

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

Madame [REDACTED]
Présidente du Conseil d'Administration
Association Fernand Costecalde
16 avenue de la Chevalière
81200 MAZAMET

Date : 20 décembre 2024

N° PRIC : MS_2024_81_CS_02

Courrier RAR [REDACTED]

Copie de cet envoi à Madame la Directrice de l'établissement

Objet : Inspection de l'EHPAD « La Chevalière » à Mazamet (81)
Clôture de la procédure contradictoire et notification des décisions définitives.

PJ : Tableau de synthèse des mesures correctives définitives

Madame la Présidente,

Suite à l'inspection réalisée au sein de l'EHPAD « La Chevalière » en date des 02 et 03 juillet 2024, nous vous avons invité, par lettre d'intention en date du 02 octobre 2024, à communiquer vos observations en réponse à la proposition de mesures correctives,

Dans le cadre de la procédure contradictoire, vous avez transmis vos remarques, en date du 05 novembre 2024.

Après recueil et analyse de vos observations, nous vous notifions notre décision définitive, en vous demandant de mettre en œuvre, dans les délais impartis, les mesures correctrices, énumérées dans le tableau joint au présent courrier.

Ces actions vous permettront d'améliorer la qualité de l'accompagnement des résidents, ainsi que les conditions d'organisation et de fonctionnement de votre établissement.

Au fur et à mesure de la mise en œuvre de ces mesures, selon l'échéancier précisé, vous voudrez bien transmettre à nos services respectifs, 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 L.121-1 et L.122-1 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 Monsieur le Ministre des Solidarités, de l'Autonomie et de l'Égalité entre les femmes et les hommes ainsi qu'auprès de Monsieur le Président du Conseil départemental du Tarn, 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.

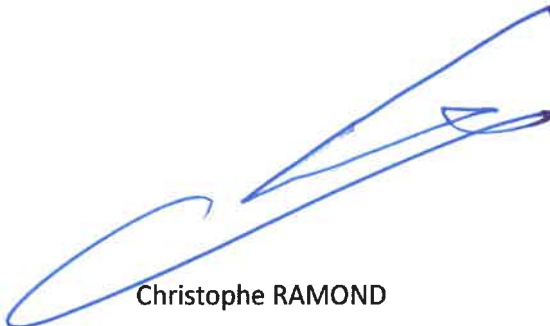
Nous vous prions d'agréer, Madame la Présidente, l'expression de nos salutations distinguées.

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



Stéphanie HUE

Le Président du Conseil départemental du Tarn



Christophe RAMOND

Direction des Droits des Usagers, des Affaires Juridiques, de l'Inspection-Contrôle et de la Qualité - Pôle Régional Inspection Contrôle
Conseil départemental du Tarn

Tableau de synthèse des mesures correctrices définitives

Inspection de l'EHPAD « La Chevalière »

16 avenue de la Chevalière - 81200 Mazamet

02 et 03 juillet 2024

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

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

Écart (18)	Rappel de la réglementation	Mesure (prescription) et nature de la mesure correctrice attendue	Délai de mise en œuvre à compter de la notification de la décision des autorités	Réponse de l'établissement	Justificatif apporté par l'établissement	Décision des autorités (ARS/CD81)
Écart 1 : L'établissement ne dispose pas de registre des entrées-sorties.	L331-2 du CASF	Prescription 1 : Le gestionnaire doit mettre en place un registre où seront portées les dates d'entrée et de sortie des résidents. Il doit également être côté et paraphé par le maire.	Immédiat			<u>Prescription n°1 levée.</u>
Écart 2 : L'EHPAD dispose d'un nombre de chambres supérieur à la capacité autorisée.	Arrêté du 3 janvier 2017	Prescription 2 : Le gestionnaire devra veiller à respecter les capacités autorisées en hébergement permanent.	Immédiat			<u>Prescription n°2 levée.</u>
Écart 3 : Le règlement de fonctionnement ne mentionne pas sa validation par le conseil d'administration de l'organisme gestionnaire, ni la consultation des instances représentatives du personnel et du conseil de la vie sociale.	R311-33 du CASF	Prescription 3 : Le gestionnaire doit valider le nouveau règlement de fonctionnement et le présenter au CSE et au CVS. Le compte-rendu mentionnant l'avis du CVS sur le règlement de fonctionnement est à adresser à l'ARS Occitanie et au conseil département du Tarn.	3 mois			<u>Prescription n°3 levée</u> au vu de la mise en conformité mise en œuvre par le gestionnaire. Remarque : Les dates de consultations des instances représentatives et l'adoption du CA seront à indiquer dans le document actualisé.
Écart 4 : L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement à jour incluant notamment la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance mise en œuvre notamment en matière	L311-8 du CASF	Prescription 4 : Le gestionnaire doit élaborer un projet d'établissement conformément aux dispositions législatives et réglementaires.	6 mois			<u>Prescription n°4 et délai maintenus</u> jusqu'à la transmission à l'ARS et au CD du nouveau PE respectueux du cadre réglementaire.

de gestion du personnel, de formation et de contrôle.						
Écart 5 : La composition du conseil de la vie sociale n’est pas conforme à la réglementation. Il ne figure pas de représentant du gestionnaire, celui des associations tutélaires, des représentants de bénévoles intervenant au sein de l’EHPAD. Il n’est pas évoqué, la présence du MEDEC et de l’équipe médico-soignante dans les réunions du CVS.	D311-5 du CASF	Prescription 5 : Veiller à respecter les dispositions réglementaires en matière de composition du conseil de la vie sociale.	3 mois			<u>Prescription n°5 levée.</u>
Écart 6 : Les relevés de conclusion du CVS ne sont pas tous signés par sa présidente et ne sont pas transmis aux autorités administratives compétentes.	D311-20 du CASF	Prescription 6 : Veiller à faire signer les PV par la présidente du CVS et les transmettre aux autorités administratives compétentes. La direction de l’EHPAD n’est présente qu’à titre consultatif.	Immédiat et continu			<u>Prescription n°6 maintenue.</u>
Écart 7 : Les résultats de l’enquête satisfaction ne sont pas affichés à l’accueil de l’EHPAD et n’ont pas été présentés au CVS.	D 311-15 du CASF	Prescription 7 : Afficher les résultats de l’enquête satisfaction annuelle à l’accueil de l’EHPAD et les présenter au CVS.	Immédiat			<u>Prescription n°7 maintenue</u> : L'EHPAD reste tenu de présenter les résultats globaux au CVS, même s'il a choisi de mener

					plusieurs mini-enquêtes.
Écart 8 : Des salariés exercent des missions qui requièrent des compétences et des qualifications qu'ils n'ont pas.	L311-3, L312-1 II, L4394-1 CSP, Charte des droits et libertés de la personne accueillie (art.2)	Prescription 8 : Le gestionnaire doit veiller à recruter un personnel qualifié afin d'assurer une bonne qualité de la prise en charge et de la sécurité des résidents. Il doit encourager les personnels non diplômés à monter en compétence, notamment via la VAE ou la voie professionnelle afin d'acquérir les qualifications nécessaires sécurisant l'exercice de leurs missions au sein de l'établissement.	2024 et suivant		<u>Prescription n°8 levée.</u>
Écart 9 : L'établissement ne s'est pas organisé pour vérifier les aptitudes des personnels à exercer auprès de personnes vulnérables.	L133-6 du CASF	Prescription 9 : Mettre en place une organisation permettant de vérifier les aptitudes du personnel de l'établissement à exercer auprès de personnes vulnérables, dans le respect de la réglementation.	3 mois		<u>Prescription n°9 maintenue.</u> Transmettre le process aux autorités compétentes.
Écart 10 : La vétusté de l'unité protégée et des installations générales ne garantissent pas une prise en charge adaptée et la sécurité des résidents.	L311-3-1, L312-1-II, du CASF et de la Charte des droits et libertés de la personne accueillie art.2	Prescription 10 : Le gestionnaire doit engager une réflexion afin de garantir aux résidents des conditions d'accueil conformes à la réglementation.	6 mois		<u>Prescription n°10 levée.</u>

Écart 11 : L'établissement n'a pas transmis le document précisant la répartition des résidents par GIR et par secteur.	L313-13 du CASF	Prescription 11 : Transmettre à l'ARS le document qui renseigne la répartition des résidents selon leur GIR et leur secteur.	Immédiat		<u>Prescription n°11 levée.</u>
Écart 12 : Les documents suivants ne sont pas affichés dans l'établissement : La composition et le dernier compte-rendu du conseil de la vie sociale ; le projet d'établissement mis à disposition des personnels, des partenaires, des personnes accueillies ou accompagnées et de leur entourage dans un format adapté permettant à toute personne d'en prendre connaissance.	D 311-38-4 CASF	Prescription 12 : L'établissement doit afficher la composition et le dernier compte-rendu du conseil de la vie sociale. Il doit également mettre à disposition des personnels, des partenaires, des personnes accueillies ou accompagnées et de leur entourage le Projet d'établissement dans un format adapté permettant à toute personne d'en prendre connaissance.	6 mois		<u>Prescription n° 12 levée.</u>
Écart 13 : Certains contrats de séjours sont signés par des personnes sans que la mission ne	D311 et L311-4 du CASF	Prescription 13 : Tous les contrats doivent être signés par les résidents ou par leur représentant légal le cas échéant.	6 mois		<u>Prescription n° 13 maintenue.</u>

puisse identifier leur statut vis à vis du résident concerné.					
Écart 14 : Toutes les contentions ne sont pas automatiquement réévaluées tous les 7 jours.	Article L311-3 du CASF	Prescription 14 : Toutes les contentions doivent être systématiquement réévaluées tous les 7 jours.	Immédiat		<u>Prescription n°14 levée.</u>
Écart 15 : La quotité en médecin coordonnateur est inférieure aux dispositions réglementaires.	Article D312-156	Prescription 15 : Compléter le temps de médecin coordonnateur de 0,25 ETP supplémentaires.	6 mois		<u>Prescription n°15 levée.</u>
Écart 16 : Il a été indiqué que les médicaments étaient placés dans le pilulier sans reconditionnement.	Article R4312-38 du CSP	Prescription 16 : L'établissement doit veiller à ce que les médicaments soient placés dans les piluliers avec possibilité d'identifier les produits et les lots.	1 mois		<u>Prescription n°16 et délai maintenus jusqu'à la transmission de la réponse de la pharmacie.</u>
Écart 17 : Malgré la demande de la mission, l'établissement n'a pas transmis le contrat avec le gestionnaire des DASRI.	L313-13 du CASF	Prescription 17 : Transmettre à l'ARS le contrat avec le gestionnaire des DASRI.	Immédiat		<u>Prescription n°17 levée.</u>

Écart 18 : Aux jours de l'inspection, la mission constate l'absence de psychomotricien et d'ergothérapeute.	Article D312-155-0-1 CASF	Prescription 18 : Il convient de renforcer l'équipe dédiée au PASA par la recherche d'un temps de psychomotricien et/ou d'ergothérapeute, comme prévu dans le projet.	3 mois		<u>Prescription n°18 maintenue.</u>

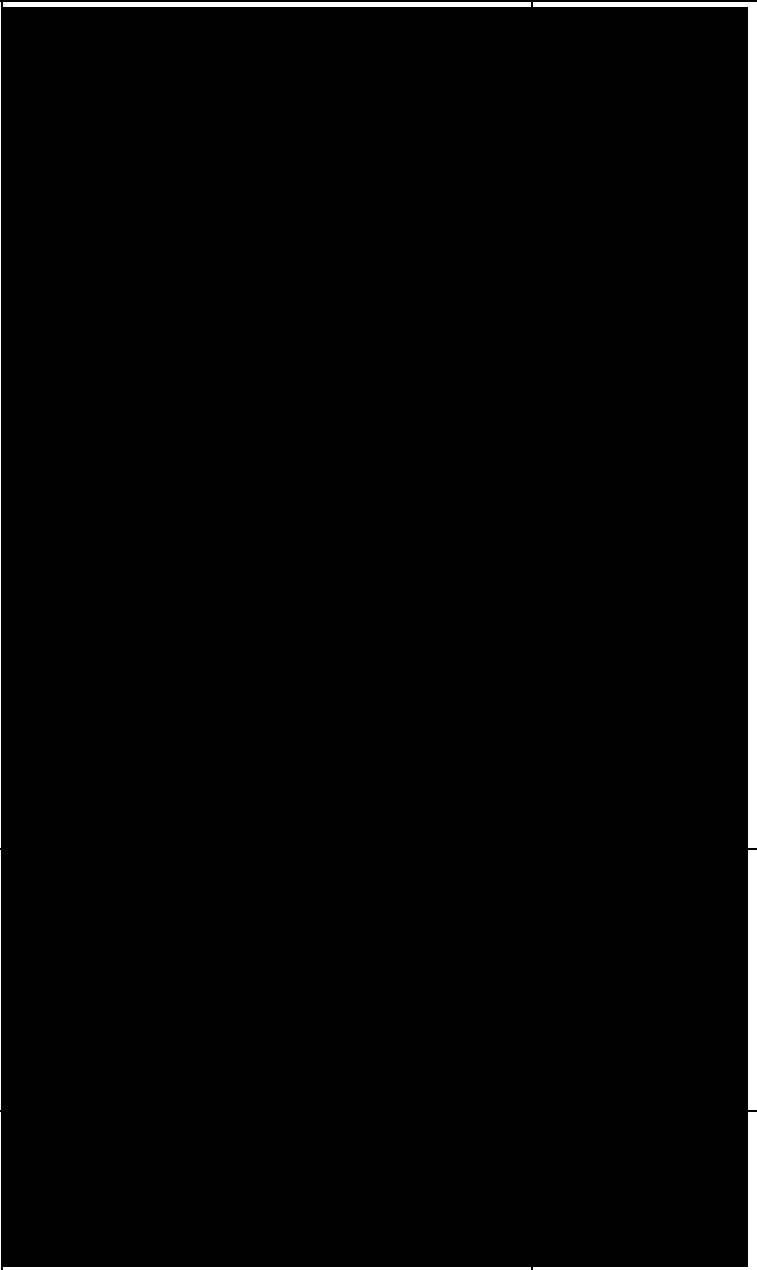
Remarque (33)	Recommandation et nature de la mesure correctrice attendue	Délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponse de l'établissement	Justificatif apporté par l'établissement	Décision des autorités (ARS/CD81)
Remarque 1 : L'EHPAD ne dispose pas d'un organigramme nominatif, daté et comportant le nombre d'ETP.	Recommandation 1 : Élaborer et transmettre un organigramme : nominatif, daté et indiquant les liens hiérarchiques et fonctionnels.	3 mois			<u>Recommandation n°1 levée.</u>
Remarque 2 : Le DUD n'a pas été transmis aux autorités compétentes (ARS Occitanie et CD du Tarn).	Recommandation 2 : Transmettre le DUD aux autorités compétentes (ARS et CD).	Immédiat			<u>Recommandation n°2 levée.</u>
Remarque 3 : En l'absence de document institutionnel formalisant la continuité de la fonction de direction, celle-ci n'est pas garantie.	Recommandation 3 : Formaliser dans une procédure écrite et validée les mesures mises en œuvre pour assurer de manière efficiente la continuité de la fonction de direction.	1 mois			<u>Recommandation n°3 maintenue.</u>
Remarque 4 : En n'ayant pas analysé les enquêtes de satisfaction, l'établissement n'est pas en mesure d'utiliser les retours des usagers comme un outil d'amélioration de la qualité du service.	Recommandation 4 : Veiller à analyser et à prendre en compte l'expression des usagers, notamment lors des enquêtes de satisfaction, afin d'améliorer la qualité au sein de l'établissement, dans le respect des recommandations de bonnes pratiques.	6 mois			<u>Recommandation n°4 maintenue.</u>
Remarque 5 : L'établissement n'a pas mis en place un dispositif de recueil, de traitement et d'analyse des réclamations formalisé et opérationnel.	Recommandation 5 : Veiller à mettre en place un dispositif opérationnel de recueil et d'analyse des réclamations et doléances.	3 mois			<u>Recommandation n°5 levée.</u>

<p>Remarque 6 : Le manque de visibilité sur le positionnement stratégique à moyen terme de l'établissement n'est pas de nature à favoriser un climat social apaisé et serein, dans un contexte déjà fragilisé.</p>	<p>Recommandation 6 : L'établissement doit veiller à améliorer le dialogue social pour éviter la dégradation de la prise en charge des résidents. La communication interne doit être efficace afin de favoriser un meilleur climat social et d'améliorer les relations entre tous les professionnels de la structure.</p>				
<p>Remarque 7 : La procédure de traitement et de suivi des dysfonctionnements graves et événements ne précise pas Les modalités de transmission aux autorités. Le personnel ne s'est pas approprié les procédures de déclaration des dysfonctionnements graves et événements mises en place par l'établissement.</p>	<p>Recommandation 7 : Compléter la procédure de traitement et de suivi des dysfonctionnements graves et événements, en précisant une transmission aux autorités administratives (Conseil Départemental et ARS) <u>sans délai</u>. Veiller à sensibiliser l'ensemble du personnel à la mise en œuvre des procédures de déclaration des dysfonctionnements graves et événements.</p>	3 mois			
<p>Remarque 8 : Le circuit de déclaration imposé par le CSP et le CASF induisant deux échelons différents des EIGS/dysfonctionnements graves n'est pas clarifié au sein de l'établissement.</p>	<p>Recommandation 8 : L'établissement est invité à être le plus exhaustif possible dans ses déclarations des EIGS/dysfonctionnements graves, en respectant les protocoles imposés par le CASF et le CSP.</p>				

Recommandation n°6 levée.

Recommandation n°7 levée.

Recommandation n°8 maintenue.

<p>Remarque 9 : L'absence d'évaluation régulière des agents n'est pas conforme au code du travail et ne facilite pas la mise en place d'un accompagnement, par l'encadrement, destiné à prévenir les risques de maltraitance, par la reconnaissance et la valorisation des talents et compétences de chaque professionnel.</p>	<p>Recommandation 9 : Mettre en place une organisation permettant à chaque professionnel de l'établissement de bénéficier de manière régulière d'un entretien individuel avec son responsable hiérarchique dans le respect du code du travail et des recommandations de bonnes pratiques.</p>	<p>2024 et suivant</p>		<p><u>Recommandation n°9 levée.</u></p>
<p>Remarque 10 : L'absence de documents précisant les fonctions de chacun et les niveaux hiérarchiques au sein de l'EHPAD fait obstacle à la compréhension de l'organisation de l'établissement.</p>	<p>Recommandation 10 : Élaborer une fiche de poste pour chaque professionnel de l'établissement afin de fixer clairement les responsabilités de chacun.</p>	<p>3 mois</p>		<p><u>Recommandation n°10 maintenue.</u></p>
<p>Remarque 11 : En conservant dans les dossiers des personnels les bulletins de casier judiciaire, l'établissement contrevient aux</p>	<p>Recommandation 11 : Veiller à ne pas conserver les bulletins de casier judiciaire dans les dossiers des personnels tel que le recommande la</p>	<p>Immédiat</p>		<p><u>Recommandation n°11 maintenue.</u></p>

recommandations de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).	Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).				
Remarque 12 : Plusieurs modules en lien avec la prise en charge et la promotion de la bientraitance sont identifiés dans les séquences internes de sensibilisation et non dans des formations externes.	Recommandation 12 : Renforcer le plan de formation en incluant des modules (formation externe) en lien avec la prise en charge, notamment gériatrique, et la prévention de la maltraitance afin que tous les professionnels soient formés à l'évolution des publics, aux nouvelles problématiques rencontrées et aux compétences qu'impliquent les évolutions constatées.	6 mois			<u>Recommandation n°12 maintenue.</u>
Remarque 13 : En ne mettant pas en place un dispositif d'analyse des pratiques, l'établissement n'est pas conforme aux bonnes pratiques qui recommandent « qu'un dispositif d'analyse des pratiques vienne compléter les autres moments de communication interne et de transmission d'informations, afin d'aider les professionnels dans leur mise à distance et leur réflexion critique sur les pratiques quotidiennes ».	Recommandation 13 : Mettre en place un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles au sein de l'établissement dans le respect des recommandations de bonnes pratiques professionnelles.	6 mois		<u>Recommandation n°13 maintenue.</u>	
Remarque 14 : La mission n'est pas en mesure de connaître les modalités d'élaboration, de validation et de transmission du	Recommandation 14 : L'établissement doit transmettre le DUERP à la médecine du travail, à l'inspection du travail et au			<u>Recommandation n°14 levée.</u>	

DUERP à la Médecine du travail, à l'Inspection du travail et au service de prévention des organismes de sécurité sociale.	service de prévention des organismes de sécurité sociale.			
Remarque 15 : Les PAP ne comportent pas d'indicateurs d'évaluation.	Recommandation 15 : Le gestionnaire doit veiller à objectiver les PAP en précisant les actions mises en œuvre pour chacun des résidents mais aussi en évaluant ces actions à l'aide d'indicateurs mesurables, précis et pertinents. Au besoin, une information puis une formation, renouvelables annuellement, doivent être proposées à tous les acteurs du PAP, qu'il s'agisse des professionnels mais aussi de la famille. L'objectif étant d'assortir les actions mises en œuvre à des éléments de mesure objectifs.	6 mois		<u>Recommandation n°15 maintenue.</u>
Remarque 16 : Toutes les feuilles d'émargement, les comptes-rendus ou tout autre document attestant de la tenue des réunions CCG n'ont pas été transmis à la mission.	Recommandation 16 : Il convient, en concertation avec les autres établissements membres de la CCG, de travailler à l'amélioration de la formalisation et au partage des documents de réunion CCG (feuille d'émargement et compte-rendu).	Prochaine réunion CCG		<u>Recommandation n°16 maintenue.</u>
Remarque 17 : L'EHPAD n'a pas établi de convention avec les médecins traitants.	Recommandation 17 : Formaliser les liens de l'EHPAD avec les médecins traitants par une convention.	6 mois		<u>Recommandation n°17 maintenue.</u> Transmettre nouvelles conventions à la DDARS81+CD

Remarque 18 : les conditions d'interventions respectives des MEDEC, Médecin traitant, et appel direct au centre 15 ne sont pas formalisées par l'établissement.	Recommandation 18 : Formaliser une procédure sur la hiérarchisation des sollicitations en cas de demande de soins non programmés ou d'urgence.	6 mois		<u>Recommandation n°18 levée.</u>
Remarque 19 : L'établissement n'a pas produit un document de synthèse sur les causes de décès.	Recommandation 19 : Établir le document de synthèse sur les causes de décès annuellement.	2024 et chaque année		<u>Recommandation n°19 levée.</u>
Remarque 20 : Les dossiers de soins ne sont pas totalement unifiés sur un même support.	Recommandation 20 : Pour une meilleure lisibilité et un meilleur suivi des soins, l'établissement doit unifier tous les documents relatifs aux soins, dans un même dossier, numérique ou physique.	Immédiat		<u>Recommandation n°20 maintenue.</u>
Remarque 21 : Certaines précisions concernant la répartition homme/femme, la répartition par âge et la consommation de médicaments par typologie sont manquantes dans le RAMA.	Recommandation 21 : Compléter les futurs RAMA en mentionnant la répartition homme/femme, la répartition par âge et la consommation de médicaments par typologie.			<u>Recommandation n°21 levée.</u>

<p>Remarque 22 : Le logiciel utilisé n'est pas adapté aux besoins du personnel. Cela induit la redondance des documents composants du dossier médical entre la forme papier et la forme numérique.</p>	<p>Recommandation 22 : Il convient de changer le logiciel pour un usage plus adapté à la fois pour la lisibilité que pour le suivi du dossier médical.</p>			<p><u>Recommandation n°22 levée.</u></p>
<p>Remarque 23 : Défauts de traçabilité notamment sur des actes AS. La mise à jour des PAP est peu régulière sur le volet soins.</p>	<p>Recommandation 23 : L'établissement doit veiller à l'exhaustivité de la traçabilité des actes de soins dispensés par les AS. Il convient également de mettre en place une procédure de mise à jour plus régulière des PAP sur le volet soins.</p>			<p><u>Recommandation n°23 levée.</u></p>
<p>Remarque 24 : Certains protocoles importants n'apparaissent pas dans les éléments fournis</p>	<p>Recommandation 24 : Fournir ou élaborer les protocoles suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Protocole troubles de l'humeur ▪ Protocole insuffisance cardiaque, rénale ▪ Protocole troubles urinaires et incontinence 			<p><u>Recommandation n°24 maintenue.</u> Ce qui est indiqué n'est qu'un aspect des protocoles non trouvés.</p>

Remarque 25 : Les bilans gériatriques standardisés ne sont pas effectués systématiquement à l'admission.	Recommandation 25 : L'établissement doit veiller à être plus systématique dans la réalisation des bilans gériatriques standardisés à l'admission.			<u>Recommandation n°25 levée.</u>
Remarque 26 : Les prescriptions sous format papier sont encore persistantes. Elles représentent une très grande partie des prescriptions.	Recommandation 26 : L'établissement doit inciter, à travers un travail pédagogique, les prescripteurs à privilégier le format informatique, dès le changement de logiciel.			<u>Recommandation n°26 maintenue.</u>
Remarque 27 : La ressaisie des prescriptions des médecins libéraux est très fréquente.	Recommandation 27 : L'établissement doit veiller éviter la retranscription, autant que possible. Il peut être téléversé un scan de la prescription dans le dossier informatique pour limiter les risques liés à des erreurs de retranscription.			<u>Recommandation n°27 levée.</u>

<p>Remarque 28 : La procédure bionettoyage n'a pas été fournie.</p>	<p>Recommandation 28 : Transmettre la procédure bionettoyage.</p>	<p>Immédiat (pendant la période contradictoire)</p>		<p><u>Recommandation n°28 levée.</u></p>
<p>Remarque 29 : Le temps de présence sur site des MEDEC est insuffisant.</p>	<p>Recommandation 29 : Avec le renforcement du temps de MEDEC (prescription n°15), l'établissement devra veiller à augmenter le temps de présence afin de favoriser l'encadrement de proximité de l'équipe soignante.</p>			<p><u>Recommandation n°29 levée.</u></p>
<p>Remarque 30 : Pendant les périodes d'absence d'IDE, l'effectif infirmier présent apparaît insuffisant.</p>	<p>Recommandation 30 : Pour les absences IDE prolongées, il convient de rechercher des temps de remplacement.</p>			<p><u>Recommandation n°30 levée.</u></p>

Remarque 31 : Les relations avec le secteur psychiatrique ne sont pas formalisées.	Recommandation 31 : Il convient de conventionner avec un acteur du secteur psychiatrique.			<u>Recommandation n°31 maintenue.</u>
Remarque 32 : L'établissement n'a pas transmis les conventions avec les libéraux généralistes et kinésithérapeutes.	Recommandation 32 : Il convient de rechercher un conventionnement avec les médecins libéraux généralistes ainsi que les kinésithérapeutes intervenant sur la structure.			<u>Recommandation n°32 maintenue.</u> Transmettre nouvelles conventions à la DDARS81et le CD du Tarn.
Remarque 33 : L'établissement n'a pas transmis de convention avec l'EMSP.	Recommandation 33 : Il convient de transmettre à l'ARS une convention avec l'EMSP.			<u>Recommandation n°33 levée.</u>