à jour.	Article L.311-8 du CASF	1.2.1.4. / 1.2.1.5. - Ecart n°5 : Le projet d'établissement fourni n'est plus en vigueur et n'a pas été réactualisé.	L'établissement a fourni un document de travail qui montre que la mise à jour du projet d'établissement est en cours. La mission note cet envoi et reste en attente de l'envoi du projet d'établissement finalisé.	Prescription maintenue Délai : 6 mois.
6	Transmettre l'inscription à l'Ordre des infirmiers de l'IDEC et l'inscription à l'Ordre du médecin coordonnateur.	Article L4311-3 du CSP	1.2.2.12. / 1.2.2.15. - Ecart n° 6 : L'établissement n'a pas transmis l'inscription à l'Ordre des infirmiers de l'IDEC. Remarque n°5 : L'inscription à l'Ordre des médecins n'a pas été transmise.	L'inscription à l'Ordre du MedCo a été transmise mais pas celle de l'IDEC.	Prescription maintenue Délai : dès réception du document pour l'inscription à l'Ordre pour l'IDEC.

7	Mettre toutes les mesures en place pour tendre vers un temps de présence du médecin coordonnateur conforme à la réglementation.	Article D.312-156 du CASF	1.2.2.14. - Ecart n°7 : Le temps de présence du médecin coordonnateur n'est pas conforme à la réglementation.	L'établissement a transmis une réponse détaillant que même si la capacité autorisée de l'EHPAD est de 105 places, le taux d'occupation de l'EHPAD fait qu'il est en-dessous de 100 ce qui nécessite 0,6 ETP de temps de présence du médecin coordonnateur. La mission souhaite rappeler que l'article D.312-156 du CASF, prend en compte la capacité autorisée et non le taux d'occupation. De ce fait, elle indique que pour lever l'écart, il convient de revoir le contrat du MedCo pour y indiquer un temps de présence correspondant à 0,8 ETP ou toute autre mesure permettant d'assurer un temps de présence conforme à la réglementation.	Prescription maintenue Délai : 3 mois
8	Procéder à la vérification du quorum pour chaque séance du CVS, le préciser dans le compte-rendu et présenter de façon régulière les dysfonctionnements et événements indésirables.	Articles R.331-10 & D.311-17 du CASF	1.3.3.1. - Ecart n°8 : Lors des séances il n'est pas procédé à la vérification du quorum. 1.3.3.2. - Ecart n°9 : Le CVS n'est pas avisé des dysfonctionnements et événements indésirables.	L'établissement a transmis trois compte-rendu pour les CVS de 2024. Le quorum n'y est pas indiqué et dans aucun des compte-rendu transmis n'est présenté un bilan des EI et EIG.	Prescription maintenue Vérifier le quorum et présenter un bilan des EI/EIG. Délai : au prochain CVS
9	Réaliser une évaluation externe et la transmettre aux autorités et mettre en place un plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ).	Articles L.312-8, D.312-200, D.312-204 et D.312-203 du CASF	1.4.1.7. - Ecart n°10 : L'établissement ne fait pas mention d'actions d'amélioration continue de la qualité. 1.4.2.1. - Ecart n°11 : L'établissement ne procède pas de façon régulière à des évaluations externes.	L'établissement a transmis un PACQ, ainsi que le rapport de l'évaluation externe (juillet 2024)	Prescription retrisée
10	Mettre en place une politique de la bientraitance et de repérage de la maltraitance, et y inclure les procédures relatives aux situations de violences, de harcèlements sexuels ou d'agressions.	Article L.311-3 1° du CASF.	1.4.3.1. - Ecart n°12 : L'établissement ne met pas en œuvre une politique de la bientraitance et de repérage de la maltraitance. 1.4.3.2. / 1.4.3.3. - Remarque n°6 : L'établissement n'a pas rédigé de procédures relatives aux situations de	L'établissement a rédigé et transmis un protocole de prévention et de gestion des risques de maltraitance et de violence, une charte de bientraitance et une procédure de signalement et de traitement des actes de violence, discrimination, harcèlement sexuel ou moral et agissements sexistes.	Prescription maintenue pour la modification de la procédure (ajout du signalement au Procureur de la République).

			violences, de harcèlements sexuels ou d'agressions.	Il a également été transmis une feuille d'émargement pour une formation d'une journée de huit salariés sur la culture et la dynamique de bientraitance. La procédure de signalement ne mentionne pas de manière claire l'obligation de signalement au Procureur de la République en cas de suspicion ou de faits avérés.	Délai : 15 jours
11	Mettre en place une politique de gestion des EI/EIG par : - La rédaction et la transmission à la mission d'une procédure de déclaration et de gestion des EI et EIG, - La mise en place d'un suivi et d'un bilan des EI/EIG dans le cadre d'une démarche continue d'amélioration de la qualité, L'établissement de façon systématique d'une analyse et des retours d'expérience des EI/EIG.	Article L331-8-1 et 9 du CASF	1.5.1.3. - Ecart n°13 : L'établissement ne dispose pas d'une procédure de déclaration des EI/EIG. Ecart n° 14 : L'établissement n'a pas déclaré les événements indésirables graves transmis concernant le problème de pharmacovigilance ainsi que la présence de légionnelles dans l'établissement. 1.5.1.5. / 1.5.1.6. : Remarque n° 7 : L'établissement n'a pas mis en place un suivi et un bilan des EI/EIG dans le cadre d'une démarche continue d'amélioration de la qualité. Remarque n°8 : L'établissement n'a pas mis en place l'analyse des EI/EIG et la formalisation des retours d'expérience.	L'établissement a transmis une procédure de déclaration et de gestion des événements indésirables (EI). Ce protocole mentionne bien les EIG associés au soins (EIGS) mais ne donne pas de définition des événements indésirables graves (EIG). L'établissement n'a pas fourni de bilan des EI et EIG survenus en 2024 ni des RETEX et actions correctrices réalisés à leur suite.	Prescription maintenue Délai : 1 mois
12	Mettre en place une politique de stabilisation et de fidélisation de l'équipe conformément au second objectif du CPOM et dans ce cadre revoir la gestion de remplacement des professionnels afin de réduire le recours aux CDD de courte durée.	Article L.311-3 1° et 3° du CASF.	2.1.1.1. - Ecart n°15 : Contrairement aux engagements pris en 2019 lors de la signature du CPOM, la fidélisation des personnels et la stabilisation de l'équipe n'est pas effective, ce qui fragilise la prise en charge des résidents et contrevient à l'article L.311-3 1° du CASF. Ecart n°16 : L'établissement recourt massivement aux CDD de courte	Une procédure de gestion des remplacements a été fournie et le nombre de CDD 2023, 2024, 2025. Ces chiffres montrent une baisse du recours aux CDD entre 2023 et 2024. L'établissement a également indiqué qu'un poste vacant d'IDE est en cours de recrutement.	Dans l'attente d'envoi des documents, la prescription est maintenue . Délai : 6 mois

			durée, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.311-3 3° du CASF.		La mission prend note des éléments transmis et demande à l'établissement de lui envoyer tout document lui permettant de vérifier les actions mises en place par l'EHPAD.	
13	Rédiger et mettre en place un protocole complet d'élaboration de PAI assurant la participation active du résident.	Article L311-3, 3° et 7° du CASF	3.1.3.3. - Ecart n° 18 : L'établissement ne dispose pas d'un protocole complet en matière d'élaboration du PAI.		L'établissement a transmis un protocole adressé aux professionnels de l'EHPAD pour la rédaction des PAI des résidents.	Prescription retirée
14	Revoir la procédure de délégation d'administration des médicaments pour définir les compétences respectives des IDE et AS.	Articles R4311-4 et 5 du CSP	3.8.2.22. - Ecart n°19 : La procédure du médicament ne précise pas les modalités de la collaboration entre l'AS et l'IDE, les cas de délégation d'administration et d'aide à la prise ainsi que le rôle propre de l'IDE et les traitements dont la prise ne peut pas être déléguée.		La procédure transmise ne précise pas que les AS de jour ne peuvent participer à la distribution et l'aide à la prise sans formation et validation d'une IDE pour les médicaments autres que ceux de la vie courante. En complément, la mission demande l'envoi de la liste des AS habilitées par l'IDE après formation.	Prescription maintenue Délai : 1 mois.

	Recommandations envisagées	Réf. rapport	Réponse de l'établissement au contradictoire	Décision
1	Ajouter au plan bleu la procédure de révision et d'intégration des RETEX.	1.2.1.6. - Remarque n°2 : Le plan bleu ne précise pas les modalités de mise à jour, ni celles d'intégration des RETEX.	Le plan bleu transmis ne mentionne les RETEX qu'à la suite des exercices, aucun RETEX n'est mentionné après une gestion de crise réelle. Le plan transmis ne comprend pas non plus de procédure de révision du plan.	Recommandation maintenue
2	Faire figurer tous les noms des personnels en poste sur l'organigramme.	1.2.2.1. - Remarque n°3 : L'organigramme de l'établissement ne contient pas tous les noms des personnels en poste.	Le nouvel organigramme n'a pas été transmis.	Recommandation maintenue

3	Formaliser une procédure permettant l'organisation du système d'astreinte administrative dans l'établissement.	1.2.2.8. - Remarque n° 4 : L'établissement ne dispose pas d'organisation relative aux astreintes administratives.	La procédure d'organisation du système d'astreinte n'a pas été transmis.	Recommandation maintenue
4	Proposer des formations dans le plan de développement des compétences en lien avec une politique de la bientraitance et de repérage de la maltraitance.	2.1.2.1. - Remarque n° 9 : Le plan de développement des compétences de l'établissement ne propose pas l'ensemble des formations qui assurent une qualité de la prise en charge des résidents : bientraitance, repérage de la maltraitance, sensibilisation à la dénutrition, troubles du comportement et troubles sensoriels.	L'établissement n'a pas transmis de plan de développement des compétences comportant des formations en lien avec la bientraitance et de repérage de la maltraitance.	Recommandation maintenue
5	Rédiger un protocole d'accueil du nouveau salarié au sein de l'équipe et de l'établissement.	2.1.2.5. - Remarque n° 10 : Le protocole d'accueil est un descriptif du processus de recrutement et ne vise pas à l'accueil du nouveau salarié au sein de l'équipe et de l'établissement.	L'établissement a transmis un protocole d'accueil du nouveau salarié. Celui-ci ne précise pas comment sont accompagnés les nouveaux membres de l'équipe soignante, par qui et sur quelle durée.	Recommandation maintenue
6	Mettre en place un groupe de parole ou d'analyse des pratiques pour les professionnels.	2.1.2.5. - Remarque n° 11 : L'établissement ne propose pas aux salariés un groupe de parole ou un groupe d'analyse de pratiques.	L'établissement a transmis les feuilles d'émargement d'un groupe de réflexion avec les salariés mené par la psychologue.	Recommandation retirée
7	Revoir les outils de gestion des plannings afin d'en clarifier le fonctionnement, corriger les erreurs et mettre en place une organisation qui permet au moins la participation d'un aide-soignant aux transmissions du matin et du soir.	2.1.4.5. - Remarque n° 12 : L'organisation horaire entre l'équipe de jour et l'équipe de nuit ne permet qu'à une infirmière de participer aux transmissions orales ce qui fragilise l'organisation des soins en l'absence de celle-ci. Remarque n° 13 : L'organisation des plannings horaires manque de précisions et de cohérence. Remarque n° 14 : Les plannings types contiennent quelques erreurs dans le découpage horaire.	L'établissement a fourni des fiches de tâches horaires modifiées pour les IDE et les AS. Celles-ci prévoient toujours que les transmissions du matin sont assurées par une seule IDE et pas d'AS de l'équipe de jour. Cela ne permet pas de garantir des transmissions orales entre les équipes de jour et de nuit en cas d'absence ou de retard de l'IDE commençant à 7h30. L'établissement n'a pas transmis d'éléments sur la gestion des plannings.	Recommandation maintenue
8	Rédiger une fiche spécifique pour les AES et une autre pour les ASH et préciser dans les fiches de tâches.	2.1.4.2. - Remarque n° 15 : L'établissement n'a pas rédigé de	L'établissement a fourni une fiche de tâches horaires pour les AES (ex. AMP) mais pas pour les ASH.	Dans l'attente de la fiche de tâche horaire pour les ASH et de la modification la fiche « Equipe

	heures qui est chargé d'assurer la distribution des médicaments la nuit.	fiche de tâches heurées pour les AES (ex. AMP) et les ASH. 2.1.4.10. - Remarque n°16 : Il n'est pas précisé dans les fiches de tâches heurées du personnel de nuit qui assure la distribution des médicaments.	Cette fiche de tâche heurée ne précise toujours pas qui assure la distribution des médicaments de nuit.	de nuit » pour préciser que seules les AES habilitées sont autorisées à procéder à la distribution des médicaments la nuit, la recommandation est maintenue
9	Assurer la sensibilisation et la formation des intervenants dans la structure à l'utilisation du logiciel de soin de l'établissement.	3.1.4.5. - Remarque n° 17 : Tous les professionnels médicaux intervenant dans la structure n'utilisent pas le logiciel de soins de l'établissement.	L'établissement n'a pas transmis de document sur ce point.	Recommandation maintenue
10	S'assurer que chaque résident soit suivi par un médecin traitant.	3.1.4.5. - Remarque n°18 : Au jour du contrôle, neuf résidents n'ont pas de médecin traitant.	L'établissement n'a pas transmis de document sur ce point.	Recommandation maintenue
11	Approuver et signer la procédure sur les contentions.	3.2.3.1. - Remarque n° 19 : La procédure transmise n'est pas signée et approuvée par l'établissement.	La procédure fournie ne comporte pas de signatures	Recommandation maintenue
12	Mettre à jour la convention et la transmettre signée par le producteur et le collecteur à l'ARS.	DASRI - Remarque n°20 : La convention n'est pas signée par le collecteur. Seul l'incinération est cochée comme traitement des DASRI alors que qu'un site de banalisation est indiqué comme exutoire secondaire.	L'établissement n'a pas transmis la nouvelle convention DASRI modifiée.	Recommandation maintenue
13	Signer systématiquement les bordereaux lors de la collecte des DASRI. Transmettre les bordereaux des 3 derniers mois à l'ARS.	DASRI - Remarque n°21 : Les bordereaux ne sont pas systématiquement signés par le producteur.	L'établissement n'a pas fourni les bordereaux.	Recommandation maintenue
14	Vérifier que l'ensemble des mesures préventives telles que le nettoyage des mousses et des pommeaux de douches sont réalisées et transmettre la fiche de suivi.	Légionnelles - Remarque n°22 : La direction ne s'est pas assurée que l'ensemble des mesures préventives relatives à la désinfection des éléments de robinetterie (mousseurs et pommeaux de douche) sont réalisées régulièrement.	L'établissement n'a pas fourni la fiche de suivi.	Recommandation maintenue
15	Vérifier que la température de l'eau, délivrée aux points de puisage des pièces destinées à la toilette, soit inférieure à 50°C et s'assurer que des systèmes de protection contre le risque	Légionnelles - Remarque n°23 : La direction doit s'assurer la température maximale de l'eau chaude sanitaire est à 50 °C aux points de	L'établissement n'a pas fourni le document demandé.	Recommandation maintenue

	de brûlure soient mis en place (bague de blocage sur mitigeur ou robinet thermostatique) au niveau de chaque point de puisage ; le cas échéant, mettre en place ces systèmes sans délai. Transmettre un document synthétique listant les écarts et les mesures correctives mises en place.	puisage dans les pièces destinées à la toilette.		
--	---	--	--	--

