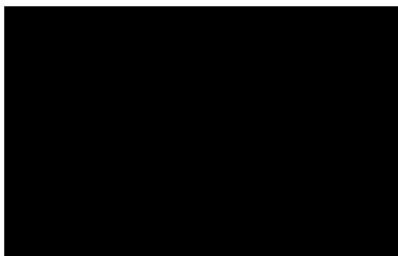


COPIE



LE DÉPARTEMENT

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes
La direction générale



Réf.: 2022-PRIEC-26

Le Département de la Drôme

Directrice Régionale Collisée
SGMR
12 Rue Gustave Eiffel
21200 BEAUNE

21 AVR. 2022

Lyon, le

Objet : Notification de décision définitive suite à inspection par les services de l'Agence Régionale de Santé et du Conseil Départemental de la Drôme

Annexe : Tableau d'analyse des réponses à la procédure contradictoire et mesures correctives attendues

LRAR 1A 174 599 17888

Copie : M. le directeur de l'EHPAD LES HIRONDELLES DE GALAURE - CHATEAUNEUF DE GALAURE
AR1A 174 585 18008

Madame la Directrice régionale,

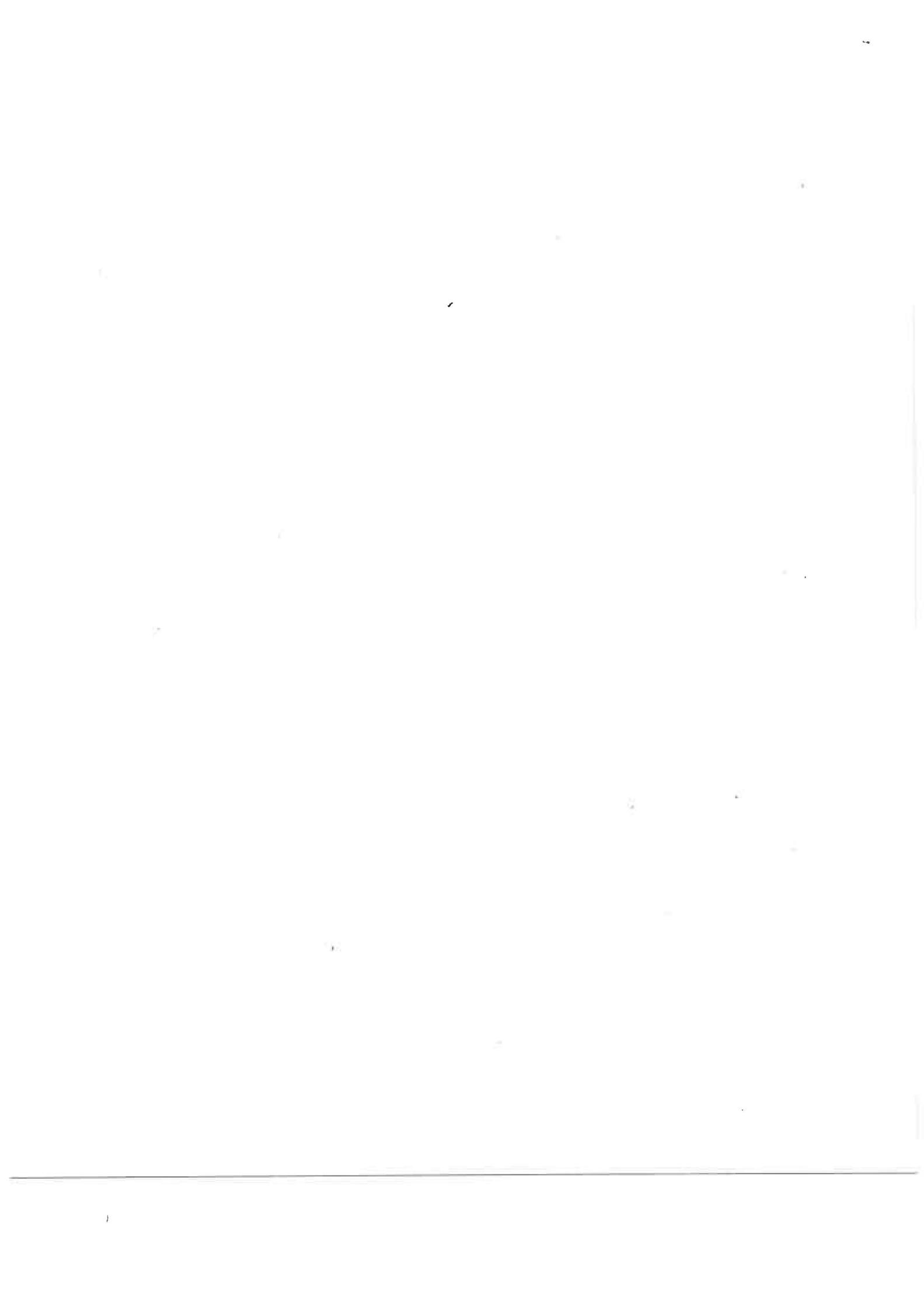
Une inspection diligentée à notre initiative au titre des articles L313-13 et suivants du code de l'action sociale et des familles et L6116-1 du code de la santé publique s'est déroulée à l'EHPAD Les Hirondelles de Galaure à Chateauneuf de Galaure le mardi 22 Février 2022.

Nous vous avons fait parvenir par courrier du 10 mars 2022 le rapport établi par la mission et avons demandé les mesures correctives que vous envisagiez de mettre en œuvre afin de remédier aux non conformités et manquements constatés, en précisant les délais prévus pour la mise en œuvre de ces mesures.

Vous nous avez transmis votre réponse en retour par courrier du 21 mars 2022.

Cette réponse est partiellement satisfaisante car certains constats effectués par la Mission inspection sont peu voire pas abordés.

Aussi, au terme de cette procédure et après examen approfondi de votre réponse, nous avons l'honneur de vous notifier notre décision définitive, identifiant les mesures correctives attendues.



Vous veillerez à mettre en œuvre l'ensemble de ces actions permettant de répondre aux écarts et remarques établis dans le rapport et vous attacherez en particulier à :

- Diffuser auprès de l'ensemble des personnels les protocoles mis à jour, afin d'assurer leur bonne information et garantir la diffusion et l'appropriation de l'ensemble des protocoles et consignes en vigueur.
- Organiser des réunions avec l'ensemble des professionnels, régulières et structurées. Il s'agit de permettre des temps de transmission suffisants, de soutenir les équipes pour optimiser la qualité de la prise en charge des résidents et de leur permettre notamment de travailler sur les protocoles et permettre une analyse réflexive des pratiques professionnelles au sein de l'établissement.
- Travailler concomitamment et dans les meilleurs délais à la rédaction du projet d'établissement et du projet de soins, ainsi qu'à la nouvelle organisation de l'unité protégée, en associant vos équipes. Ces travaux devront faire l'objet d'une programmation précise et d'un échéancier.

En outre, nous vous invitons vivement à présenter les conclusions de ce rapport ainsi que les mesures au prochain conseil de la vie sociale de l'établissement.

Le suivi de la mise en œuvre des mesures correctives sera effectué par la Délégation départementale de l'ARS et les services du Conseil départemental de la Drôme.

Vous veillerez à leur transmettre d'ici six mois l'ensemble des éléments probants attestant de la mise en œuvre des actions correctives engagées.

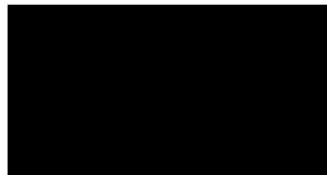
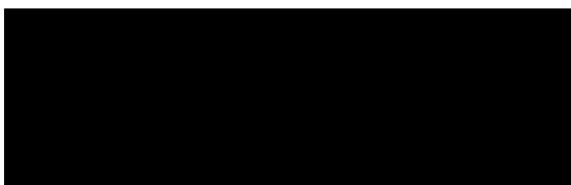
La présente décision est susceptible de recours devant le tribunal administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa réception. Cette saisine du tribunal administratif peut se faire par la voie de l'application « Télerecours citoyen » sur le site www.telerecours.fr

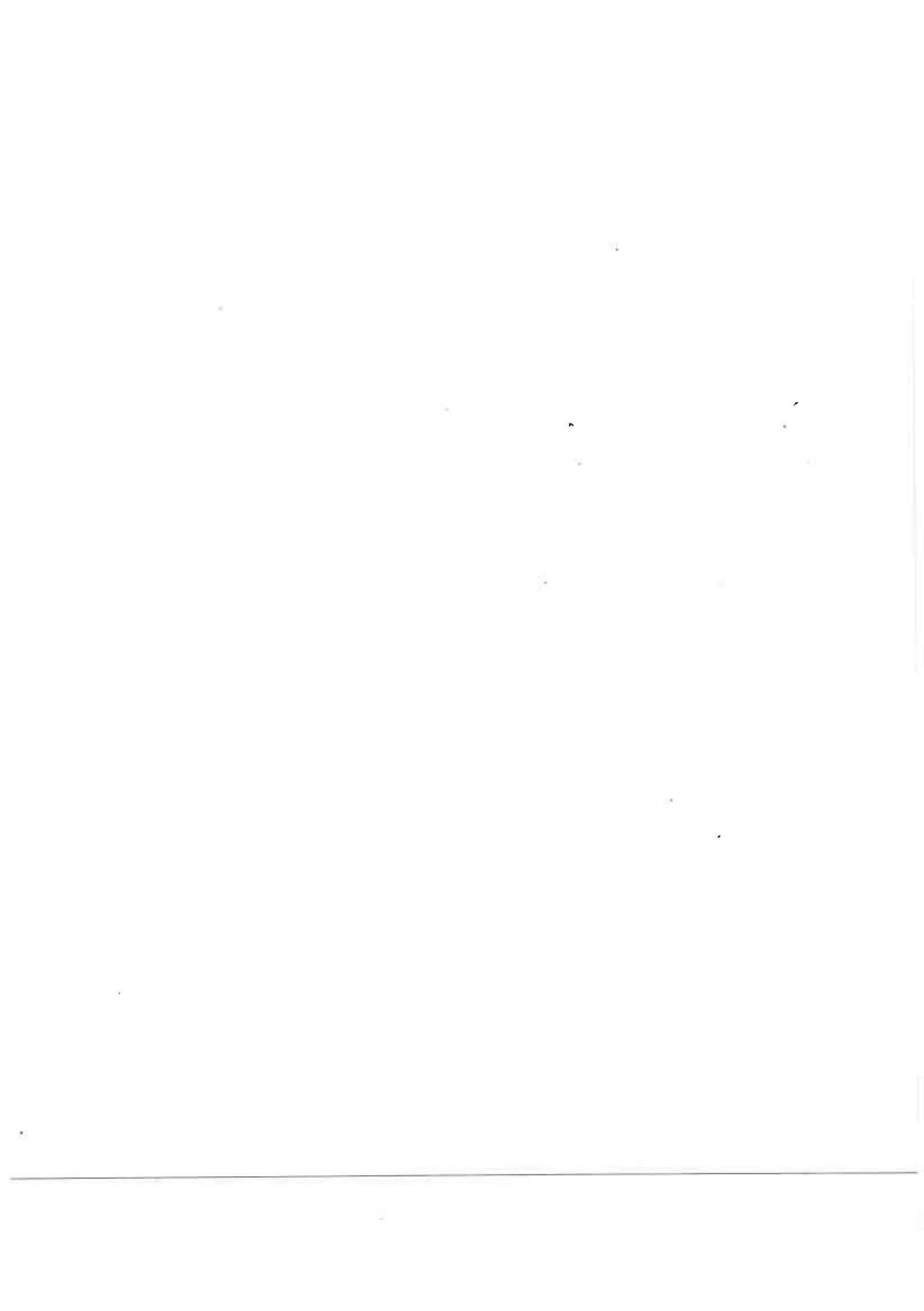
Nous vous rappelons en outre que cette décision accompagnée du rapport d'inspection fait partie des documents administratifs communicables aux tiers au sens des articles L311-1 et L300-2 du code des relations entre le public et l'administration.

Nous vous prions d'agréer, Madame la Directrice régionale, l'expression de notre considération distinguée:

Le Directeur Général

Pour la Présidente





CONSTATS : Écarts/Rémerques	ÉLÉMENTS DE REPONSE DE L'EHPAD Documents transmis	ANALYSE DE LA REPONSE CONCLUSION • MESURES CORRECTIVES ATTRINDES	
ECARTS			
Écart n°1 : le projet d'établissement n'est pas à jour, ce qui n'est pas conforme à la réglementation en vigueur (art. L.311-3 et art. D.316-1-76.5 CASF)	"Notre projet d'établissement n'a pas été mis à jour en 2021. Il avait été pris en le 2022. Formaliser un nouveau projet d'établissement avec la date d'ouverture Impactus et l'absence d'IFEC, avec la crise COVID où notre établissement a été fortement impacté et la présence d'IFEC, difficile à faire. Avec le recul de l'établissement par le groupe Cetisacé difficile 2022, nous allons finaliser le nouveau projet d'établissement d'ici juillet 2022 en marche projets mercant les professionnels, les résidents et les familles."	Il est pris acte de l'engagement de l'établissement à travailler au nouveau projet d'établissement avec les professionnels, les résidents et les familles d'ici juin 2022. Mesure corrective attendue : - élaborer un nouveau projet d'établissement - Consulter le Conseil de la vie sociale avant adoption	
Écart n°2 : le directeur ne dispose pas de DUD, ce qui n'est pas conforme à la réglementation en vigueur (art. L.311-3 et art. D.316-1-76.5 CASF)	"Le Directeur dépose d'une délégation de pouvoir contractuelle le 01/02/2017 (document envoyé en Pj)"	Il est pris acte de la réponse de l'établissement n'apporte aucune réponse concrète quant au travail à mener concernant les projets d'accueil personnalisés (PAP) des résidents.	
Écart n°3 : Un plan d'accueil et d'accompagnement tel que prévu à l'art. L.311-3 ° du CASF n'est actuellement pas effectif pour l'ensemble des résidents.	"La réactualisation et la formalisation des PAP va être réalisée"	La réponse de l'établissement n'apporte aucune réponse concrète quant au travail à mener concernant les projets d'accueil personnalisés (PAP) des résidents.	
Écart n°4 : Le médecin coordonnateur n'a pas réalisé un projet général de soins et n'intervient pas régulièrement en tant qu'ensemble des soins, ce qui n'est pas conforme à la réglementation (annexe art. D.312-1-90.1 CASF)	"Le projet général de soins est maintenu dans le projet d'établissement. Le MEDC va rebrouiller sa mise en œuvre effective"	Il est pris acte de la réponse de l'établissement. Toutefois, le projet général de soins doit être élaboré en lien avec le prochain projet d'établissement.	
REMARQUES			
Rémarque n°1 : "l'établissement est actuellement en sous occupation par rapport à la capacité autorisée."	"Celle sous-occupation est due à un accroissement des décès et une forte activité restreinte au moment de l'inspection.. A ce jour, le taux d'occupations est à moins 1%"	La Mission prend acte de la réponse apportée par l'établissement.	
Rémarque n°2 : "Liste des résidents transmise par l'établissement ne permet pas de distinguer les résidents en HP et les résidents en HT au jour de l'inspection."	"La liste des résidents faite le jour de l'inspection sur le logiciel [REDACTED] ne spécifie pas respecter la répartition des publics fixée par l'autorisation du 26 mai 2020. Les 6 places d'HT doivent répondre à un véritable projet de prise en charge à même de répondre aux besoins des populations du secteur et offrir aux familles l'offre de soin attendue."	Il y a 2 résidents en HT sur la liste transmise (soit 6 autorisées) Mesure corrective attendue : - respecter la répartition des publics fixée par l'autorisation du 26 mai 2020. - Mettre en place des temps en pluridisciplinarité pour faire des réévaluations des contentions physiques pour chaque résident	
Rémarque n°3 : "les contentions ne sont pas toutes relevées ce qui constitue un risque de mauvaise prise en charge des résidents."	"Réactualisation des protocoles pour assurer une réévaluation suffisante au regard du cadre réglementaire"	L'établissement ne répond pas à la question de la réévaluation des contentions mises en place pour chaque résident.	
Rémarque n°4 : "l'absence de 2 protocoles concernant la mise en place d'une contention et sans source de contamination, et ne permet pas de garantir une pratique partagée et homogène de la part des personnes avec les bons outils à disposition d'autant que l'un d'eux n'est pas validé par l'EHPAD et date de 2008."	"Mise à jour du protocole et réfection pluridisciplinaire"	L'établissement ne transmet pas d'ément protobant quant à la réalisation d'un protocole unique sur la mise en place des contentions physiques, voire concernant leur programmation.	
Rémarque n°5 : "l'absence d'un dispositif de recueil, de traitement et d'analyse des événements indésirables opérationnel, l'établissement n'est pas en conformité avec les bonnes pratiques formulées par l'IAS qui recommande à formuler avec les professionnels les outils les plus pertinents pour le travail et le suivi des événements indésirables à l'ANESM, « Mise en place d'un dispositif de suivi et d'analyse des événements indésirables opérationnelle et former les professionnels à l'analyse des événements indésirables opérationnels. Mises en place d'un groupe de travail sur ce sujet. Les EIG ont toujours été transmis aux autorités de tutelle".	"La procédure existe mais sur l'absence de dispositif de recueil et de traitement des EIG au sein de l'EHPAD."	Mesure corrective attendue : - Formaliser une procédure de traitement et d'analyse des événements indésirables opérationnels et former les professionnels à l'analyse des événements indésirables opérationnels.	
Décembre 2011			

CONSTATS : Ecarts/Rémarques		ELEMENTS DE RÉPONSE DE L'EHPAD
		CONCLUSION - MESURES CORRECTIVES ATTENDUES
Rémarque n°8 : L'absence de dispositif opérationnel de recueil et d'enregistrement des réclamations et des difficultés des usagers est préjudiciable en termes de cohérence de prise en charge des résidents, en lien avec leurs familles.	Rémarque n°8 : Un état substantiel existe entre les effectifs indiqués au CPOH et à l'EHPAD et les effectifs constatés le jour de l'inspection.	"Nous disposons au sein du groupe Colas d'un dispositif de recueil et d'enregistrement des déclencheurs. Envoyé en PU."
Rémarque n°9 : La continuité de Direction n'est pas toujours assurée, aucun des cadres pouvant être apparié à d'anciennes autorités en charge ou au contraire. Cela n'est pas conforme aux bonnes pratiques et peut être génératrice de stress et d'insécurité pour les professionnels en question, le principe de rotation des autorités n'est pas formalisé.	Rémarque n°9 : Il existe dans le classeur du nuit, il n'existe pas de consignes formalisées fixant la conditions de rapprochement des personnes et les conditions à tenir, ce qui constitue un risque pour les personnes et pour la bonne prise en charge des résidents.	"Nous commençons sur le courrier réponse"
Rémarque n°10 : Les informations des aides spécifiques de l'accompagnement au soins de nursing des résidents figurent listées sur les fiches de résides, ce qui ne permet pas d'assurer une mise à jour régulière et fait échouer avec les plans de soins de nursing. Cela entraîne un manque de sécurisation des prises en charge en lien avec les besoins des résidents.	Rémarque n°10 : Les temps de transmission entièrement à pied ne sont pas suffisants pour sécuriser la continuité de prise en charge des résidents.	"En cours d'étude"
Rémarque n°11 : Le temps de transmission entièrement à pied ne sont pas suffisants pour sécuriser la continuité de prise en charge des résidents.	Rémarque n°11 : Recalculisation des fiches de résides - envoyé en PU"	"Recalculisation des fiches de résides - envoyé en PU"
Rémarque n°12 : La procédure d'urgence pour la journée n'est formalisée, ce qui est préjudiciable pour les personnes en poste.	Rémarque n°12 : La procédure d'urgence pour la journée n'est formalisée.	"Réactualisation des plans de soins de manière régulière ou lors de changements immédiats afin d'avoir des outils d'accompagnement des soins du nursing opérant, au plus juste de chaque situation et utilisés par les soignants."
Rémarque n°13 : Le plan de formation 2021 transmis à la Mission ne laisse pas apparaître d'action de formation sur l'accompagnement spécifique des personnes vulnérables, ni d'actualisation de la formation FGSS.	"En 2021, il y a eu deux actions de formation dédiée l'accompagnement des personnes vulnérables: Formation de 10 jours pour une salariée en tant que référente humanitaire Formation de 4 IDE et 1 AS concernant la collecte évaluative"	"En plus des temps de transmissions journaliers effectifs et celles quotidiennes en journée entre IDE et AS, nous allons réduire (en augmentant depuis 12/2021) ces périodes COVID et GEAI les réunions hebdomadaires avec IDE et nos adjoints (2 heures) et les IDE (1 mois avec MEDEC et IDEC)"
Rémarque n°14 : Il n'existe pas de temps d'échange organisé (sans temps de transmission) entre les professionnels sur leurs pratiques avec personnes vulnérables, ni d'actualisation de la formation FGSS.	"Réactivation (en suspend depuis 12/2021 car épizootie COVID et GEAI) des réunions hebdomadaires avec IDEC et les adjoints (2 heures) et les IDE (mois avec MEDEC et IDEC). Ces réunions formelles et régulières permettent d'aborder les pratiques, les préjudices, etc."	"En 2021, il y a eu deux actions de formation dédiée l'accompagnement des personnes vulnérables: Formation de 10 jours pour une salariée en tant que référente humanitaire Formation de 4 IDE et 1 AS concernant la collecte évaluative"
		<p>ANALYSE DE LA RÉPONSE</p> <p>La procédure transmet une procédure du groupe COLAS en dates de rédaction et de validation soit antérieures au rachat par le Groupe COUSEE, l'EHPAD LES HIRONDELLES DE LA GALAURE ne s'est donc pas approprié cette procédure et ne peut donc pas la faire vivre en son sein.</p> <p>MESURE CORRECTIVE ATTENDUE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formaliser une procédure de traitement et d'analyse des réclamations opérationnelle et veiller à la formation du personnel quant à l'utilisation de la procédure. <p>Lors des entretiens, il est apparu que la continuité lors des astreintes de l'équipe de direction se faisait de manière empirique et qu'il n'était pas nécessaire de faire référence à l'échéance à venir.</p> <p>L'établissement n'a rapporté pas de précision dans sa réponse sur la continuité de direction le dimanche.</p> <p>MESURE CORRECTIVE ATTENDUE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informer les personnels concernés sur la conduite à tenir en période d'astreinte - Transmettre le protocole "Gestion des situations de crise" (non transmis en pièce jointe) - L'établissement ne répond pas à la question. <p>MESURE CORRECTIVE ATTENDUE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fournir à la DDCS et au CPOH des éléments de réponse quant à l'état observé par la Mission entre les effectifs indiqués au CPOH et à l'EHPAD 2020 et les effectifs constatés le jour de l'inspection. <p>La mission prend acte de la réponse de l'établissement mais ce dernier doit s'assurer de la bonne information du personnel.</p> <p>MESURE CORRECTIVE ATTENDUE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'établissement a transmis des fiches de tâches modifiées ne faisant plus apparaître les accompagnements en pluridisciplinaires avec une friction à utiliser ces supports par les soignants pour être au plus près des besoins identifiés en nursing des résidents. <p>MESURE CORRECTIVE ATTENDUE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assurer la recalculisation des plans de soins de manière régulière ou lors de changements immédiats afin d'avoir des outils d'accompagnement des soins du nursing opérant, au plus juste de chaque situation et utilisés par les soignants. <p>La mission prend acte de la réponse de l'établissement sur ce point.</p> <p>MESURE CORRECTIVE ATTENDUE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La procédure d'urgence débute en mars 2022 et transmise à la mission permet de décliner la conduite à tenir pour les soignants face à l'urgence et l'absence de médecin dans la structure. - <p>La réponse de la direction n'est pas satisfaisante. La formation "Collecte évaluative" ne concerne pas l'accompagnement individuel des personnes vulnérables.</p> <p>MESURE CORRECTIVE ATTENDUE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faire en sorte que le plan de formation soit plus particulièrement axé sur l'accompagnement spécifique des personnes vulnérables, mette à jour la formation FGSS pour les professionnels <p>Ces réunions hebdomadaires avec l'IDEC ne constituent pas de véritables temps d'analyse de la pratique.</p> <p>MESURE CORRECTIVE ATTENDUE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place pour les professionnels un véritable temps d'analyse de la pratique animé par un psychologue extérieur à l'EHPAD

CONSTAT : Faits/Remarques	ELEMENTS DE REPONSES DE L'EHPAD	ANALYSE DE LA REPONSE CONCLUSION - MESURES CORRECTIVES ATTENDUES	
Remarque n°15 Les résidents sont stériles dans les couloirs de circulation, ce qui représente un risque de chute important pour les résidents.	Documents transmis	<p>La réponse de la direction n'est pas satisfaisante: les lèvres-mâles n'étant pas stockées dans des locaux spécifiques, leur stockage actuel est source possible de chute des résidents ou des professionnels.</p> <p>Mesures correctives attendues :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stocker les lèvres-mâles dans un local spécifique 	
Remarque n°16 Le ménage de l'UVP est effectué quotidiennement par les AS au moins, ce qui prend un temps considérable sur la prise en charge des résidents. Cela est donc préjudiciable à la bonne prise en charge des résidents.		<p>"Une réflexion sera menée dans les procédures jour à jour afin d'améliorer l'intervention d'un agent de service hôtelier. Ce travail sera également l'occasion d'identifier les axes d'amélioration sur la répartition des tâches au sein de l'unité. Nous savons que la mesure de mettre en place la nouvelle organisation au plus tard fin mars."</p>	<p>La réponse de l'établissement n'apporte aucune réponse concrète concernant le constat effectué par la Mission au sujet de l'UVP.</p> <p>Measures correctives attendues :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Révoir l'organisation du fonctionnement de l'UVP afin de garantir une disponibilité optimale du personnel envers les résidents - Transmettre le plan concernant l'UVP au www.122.fr
Remarque n°17 Les frigos ne sont pas tous nettoyés correctement.		<p>"L'entretien des frigos est stagiaire dans les fiches de risques IDE et ASH + envoyé en PJ"</p>	<p>La Mission prend acte de la réponse apportée par l'établissement.</p>
Remarque n°18 Aucun professionnel n'a répondu au 2ème appel-mâle effectué par la mission.		<p>"Informations transmises aux professionnels et tests incopinés réalisés toutes les semaines"</p>	<p>Cf. remarque 16, même mesure corrective</p>
Remarque n°19 L'absence d'ASR pour l'UVP est préjudiciable à la qualité de l'accès au personnel des personnes accueillies au sein de cette unité et crée un véritable对立 entre aidés-soignants selon leurs unités d'affectation.		<p>"Voici commentaires sur le courrier reçus"</p>	<p>L'établissement assure que des codes aide au repas et/ou surveillance alimentaire apparaissent sur les plans de soins et permettent d'identifier les besoins des résidents en la matière.</p> <p>Les besoins spécifiques de l'aide au repas et les modalités de surveillance alimentaire ne sont pas formalisés sur tous les plans de soins pour chaque résident, ce qui permettrait d'avoir des connaissances écrites pour mieux sécuriser ces pratiques.</p> <p>Nouvelle correction attendue:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assurer une traçabilité écrite dans les plans de soins des besoins d'aide au repas et/ou surveillance alimentaire sont présentés dans l'ordre "repas" - Assurer une traçabilité écrite dans les plans de soins des besoins d'aide au repas et/ou surveillance alimentaire sont présentés dans l'ordre "soins"
Remarque n°20 L'aide aux repas et la surveillance alimentaire ne sont pas prises dans les plans de soins, ce qui peut constituer un risque pour la bonne prise en charge en charge d'un résident en cas d'arrivée d'un nouveau résident qui en ont besoin.		<p>"Les codes aide aux repas et/ou surveillance alimentaire sont pris dans les plans de soins"</p>	<p>La mission prend note de la réponse de l'établissement concernant le prochain déploiement de [redacté].</p> <p>Mesures correctives attendues:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prioriser le dossier informatisé centralisant les données de chaque résident - Communiquer le calendrier de déploiement sur 2022, les équipements alloués et les formations du personnel
Remarque n°21 L'absence des différents supports pour accompagner les soins et suivre les besoins des résidents (plans de soins, planning de douche, repas...) des résidents par collectif, fiche synthèse soignants, inscription dans les fiches de tâches des ASD (nées, naissance et ades, notamment),...), représente un risque de confusion et de dispersion, gênant la mise à jour régulière, ce qui ne garantit pas la bonne efficacité pour les soignants des accompagnements en nursing et soins des résidents ainsi qu'en transibilité.		<p>"Voici commentaires sur le courrier responses"</p>	<p>La mission prend note de la réponse de l'établissement sous réserve de vérifier à proposer systématiquement les solutions à cheval résident en tractant la proposition et la distribution dans le plan de soins.</p> <p>Mesures correctives attendues:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place un système de suivi des patients et de leur évolution - Formellement l'actualisation des protocoles de soins en définissant une programmation et se mise en œuvre
Remarque n°22 L'organisation actuelle ne permet pas d'avoir un infirmier nocturne infirmier à 18h (recanancement HES entre 18h et 21h) et 18h30. Une collation est servie le soir vers 21h. La partie déjeuner sur l'heure entre 7h45 et 9h30. Ces horaires permettent de ne pas dépasser "12h" avant 2007		<p>"Incrire des infirmiers et à faire au 18h30. Une collation est servie le soir vers 21h. La partie déjeuner sur l'heure entre 7h45 et 9h30. Ces horaires permettent de ne pas dépasser "12h"</p>	<p>L'établissement évoque dans le courrier la réactualisation des différents protocoles mais ne transmet ni les modalités ni la programmation de ce travail.</p>
		<p>"Voici commentaires sur le courrier responses"</p>	

EHPAD LES HIRONDELLES DE LA GALAURE - 26330 CHATEAUNEUF DE GALAURE - Inspection ARS/ICD de la Drôme du 22/02/2022

CONSTATS : Ecarts/Rémerques	ELEMENTS DE REPONSE DE L'EHPAD Documents transmis	CONCLUSION - MESURES CORRECTIVES ATTENDUES	ANALYSE DE LA REPONSE
Remarque n°24 : Il n'a pas été nominé à la Mission de procédure relative au suivi du poids des résidents, ce qui n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS.	"Voir commentaires sur le courrier répondu en P.J."	Aucun élément de réponse n'a été fourni par l'établissement.	<p>Mesure corrective attendue: - Formaliser/rédiger une procédure relative au suivi du poids des résidents. Elle doit concerner tous les résidents et pas seulement les résidents diabétiques. (protocole de nutrition insuffisant)</p> <p>Dans sa réponse, l'établissement a transmis le protocole sur les escarres, leur prévention et les différents stades et traitements disponibles en fonction des situations. Ce protocole a été validé en 2015, mais la date de mars 2022 est à l'envers. Il a donc été transmis pour la réponse au rapport d'inspection, il doit être travaillé en équipe pour une appropriation commune par tous les IDE.</p> <p>Meilleure pratique attendue: . Veuillez à l'avenir faire l'attention des <u>protocoles</u>, sur l'ensemble des <u>équipements soignants</u>.</p> <p>Aucun élément de réponse n'a été fourni dans le courrier de réponse concernant cette thématique.</p> <p>Un protocole dédié a été transmis et un autre sur les soins palliatifs qui est très sommaire et insuffisant pour parler d'accompagnement fin de vie selon les différentes situations pouvant être rencontrées en EHPAD, avec un encadrement assuré des pratiques.</p> <p>Meilleure pratique attendue: - Elaborer un protocole sur l'accompagnement fin de vie des résidents</p> <p>Aucune réponse n'est apportée sur ce point par la Direction.</p> <p>Meilleure pratique attendue: - Sceller le sac d'urgence après chaque utilisation</p>
Remarque n°25 : L'absence d'un document synthétique regroupant les 2 protocoles sur la prévention et le traitement des escarres de 2015, ne permet pas d'avoir un document fiable et d'assurer la bonne pratique des personnels concernés de manière homogène.	"Voir commentaires sur le courrier répondu en P.J."	"Voir commentaires sur le courrier répondu en P.J."	
Remarque n°26 : La mission n'a pas connaissance d'une organisation apothéotique de l'établissement pour l'accompagnement fin de vie.	"Voir commentaires sur le courrier répondu en P.J."	Aucun élément de réponse n'a été fourni dans le courrier de réponse concernant cette thématique.	
Remarque n°27 : Le sac d'urgence n'est pas scellé, ce qui représente un risque pour le jour où il doit être utilisé (la disparition d'un produit ne peut pas être remarquée avant le jour d'utilisation)	"Voir commentaires sur le courrier répondu en P.J."		