

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

Réf. : DUAJIQ-PIC/2025-102  
Date : 23 juin 2025  
N° PRIC : MS\_2025\_65\_CS\_02

Présidente de l'Association « La Madone »  
7 avenue Émile Boutroux  
92120 MONTROUGE

**Courrier RAR n° 1A 212 612 7374 3**

Copie de cet envoi à Monsieur le Directeur de l'établissement

**Objet :** Inspection de l'EHPAD « La Madone » à Lourdes (65)

Clôture de la procédure contradictoire et notification des décisions définitives

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

Madame la Présidente,

À la suite de l'inspection réalisée dans votre établissement en date des 06 et 07 février 2025 et dans le cadre de la procédure contradictoire, nous vous avons invité, par lettre d'intention en date du 17 avril 2025, à communiquer vos observations, en réponse, à la proposition de mesures correctives dans un délai de 30 jours.

En l'absence de réponse de votre part, la procédure contradictoire est close et le tableau des mesures correctives devient définitif.

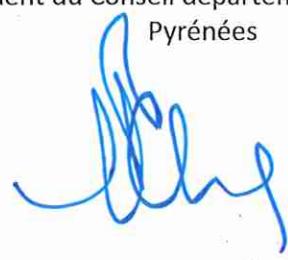
Les services de la Délégation départementale des Hautes-Pyrénées et les services du Conseil Départemental des Hautes-Pyrénées assureront le suivi.

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 des Hautes-  
Pyrénées

  
Michel PELIEU



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

Annexe à la lettre de clôture

## Tableau de synthèse des mesures correctives définitives

Inspection de L'EHPAD « La Madone » à Lourdes (65100)

06 et 07 février 2025

**N° PRIC : MS\_2025\_65\_CS\_02**

*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.*

**Agence Régionale de Santé Occitanie**  
26-28 Parc-Club du Millénaire  
1025, rue Henri Becquerel - CS 30001  
34067 MONTPELLIER CEDEX  
[www.occitanie.ars.sante.fr](http://www.occitanie.ars.sante.fr)

**Conseil départemental des Hautes-Pyrénées**  
6 rue Gaston Manent  
CS 71324  
65000 TARBES  
[Hautes-Pyrénées](http://Hautes-Pyrénées)

Écarts (23)	Rappel de la réglementation	Mesures (prescription) et mesures correctives attendues	Délais de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	N° de justificatifs	Décisions des autorités (ARS / CD 65)
<b>Écart 1</b> : Le registre légal des entrées et des sorties des personnes accueillies n'est ni coté ni paraphé par le maire de la commune.	R.331-5 CASF	<b>Prescription 1</b> : Transmettre aux autorités la preuve que le registre des entrées et des sorties des personnes accueillies est coté et paraphé par le maire de la commune de Lourdes.	<b>1 mois</b>			<u>Prescription 1 maintenue.</u>
<b>Écart 2</b> : Le règlement de fonctionnement transmis n'est pas conforme aux exigences réglementaires.	R.311-33 & 34 CASF	<b>Prescription 2</b> : Transmettre aux autorités : 1. Un règlement de fonctionnement actualisé, conforme aux dispositions réglementaires et présenté au CVS pour consultation, 2. La preuve de son affichage et de sa remise à chaque résident-salarié-bénévole.	<b>1 mois</b>			<u>Prescription 2 maintenue.</u>
<b>Écart 3</b> : Absence de Document Unique de Délégation (DUD) pour le directeur en poste.	D.312-176-5 CASF	<b>Prescription 3</b> : Transmettre aux autorités, ainsi qu'au CVS, un DUD pour le directeur, daté et signé des deux parties.	<b>Immédiat</b>			<u>Prescription 3 maintenue.</u>
<b>Écart 4</b> : Seulement deux réunions du CVS ont été organisées en 2024 alors que la réglementation impose un minimum de trois réunions par an.	D.311-16 CASF	<b>Prescription 4</b> : Transmettre aux autorités le planning et/ou les convocations d'au moins trois réunions du CVS sur l'année 2025.	<b>Immédiat</b>			<u>Prescription 4 maintenue.</u>
<b>Écart 5</b> : Le compte-rendu des réunions du CVS doit être exclusivement signé par la présidence du CVS.	D.311-20 et 9 CASF	<b>Prescription 5</b> : s'assurer de la conformité du fonctionnement du CVS en ne faisant signer les comptes-rendus du CVS qu'à la présidence de cette instance.	<b>Dès la prochaine réunion du CVS</b>			<u>Prescription 5 maintenue.</u>

Écart 6 : les résultats de la dernière enquête de satisfaction des usagers ne sont pas affichés dans l'espace d'accueil.	D.311-15 CASF	<b>Prescription 6</b> : Transmettre aux autorités une preuve de l'affichage des résultats de la dernière enquête de satisfaction des usagers dans l'espace d'accueil.	<b>Immédiat</b>		<b>Prescription 6 maintenue.</b>
Écart 7 : La direction de l'établissement n'a pas rédigé de procédure de gestion des risques associés aux soins et ne déclare pas les EIGS à l'ARS.	L.1413-14, R.1413-68 et R.1413-69 CSP	<b>Prescription 7</b> : Rédiger une procédure institutionnelle de gestion des risques associés aux soins qui précise notamment les obligations réglementaires de signalement sans délai des EIGS à l'ARS.	<b>1 mois</b>		<b>Prescription 7 maintenue.</b>
Écart 8 : Le document « Plan bleu » n'est pas élaboré.	L.311-8, D.312-160, R.311-38-1 CASF	<b>Prescription 8</b> : Élaborer un « Plan Bleu » qui sera intégré au projet d'établissement après présentation aux instances internes. Transmettre ce document finalisé aux autorités.	<b>2 mois</b>		<b>Prescription 8 maintenue.</b>
Écart 9 : Absence de référent « activité physique et sportive » désigné parmi les membres du personnel.	L.311-12, D.311-40 CASF	<b>Prescription 9</b> : Désigner un référent activité physique et sportive (modification de la fiche de poste de l'intéressé(e) et présentation aux CVS et CSE). Transmettre la preuve de cette désignation aux autorités.	<b>1 mois</b>		<b>Prescription 9 maintenue.</b>
Écart 10 : Des agents non diplômés occupent des fonctions dévolues à du personnel diplômé.	L.312-1-II, D.312-155-0-II, D.312-157 CASF L.4394-1 CSP Charte des droits et libertés de la personne accueillie	<b>Prescription 10</b> : Ne pas confier des missions requérant des diplômes à du personnel qui n'en dispose pas. Transmettre une preuve d'inscription en formation et/ou VAE traduisant la poursuite de l'encouragement des personnels non diplômés à monter en compétence afin d'acquérir les qualifications nécessaires, sécurisant l'exercice de leur mission au sein de l'établissement.	<b>3 mois</b>		<b>Prescription 10 maintenue.</b>

Écart 11 : La preuve de vérification de la compatibilité à l'emploi n'est pas disponible pour chaque salarié de l'établissement.	L.133-6 CASF	<b>Prescription 11</b> : S'assurer, avant l'embauche, de la compatibilité de tous les salariés à exercer leur fonction auprès des publics vulnérables. Transmettre aux autorités une liste nominative de tout le personnel ( <i>en CDI ou en CDD y compris le personnel de direction</i> ) attestant de la vérification de la compatibilité à exercer leur emploi à l'EHPAD.	<b>1 mois</b>		<b>Prescription 11 maintenue.</b>
Écart 12 : Absence de procédure formalisée et de supports d'accueil permettant d'intégrer les nouveaux employés en CDD ou en CDI.	D.311-5-14 CASF	<b>Prescription 12</b> : Formaliser une organisation permettant d'intégrer les nouveaux personnels ou stagiaires.	<b>1 mois</b>		<b>Prescription 12 maintenue.</b>
Écart 13 : L'exiguïté de l'espace douche des chambres n'en permet pas l'utilisation opérationnelle, notamment pour les résidents en fauteuil, corpulents ou dépendants d'un accompagnement.	L.311-3, L.312-1-II CASF Charte des droits et libertés de la personne accueillie art.2	<b>Prescription 13</b> : Aménager les espaces toilettes des chambres afin de respecter l'intimité et la vie privée de leurs occupants, en particulier dans les chambres doubles.	<b>3 mois</b>		<b>Prescription 13 maintenue.</b>
Écart 14 : Les espaces toilettes ne sont pas équipés de porte permettant le respect de l'intimité et de la vie privée des résidents.	L311-3, L312-1-II, Charte des droits et libertés de la personne accueillie	Prescription 14 : Adapter l'espace « toilettes douche WC » des chambres afin de pouvoir répondre aux exigences réglementaires en matière de confort de tous résidents, notamment au vu de l'état avancé de dépendance d'une partie croissante de la population résidente en EHPAD. Transmettre aux autorités une étude de programmation des travaux d'adaptation de ces espaces.	<b>6 mois</b>		<b>Prescription 14 maintenue.</b>
Écart 15 : Les escaliers et vestibules menant aux étages ne sont pas sécurisés, notamment pour les résidents en fauteuil roulant.	L.311-3 CASF Charte des droits et libertés de la personne accueillie art 2.	Prescription 15 : Sécuriser l'accès aux escaliers conduisant aux étages par la mise en place d'un dispositif adapté.	<b>1 mois</b>		<b>Prescription 15 maintenue.</b>

<p><b>Écart 16</b> : Le contrat de séjour et ses pièces annexées ne sont pas conformes à la réglementation sur les points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Absence de preuve de recueil du consentement éclairé du résident,</li> <li>▪ Absence de recueil du principe d'autorisation ou refus d'entrée dans la chambre lors d'un contrôle,</li> <li>▪ Absence d'accord ou de refus pour collecte et traitement des données personnelles,</li> <li>▪ Absence d'état des lieux d'entrée et de sortie,</li> <li>▪ Absence de proposition relative aux directives anticipées,</li> <li>▪ Présence non systématique de l'information relative à la personne de confiance.</li> </ul>	<p>L.311-3-4-5,7-1 L.342-1 et 2 CASF Charte des droits et libertés de la personne accueillie art 4</p>	<p><b>Prescription 16</b> : S'assurer de la complétude des éléments réglementaires des dossiers administratifs des résidents.</p>	<p><b>Immédiat</b></p>		<p><b><u>Prescription 16 maintenue.</u></b></p>
<p><b>Écart 17</b> : Le gestionnaire n'a pas fait signer aux médecins libéraux exerçant au titre de médecin traitant des résidents de l'EHPAD, un contrat stipulant leurs responsabilités déontologiques et leurs missions d'intervention dans la structure.</p>	<p>R.4127-83 CSP L.313-12 CASF Arrête du 5 septembre 2011</p>	<p><b>Prescription 17</b> : faire signer aux médecins généralistes libéraux intervenant comme médecin traitant des résidents un contrat stipulant les modalités d'exercice en structure.</p>	<p><b>3 mois</b></p>		<p><b><u>Prescription 17 maintenue.</u></b></p>
<p><b>Écart 18</b> : Le gestionnaire n'a pas formalisé, au sein d'une procédure, les modalités d'intervention du MEDEC en cas de besoin de soins urgents et non programmés d'un résident ou d'absence d'un médecin traitant.</p>	<p>R.4127-91 CSP D.312-158 CASF</p>	<p><b>Prescription 18</b> : Formaliser les modalités de continuité des soins entre médecins traitants et MEDEC pour garantir l'indépendance professionnelle de chacun.</p>	<p><b>1 mois</b></p>		<p><b><u>Prescription 18 maintenue.</u></b></p>

<p><b>Écart 19 :</b> Le pharmacien ne respecte pas les obligations de sécurisation de dispensation des médicaments ainsi que l'ensemble des missions stipulées dans la convention signée avec l'EHPAD. Il n'est pas précisé dans la convention la notion de pharmacien référent.</p>	<p>L.5126-10 II, R.4211-23, R.4235-48, R.5125-50 et 51, R.5125-52, R.5125-53 et 54, R.5126-108 et 109, R.5132-1, 5 et 6, R.5132-5-2 CSP</p>	<p><b>Prescription 19 :</b> Réviser la convention, avec le pharmacien d'officine, relative à ses responsabilités dans le circuit global du médicament, notamment la préparation, la délivrance et la livraison en termes de pharmacovigilance.</p>	<p><b>Immédiat</b></p>		<p><b>Prescription 19 maintenue.</b></p>
<p><b>Écart 20 :</b> La politique de gestion du médicament et de lutte contre l'iatrogénie fait intervenir plusieurs acteurs à toutes les étapes techniques et cliniques qui génèrent un risque avéré de survenue d'évènements indésirables graves. Celle-ci ne fait pas l'objet d'une procédure institutionnelle qui en garantit la qualité, la sécurité, la vigilance et la gestion des risques.</p>	<p>L.5121-25 CSP</p>	<p><b>Prescription 20 :</b> Rédiger une procédure écrite de toutes les étapes de la politique de gestion du médicament et de lutte contre l'iatrogénie, identifiant les responsabilités, vigilances et modalités d'amélioration continue des bonnes pratiques professionnelles. S'assurer de son acculturation en continue.</p>	<p><b>Immédiat</b></p>		<p><b>Prescription 20 maintenue.</b></p>
<p><b>Écart 21 :</b> Les règles standard et mesures particulières de prévention et gestion du risque infectieux ne sont pas formalisées au sein d'une procédure écrite.</p>	<p>L.1311-1, L.1311-4 CSP</p>	<p><b>Prescription 21 :</b> Rédiger une procédure institutionnelle de lutte contre le risque infectieux et en assurer l'appropriation.</p>	<p><b>2 mois</b></p>		<p><b>Prescription 21 maintenue.</b></p>
<p><b>Écart 22 :</b> Le local extérieur à DASRI n'est pas conforme.</p>	<p>R.1335-1 à 8 CSP Arrêté du 7 septembre 1999</p>	<p><b>Prescription 22 :</b> Veiller à entreposer les DASRI en cartons fermés et isolés du sol.</p>	<p><b>Immédiat</b></p>		<p><b>Prescription 22 maintenue.</b></p>
<p><b>Écart 23 :</b> Les éléments recueillis et ceux mis à la disposition de la mission ne permettent pas de garantir de la présence d'un PAP actualisé pour chaque résident.</p>	<p>L.311-3, 7°, D.312-155-0 3° CASF</p>	<p><b>Prescription 23 :</b> S'assurer que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• chaque résident dispose d'un PAP actualisé avec les composantes « vie sociale » et « autonomie »,</li> <li>• la procédure soit actualisée.</li> </ul>	<p><b>1 mois</b></p>		<p><b>Prescription 23 maintenue.</b></p>

Remarques (25)	Recommandations mesures attendues	Délais de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	N° de justificatifs	Décisions des autorités (ARS / CD 65)
<b>Remarque 1 :</b> l'arrêté d'autorisation ne mentionne pas le bon gestionnaire de cet établissement.	<b>Recommandation 1 :</b> Solliciter la rectification du gestionnaire mentionné dans l'autorisation en fournissant aux autorités les éléments nécessaires.	Immédiat			<u>Recommandation 1 maintenue.</u>
<b>Remarque 2 :</b> le registre des entrées et des sorties n'est pas à jour.	<b>Recommandation 2 :</b> Mettre à jour le registre des entrées et des sorties avant de le faire coter et parapher de la commune	Immédiat			<u>Recommandation 2 maintenue.</u>
<b>Remarque 3 :</b> l'organigramme transmis ne distingue pas les liens hiérarchiques et les liens fonctionnels.	<b>Recommandation 3 :</b> Transmettre aux autorités un organigramme faisant apparaître distinctement les liens hiérarchiques et les liens fonctionnels.	1 mois			<u>Recommandation 3 maintenue.</u>
<b>Remarque 4 :</b> la continuité de la fonction de direction n'est pas formalisée.	<b>Recommandation 4 :</b> Transmettre aux autorités le descriptif de l'organisation de la continuité de la fonction de direction sur cet établissement.	Immédiat			<u>Recommandation 4 maintenue.</u>
<b>Remarque 5 :</b> Aucun document ne présente ni la démarche qualité au personnel, ni le pilotage d'un plan d'actions d'amélioration et de gestion des risques, ni le contenu du rôle de responsable qualité déclaré par la direction.	<b>Recommandation 5 :</b> Présenter au personnel la démarche qualité formalisée sur la base du référentiel HAS en y intégrant le descriptif du rôle du responsable qualité dans l'établissement.	2 mois			<u>Recommandation 5 maintenue.</u>
<b>Remarque 6 :</b> En absence d'éléments probants, la mission ne peut garantir l'existence d'un dispositif opérationnel de recueil et d'analyse des réclamations et des doléances des usagers.	<b>Recommandation 6 :</b> Mettre en œuvre un dispositif opérationnel de recueil et d'analyse des réclamations et des doléances des usagers.	3 mois			<u>Recommandation 6 maintenue.</u>
<b>Remarque 7 :</b> L'établissement ne dispose pas d'une procédure formalisée de gestion des événements indésirables (y compris les événements indésirables	<b>Recommandation 7 :</b> Formaliser une procédure de gestion des événements indésirables incluant une partie relative aux événements	2 mois			<u>Recommandation 7 maintenue.</u>

graves) ce qui est de nature à contribuer à l'insécurité de la prise en charge de la population accueillie.	indésirables graves et aux évènements indésirables graves associés aux soins. Veiller à son acculturation par l'ensemble du personnel.				
<b>Remarque 8 :</b> La mission n'a pas eu connaissance des supports renseignés ayant servi aux entretiens professionnels ou entretiens annuels d'évaluation et donc ne peut en garantir la tenue, a minima tous les deux ans.	<b>Recommandation 8 :</b> Formaliser la tenue, pour chaque salarié, d'un entretien professionnel a minima tous les deux ans et le conserver dans le dossier du salarié. Transmettre aux autorités l'attestation de la réalisation d'un entretien professionnel pour tous les salariés.	<b>D'ici fin 2025</b>			<b><u>Recommandation 8 maintenue.</u></b>
<b>Remarque 9 :</b> Tous les salariés de l'établissement ne disposent pas d'une fiche de poste, de tâches, ou de fonction.	<b>Recommandation 9 :</b> Élaborer une fiche de poste, de tâches ou de fonction pour tous les salariés.	<b>1 mois</b>			<b><u>Recommandation 9 maintenue.</u></b>
<b>Remarque 10 :</b> L'établissement ne dispose pas d'un plan de formation global, formalisé et permettant de suivre la réalisation du prévisionnel.	<b>Recommandation 10 :</b> Élaborer un document global « plan de formation annuel » permettant de suivre la réalisation du prévisionnel. Transmettre aux autorités le document ainsi élaboré.	<b>1 mois</b>			<b><u>Recommandation 10 maintenue.</u></b>
<b>Remarque 11 :</b> Absence de dispositif formalisé de soutien aux pratiques professionnelles du personnel.	<b>Recommandation 11 :</b> Mettre en place un dispositif formalisé de soutien aux pratiques professionnelles du personnel.	<b>3 mois</b>			<b><u>Recommandation 11 maintenue.</u></b>
<b>Remarque 12 :</b> La dernière version du DUERP ayant 13 mois d'existence aux jours de la mission, sa mise à jour doit être enclenchée.	<b>Recommandation 12 :</b> Engager la mise à jour le DUERP.	<b>Immédiat</b>			<b><u>Recommandation 12 maintenue.</u></b>
<b>Remarque 13 :</b> La fiche de suivi de température du réfrigérateur du RdC de la salle de vie n'est pas complétée.	<b>Recommandation 13 :</b> Assurer le suivi de température de ce réfrigérateur.	<b>Immédiat</b>			<b><u>Recommandation 13 maintenue.</u></b>
<b>Remarque 14 :</b> Les modalités d'admission ne sont pas formalisées au sein d'une procédure écrite détaillant les étapes et les acteurs.	<b>Recommandation 14 :</b> Élaborer une procédure écrite d'admission détaillée et la transmettre aux autorités.	<b>1 mois</b>			<b><u>Recommandation 14 maintenue.</u></b>

<b>Remarque 15 :</b> Les cadres, y compris le directeur, n'ont pas organisé de réunion de communication à destination de l'équipe pluridisciplinaire.	<b>Recommandation 15 :</b> Organiser des réunions de communication, d'information, déchanges, de réflexions à destination des équipes.	Immédiat			<b><u>Recommandation 15 maintenue.</u></b>
<b>Remarque 16 :</b> L'établissement n'a pas transmis à la mission de documents RAMA concernant les deux dernières années	<b>Recommandation 16 :</b> Transmettre chaque année à l'ARS le document RAMA. Transmettre ce document pour les années 2023 et 2024.	Immédiat			<b><u>Recommandation 16 maintenue.</u></b>
<b>Remarque 17 :</b> La prescription des traitements « si besoin » ne renvoie pas à un document écrit formalisant les modalités de reconnaissance et mise en œuvre.	<b>Recommandation 17 :</b> Toute prescription de « si besoin » doit l'objet d'une procédure écrite d'identification, d'administration et d'observance.	Immédiat			<b><u>Recommandation 17 maintenue.</u></b>
<b>Remarque 18 :</b> Il n'y a pas de sac à dos contenant les produits de première urgence pour intervention sans délai dans les étages.	<b>Recommandation 18 :</b> Prévoir un sac à dos d'urgence	Immédiat			<b><u>Recommandation 18 maintenue.</u></b>
<b>Remarque 19 :</b> La direction n'a pas remis la procédure des bio-nettoyage et hygiène des sols et surfaces. Les matériels et produits destinés à une fonction spécifique sont stockés dans un seul local polyvalent.	<b>Recommandation 19 :</b> Rédiger une procédure institutionnelle de bio-nettoyage des sols et surfaces et en assurer l'appropriation. Les cartons de produits destinés aux soins seront stockés dans un local ad hoc fermé à clé et isolés du sol. Le matériel et les produits de ménage seront entreposés dans un local identifié et sécurisé.	2 mois			<b><u>Recommandation 19 maintenue.</u></b>
<b>Remarque 20 :</b> Absence de cadrage de l'animation (projet d'animation) en relation avec le volet social des PAP des résidents et absence de présentation au CVS du bilan « animation » annuel.	<b>Recommandation 20 :</b> Élaborer un projet d'animation indiquant la prise en compte du volet social des résidents et faire une présentation au CVS d'un bilan annuel de l'animation.	6 mois			<b><u>Recommandation 20 maintenue.</u></b>
<b>Remarque 21 :</b> Le plan de soins de base des AS ne prévoit pas la programmation de collation nocturne pour les résidents.	<b>Recommandation 21 :</b> Incrire dans le plan de soins des AS l'item « collation nocturne » pour les résidents qui en ont besoin sur prescription médicale et/ou qui le désirent.	Immédiat			<b><u>Recommandation 21 maintenue.</u></b>

<b>Remarque 22 :</b> les plans de soins des AS ne sont pas toujours à jour et ou pas signés par les professionnels.	<b>Recommandation 22 :</b> Mettre à jour les plans de soins des AS sur 24h, ajustés aux besoins des résidents, et en assurer un suivi avec une traçabilité (signature) des actes par les professionnels concernés au moyen d'un outil adapté (tablette), au fil de l'eau.	<b>Immédiat</b>			<b><u>Recommandation 22 maintenue.</u></b>
<b>Remarque 23 :</b> À son admission, la personne âgée n'est pas pesée.	<b>Recommandation 23 :</b> Peser systématiquement à l'admission la personne âgée pour fiabiliser ce poids de référence et mettre en place au plus vite une stratégie contre la dénutrition si besoin.	<b>Immédiat</b>			<b><u>Recommandation 23 maintenue.</u></b>
<b>Remarque 24 :</b> Une organisation de travail est investie par des agents non encadrant.	<b>Recommandation 24 :</b> Sur ce thème, impliquer également une personne encadrante.	<b>Immédiat</b>			<b><u>Recommandation 24 maintenue.</u></b>
<b>Remarque 25 :</b> L'EHPAD n'a pas formalisé toutes les conventions de partenariat avec les professionnels de santé ou filières de soins du territoire intervenant au sein de l'EHPAD.	<b>Recommandation 25 :</b> Formaliser les partenariats avec l'ensemble des professionnels de santé et filières intervenant auprès des résidents afin d'assurer la continuité et la coordination des parcours de soins des résidents,	<b>6 mois</b>			<b><u>Recommandation 25 maintenue.</u></b>