



Agence Régionale de Santé  
Hauts-de-France

Le Directeur général



Le Président du conseil départemental  
du Nord  
Direction générale chargée de la solidarité

à

Monsieur le Directeur général  
Groupe ORPEA  
12, rue Jean Jaurès  
92800 PUTEAUX

Lille, le 08 AVR. 2022

Réf : 2022-DOMS-PPT59-DG  
Mission n° 2022\_HDF\_0038



#### LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le Directeur général,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle de l'ARS des Hauts de France pour l'année 2022, l'EHPAD « Les Cotonnières » à Loos a fait l'objet d'une inspection sur le thème de la prévention de la maltraitance.

L'établissement visé en objet a fait l'objet d'une inspection inopinée en application des articles L. 313-13 et suivants du code de l'action sociale et des familles afin de vérifier :

- que les conditions d'installation, de fonctionnement et d'organisation de l'EHPAD ne présentent pas de risques susceptibles d'affecter la prise en charge de personnes accueillies ou le respect de leurs droits ;
- qu'un dispositif de prévention et de lutte contre la maltraitance existe et est de nature à répondre aux obligations réglementaires.

Cette inspection a été réalisée le 10 février 2022.

Le rapport d'inspection ainsi que les décisions envisagées vous ont été notifiés le 15 mars 2022.

Par courrier reçu par mes services le 24 mars 2022, vous avez présenté vos observations concernant les mesures correctives envisagées.

Au regard de votre courrier, la mission d'inspection n'a pas apporté de modification au rapport. En conséquence, vous trouverez ci-joint les décisions finales, qui closent la procédure contradictoire.

A ce titre, je vous demande de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

Le contrôle de leur mise en œuvre sera assuré, pour l'ARS, par le pôle de proximité territorial du Nord de la direction de l'offre médico-sociale en charge du suivi de votre établissement et, pour le Département du Nord, par la Direction de l'autonomie. Ainsi, vous voudrez bien leur transmettre, dans le respect des échéances fixées, le tableau des décisions finales complété des documents demandés.

Je vous informe que votre établissement peut être inscrit en commission des suites d'inspection que je préside.

Les présentes décisions peuvent faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif dans le délai de deux mois à compter de leur notification.

Nous vous laissons juger de l'opportunité de transmettre ces éléments au directeur de l'EHPAD.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le directeur général, l'assurance de notre considération distinguée.

Pour le Directeur général  
de l'ARS Hauts-de-France  
et par délégation  
Le Directeur général adjoint  
Jean-Christophe CANLER

Pour le Président du Conseil Départemental  
et par délégation,  
le directeur adjoint de l'Autonomie

Pierre LOYER

Pièce jointe :

- le tableau listant les mesures correctives à mettre en œuvre.

**Mesures correctives**  
**Inspection du 10 février 2022 de l'EHPAD « Les Cotonnières » à Loos**

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité)	Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre A l'issue de la procédure contradictoire (sauf mention contraire)	Délai de mise en œuvre effectif
Ecart n° 1 : en n'ayant pas consulté le conseil de la vie sociale, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF qui dispose que « le projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale... ».	Prescription 1 : Présenter le projet d'établissement finalisé au conseil de la Vie Sociale.	2 mois	
Remarque n° 1 : le projet de soins ne donne pas lieu à des actions concrètes et mesurables dans le temps en ce qui concerne la prise en charge des résidents.	Recommandation 1 : Formaliser un suivi des actions menées en ce qui concerne la prise en charge des résidents dans le cadre du projet de soins	6 mois	
Ecart n° 2 : en ne réunissant pas le conseil de la vie sociale trois par an, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D311-16 du CASF.	Prescription 2 : Mettre en conformité le Conseil de la Vie Sociale avec la réglementation	immédiat	
Ecart n° 3 : le fonctionnement du CVS n'est pas conforme aux dispositions de l'article D.311-20 du CASF.	Cf. prescription 2	immédiat	

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité)	Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre A l'issue de la procédure contradictoire (sauf mention contraire)	Délai de mise en œuvre effectif
Ecart n° 4 : en ne comprenant pas au moins deux représentants des personnes accueillies ou prises en charge par l'établissement, le conseil de la vie sociale ne respecte pas les dispositions de l'article D311-5 du CASF.	Cf. prescription 2	immédiat	
Remarque n° 2 : la politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance est formalisée au sein du groupe ORPEA mais manque d'opérationnalité pour une meilleure appropriation par les professionnels de l'établissement.	Recommandation 2 : Permettre l'appropriation de la politique de promotion de la bientraitance par les professionnels de l'établissement	3 mois	
Remarque n° 3 : le protocole de signalement et de gestion des évènements indésirables est peu utilisé.	Recommandation 3 : Veiller à sensibiliser le personnel à la culture de la déclaration des évènements indésirables et des plaintes en les encourageant à utiliser le protocole de signalement. En assurer un suivi exhaustif et formalisé.	3 mois	
Remarque n° 4 : les procédures relatives à la gestion des réclamations orales et écrites n'ont pas été remises à la mission d'inspection et le personnel de l'établissement n'en n'a pas connaissance	Cf. recommandation 3	3 mois	

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité)	Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre A l'issue de la procédure contradictoire (sauf mention contraire)	Délai de mise en œuvre effectif
Remarque n° 5 : les modalités de suivi des réclamations ne sont pas formalisées et n'ont pas été transmises à la mission d'inspection.	Cf. recommandation 3	3 mois	
Remarque n° 6 : l'absence de formalisation des missions et responsabilités de chaque professionnel engendre un risque de maltraitance non intentionnelle due à une mauvaise compréhension de leur rôle (Recommandations ANESM décembre 2008).	Cf. recommandation	3 mois	
Ecart n° 5 : Les auxiliaires de vie réalisent des soins de nursing, ce qui est contraire aux dispositions de l'article Article R4311-3 et R.4311-4 du CSP. Les AS qui administrent les médicaments la nuit ne sont pas formés au bon usage du médicament tel que prévu par les recommandations ANESM-HAS "Prise en charge médicamenteuse en EHPAD, juin 2017". Elles ne disposent pas d'un protocole daté et signé avec les IDE, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L.313-26 du CASF	Prescription 3 : Mettre fin aux glissements de tâches entre les professionnels de l'EHPAD.	immédiat	
Remarque n° 7 : L'absentéisme n'a pas donné lieu à des analyses des causes et la mise en place d'actions correctives.	Recommandation 4 : Analyser les causes de l'absentéisme et mettre en œuvre un plan	3 mois	

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité)		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre A l'issue de la procédure contradictoire (sauf mention contraire)	Délai de mise en œuvre effectif
Le turn-over du personnel ne favorise pas le repère des résidents.	d'actions correctives			
Remarque n° 8 : L'Ehpad n'a pas formalisé la gestion de toutes les absences. De plus, ces absences ne sont pas gérées de manière réactive.	Recommandation 4 : Analyser les causes de l'absentéisme et mettre en œuvre un plan d'actions correctives		3 mois	
Ecart n° 6 : aucun mode de remplacement n'est formalisé en cas d'absence du personnel dans les deux unités protégées du rez-de-chaussée. De même au 1er étage et second étage, l'inconstance des effectifs présents pour un horaire de travail donné, en termes de nombres et de qualifications des agents ne permet pas la prise en charge et l'accompagnement de qualité qui doivent être assurés au résident en application de l'article L311-3 3° du CASF.	Prescription 4 : Formaliser les modalités de remplacement de manière à permettre une prise en charge et un accompagnement de qualité des résidents conformément à l'article L 311-3 3° du CASF		3 mois	
Remarque n° 9 : les procédures relatives à la gestion des pauses (fréquence et durée en une journée) n'ont pas été remises à la mission d'inspection. Le personnel n'a pas le droit de faire des pauses, ce qui impacte d'une manière négative les conditions de travail.	Recommandation 5 : Instaurer de manière effective les pauses du personnel.		immédiat	

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité)	Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre A l'issue de la procédure contradictoire (sauf mention contraire)	Délai de mise en œuvre effectif
Remarque n° 10 : L'Ehpad n'a pas mis en place un espace de paroles, ce qui n'est pas conforme aux recommandations de la HAS-ANESM « Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées, juin 2008 ».	Recommandation 6 : Veiller à mettre en place un espace d'expression et d'échange des personnels	immédiat	
Remarque n° 11 : les procédures relatives à l'organisation du travail lors des coupures n'ont pas été remises à la mission d'inspection.	Recommandation 7 : Transmettre les procédures relatives à l'organisation du travail lors des coupures	immédiat	
Remarque n° 12 : L'affectation des agents dans les unités (hors UVA) d'hébergement n'est pas pilotée par la direction. Elle ne fait pas l'objet d'un planning qui mentionne la répartition des agents ; elle ne prend pas en compte la charge de travail liée au nombre des résidents dépendants par unité. Cette organisation n'est pas structurée et peut conduire à l'épuisement des agents travaillant dans les unités où le nombre de résidents dépendants est très élevé.	Recommandation 8 : Formaliser et structurer les plannings dans les unités d'hébergement	immédiat	
Remarque n° 13 : Les besoins de formation formulés en EEA ne sont pas accordés.	Recommandation n° 9 : Mettre en œuvre un plan de formation tenant compte des besoins exprimés par les personnels lors	3 mois	

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité)		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre A l'issue de la procédure contradictoire (sauf mention contraire)	Délai de mise en œuvre effectif
		de leurs entretiens annuels.		
	Ecart n° 7 : Tous les IDE ne suivent pas des formations continues d'une manière régulière, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L4021-1 du CSP et non conforme avec les orientations de la HAS « Développement professionnel continu (DPC). La formation professionnelle tout au long de la vie des professionnels de santé paramédicaux, mai 2014 ».	Prescription 5 : Intégrer les IDE dans un programme de formation continue	3 mois	
	Remarque n° 14 : L'Ehpad n'a pas mis en place des espaces d'écoute et d'échanges pour les professionnels. Cette organisation n'est pas conforme aux recommandations de la HAS-ANESM «Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées », juin 2008	cf. recommandation 6	immédiat	
	Remarque n° 15 : Les nouveaux salariés ne sont pas toujours doublés pendant les premiers jours de prise de poste, ni évalués systématiquement.	Recommandation 10 : Améliorer le tutorat des nouveaux salariés	immédiat	

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité)	Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre A l'issue de la procédure contradictoire (sauf mention contraire)	Délai de mise en œuvre effectif
<p>Remarque n° 16 : l'absence de plan de formation continue à destination de l'ensemble des professionnels ne permet pas « la formalisation, la structuration et la consolidation des savoirs en les articulant avec le champ des connaissances relatives aux populations accompagnées... en vue d'ajuster les pratiques et de développer les compétences individuelles et collectives » (Recommandations ANESM : mise en œuvre de la stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées-juin 2008).</p>	<p>Recommandation 11 : Intégrer les professionnels dans un programme de formation continue</p>	<p>3 mois</p>	
<p>Remarque n° 17 : la mission d'inspection remarque cependant la très faible personnalisation des locaux. Très peu de référence aux activités des résidents sont affichées, même si le directeur précise que des animations sont diffusées sur le téléviseur à l'accueil. Les couloirs et différentes salles ou salons de réception sont de ce fait très impersonnels conférant aux locaux un caractère hôtelier. L'établissement, en règle générale, ne ressemble pas à un lieu de vie.</p>	<p>Recommandation 12 : Personnaliser l'EHPAD qui est un lieu de vie.</p>		

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité)		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre A l'issue de la procédure contradictoire (sauf mention contraire)	Délai de mise en œuvre effectif
	Remarque N° 18 : le délai de réponse à l'appel malade n'est pas acceptable.	Recommandation 13 : Faire un rappel des obligations en matière de réponse aux appels malades et effectuer un suivi régulier de leur application	immédiat	
	Ecart n° 8 : L'absence de médecin coordonnateur au sein de l'Ehpad Orpéa à Loos est contraire aux dispositions de l'article D 312-156 du CASF.	Prescription 6 : Recruter un médecin coordonnateur	immédiat	
	Ecart n° 9 : Les admissions ne donnent pas lieu à une évaluation gériatrique par le médecin coordonnateur, ce qui est contraire aux dispositions de l'article 2 du décret n° 2019-714 du 5 juillet 2019.	Prescription 7 : Mettre en œuvre l'évaluation gériatrique des résidents à l'admission par un médecin coordonnateur	immédiat	
	Remarque n° 19 : En l'absence de médecin traitant, le renouvellement des prescriptions n'est pas formalisé dans un protocole, ni structurée au sein de l'Ehpad.	Recommandation 13 : Formaliser dans un protocole le renouvellement des prescriptions en l'absence de médecin traitant	immédiat	
	Remarque n° 20 : Le bilan d'intégration du résident n'est pas effectué d'une manière systématique à différentes étapes du séjour.	Recommandation 14 : Systématiser le bilan d'intégration du résident à différentes étapes du séjour	immédiat	
	Remarque n° 21 : L'accès aux produits d'hygiène et au coiffeur n'est pas garanti à tous les résidents.	Recommandation 15 : Garantir à tous les résidents l'accès aux produits d'hygiène	immédiat	

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité)	Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre A l'issue de la procédure contradictoire (sauf mention contraire)	Délai de mise en œuvre effectif
Ecart n° 10 : En ne disposant pas pour chaque résident d'un projet individualisé, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311.3 du code de l'action sociale et des familles. Cette organisation n'est pas conforme avec les orientations de la HAS-ANESM « Qualité de vie en Ehpad (volet 1). De l'accueil de la personne à son accompagnement, décembre 2010 ».	Prescription 8 : Mettre en œuvre les projets individualisés des résidents et veiller à leur évaluation annuelle	6 mois	
Remarque n° 22 : L'absence d'évaluation annuelle du projet de vie individualisé ne permet pas l'adaptation des modalités d'accompagnement des résidents à l'évolution de leurs besoins (ANESM « les attentes de la personne et le projet personnalisé –décembre 2008) - « Qualité de vie en Ehpad (volet 4) - L'accompagnement personnalisé de la santé du résident », septembre 2012 »	Cf. prescription 8	6 mois	
Remarque n° 23 : En l'absence de l'encadrement et du médecin coordonnateur aux transmissions relatives au suivi régulier des résidents, l'Ehpad n'offre pas des conditions optimales de circulation de l'information.	Recommandation 16 : Veiller à la présence systématiques de l'encadrement (médecin, IDEC ou direction) aux transmissions	immédiat	

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité)		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre A l'issue de la procédure contradictoire (sauf mention contraire)	Délai de mise en œuvre effectif
	Remarque n° 24 : Le coucher des résidents se fait dans des conditions de sous-effectif.	Recommandation 17 : Veiller à la présence d'un effectif suffisant dans toutes les unités lors des couchers. Complète la recommandation 8	immédiat	
	Remarque n° 25 : Tous les agents ne sont pas formés au refus de soins.	Recommandation 18 : former l'ensemble du personnel au refus de soins	3 mois	
	Remarque n° 26 : L'effectif en place ne permet pas l'aide à la marche des résidents et à la prévention de la dépendance d'une manière régulière.	Recommandation 19 : Veiller à un effectif suffisant pour permettre l'aide à la marche et la prévention de la dépendance	immédiat	
	Remarque n° 27 : L'Ehpad n'a pas organisé des bilans, ni RETEX sur les chutes afin d'analyser les causes et mettre en place des actions adéquates, ce qui n'est pas conforme avec les orientations de la HAS-ANESM « Qualité de vie en Ehpad (volet 2) Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, juin 2011 »	Recommandation 20 : Mettre en place un plan anti chutes dans la globalité	3 mois	
	Remarque n° 28 : compte tenu de la sectorisation des résidents (4 unités sur 6 sont touchées par la Covid le jour de l'inspection) et de la fermeture du PASA qui perturbent le planning des	Recommandation 21 : Mener des actions auprès des résidents pour les faire participer, s'ils le souhaitent, aux activités proposées dans l'établissement	immédiat	

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité)	Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre A l'issue de la procédure contradictoire (sauf mention contraire)	Délai de mise en œuvre effectif
animations, il est difficile pour la mission d'apprécier la part de la prise en charge consacrée aux activités dans ce contexte sanitaire particulier. Pour autant, la mission a constaté une faible mobilisation et participation des résidents aux activités et animations proposées.			
Remarque n° 29 : Le régime mixé n'est pas varié.	Recommandation 22 : Impliquer davantage les professionnels de soins dans l'élaboration des menus et les personnaliser davantage en fonction des résidents de l'EHPAD (améliorer la qualité et la variété des régimes mixés...)	immédiat	
Remarque n° 30 : l'élaboration des régimes alimentaires n'est pas formalisée dans une procédure qui précise les rôles de chacun (IDE, IDEC, AS, ADV et médecin). Le régime alimentaire et sa texture ne sont pas formalisés.	Cf. recommandation 22	immédiat	
Remarque n° 31 : Aucun professionnel de santé (IDEC, IDE, médecin) ne participe à la commission des menus, ce qui n'est pas conforme aux recommandations du rapport cité dans	Cf. recommandation 22	immédiat	

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité)	Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre A l'issue de la procédure contradictoire (sauf mention contraire)	Délai de mise en œuvre effectif
l'avis N°53 du Conseil National de l'Alimentation du 15 décembre 2005.			
Remarque n° 32 : L'absence de diététicienne ne permet pas aux résidents de bénéficier de repas de qualité répondant à leurs besoins et choix.	Cf. recommandation 22	immédiat	
Remarque n° 33 : La réévaluation des plans de soins n'est pas réalisée d'une manière structurée et régulière entre les IDE/AS/ADV.	Cf. recommandation 1	6 mois	
Remarque n° 34 : Le personnel de l'EHPAD ne signale pas en interne les évènements indésirables liés aux soins. Aucune démarche incitative n'a été mise en place. L'EHPAD n'a pas mis en place une démarche qualité et gestion des risques.	Cf. recommandation 3	3 mois	
Remarque n° 35 : Les IDE transcrivent sur Netsoins « espace prescripteurs » d'une manière régulière certaines prescriptions médicales (à la place des médecins traitants).	Recommandation 23 : Inciter les médecins traitants à retranscrire leurs prescriptions dans le logiciel Netsoins	immédiat	
Remarque n° 36 : Tous les agents travaillant à l'Ehpad et plus particulièrement ceux de l'UVA ne sont	Recommandation 24 : Former l'ensemble des professionnels à la prise en charge des résidents	immédiat	

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité)		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre A l'issue de la procédure contradictoire (sauf mention contraire)	Délai de mise en œuvre effectif
	pas formés à la prise en charge des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés.	atteints de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés.		
	Remarque n° 37 : L'EHPAD n'a pas mis en place une organisation structurée sur la prise en charge des escarres avec une procédure, un personnel formé, permettant de faire des protocoles de soins individualisés. Il n'a pas désigné un référent escarres au sein de l'Ehpad.	Recommandation 25 : Mettre en œuvre une procédure de prise en charge des escarres	immédiat	
	Remarque n° 38 : Tous les agents (IDE, AS..) ne sont pas formés aux soins palliatifs. Ils ne connaissent pas ce protocole sur les soins palliatifs, ce qui n'est pas conforme aux recommandations de la HAS-ANESM Qualité de vie en Ehpad (volet 4) : L'accompagnement personnalisé de la santé du résident, septembre 2012 ».	Recommandation 26 : Former l'ensemble des agents aux soins palliatifs et les sensibiliser à l'utilisation du protocole soins palliatifs	immédiat	
	Remarque n° 39 : Le poste AS « référente changes/protection » est un poste à financement soins par l'ARS. Or, celui-ci est affecté à des missions d'hébergement, dont le financement relève du conseil départemental.	Recommandation 27 : changer l'affectation budgétaire du poste AS « référente changes/protection »	immédiat	

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité)		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre A l'issue de la procédure contradictoire (sauf mention contraire)	Délai de mise en œuvre effectif
	Remarque n° 40 : Absence de formation sur le risque suicidaire au profit du personnel de l'Ehpad.	Recommandation 28 : Elaborer un protocole du risque suicidaire et former l'ensemble des agents à la prévention du risque suicidaire du résident	immédiat	
	Remarque n° 41 : L'Ehpad n'a pas élaboré un protocole relatif à la crise suicidaire.	Cf. recommandation 28	immédiat	
	Remarque n° 42 : La coordination entre les masseurs-kinésithérapeutes et les IDE n'est pas structurée.	Recommandation 29 : Améliorer et fluidifier la coordination entre IDE et les masseurs kinésithérapeutes	immédiat	
	Remarque n°43 : aucune convention de partenariat n'est établie avec d'autres établissements médico-sociaux et sociaux.	Recommandation 30 : Travailler aux conventions partenariales avec d'autres établissements médico-sociaux et sociaux	6 mois	