

RAPPORT D'INSPECTION CONJOINT ARS PACA – CONSEIL DEPARTEMENTAL 83

EHPAD KERIOS

306 avenue Marc Delage
83130 LA GARDE

Inspection du 22 août 2024

[REDACTED]



AVERTISSEMENT

1. Les constats sont arrêtés à la date de signature du rapport, sur la base des éléments connus par la mission à cette date. Seules les erreurs matérielles pourront être rectifiées dans le rapport lui-même à l'issue de la procédure contradictoire.

2. Un rapport d'inspection est un document présentant un caractère administratif au sens de l'article L300-2 du code des relations entre le public et les administrations et de la jurisprudence constante de la Commission d'Accès aux Documents Administratifs (CADA). Il fait donc partie des documents administratifs communicables sous les conditions posées par le code précité. Ces conditions lui sont ainsi applicables selon des modalités précisées ci-dessous.

Si, en application de cette loi, les autorités administratives sont tenues de communiquer les documents administratifs qu'elles détiennent aux personnes qui en font la demande », ce « droit à communication » comporte des conditions d'application:

1/ Tenant à la nature du document

Le droit à communication ne s'applique qu'à des documents achevés (article L311-2 du code des relations entre le public et les administrations). Ainsi :

→ Le rapport d'inspection n'est communicable aux tiers qu'une fois la procédure contradictoire achevée après recueil et examen des observations éventuelles de l'entité inspectée et les décisions définitives notifiées ;

→ En tout état de cause, les personnes morales et physiques dépositaires de ces documents (autorités administratives, dirigeants et gestionnaires d'organismes, d'associations ou d'établissements) restent soumises aux obligations de discrétion ou de secret qui leur sont propres. Elles devront répondre d'une utilisation et d'une conservation des documents communiqués conformes à leur nature. Il leur appartiendra tout particulièrement de prévenir l'éventuelle divulgation des données de caractère personnel et nominatif pouvant figurer dans les rapports et soumises à protection particulière.

Le droit à communication ne concerne pas les documents préparatoires à une décision administrative en cours d'élaboration

Cette condition est susceptible de s'opposer à la communication de rapports liés à une procédure administrative qui n'aurait pas encore abouti à une décision.

2/ Concernant la qualité des bénéficiaires du droit à communication

L'article L311-6 du code des relations entre le public et les administrations précise que « ne sont communicables qu'à l'intéressé [et non à des tiers] les documents administratifs :

→ dont la communication porterait atteinte au secret de la vie privée et des dossiers personnels, au secret médical et au secret en matière commerciale et industrielle

→ portant une appréciation ou un jugement de valeur sur une personne physique, nommément désignée ou facilement identifiable,

→ faisant apparaître le comportement d'une personne, dès lors que la divulgation de ce comportement pourrait lui porter préjudice »

Il appartient à l'autorité administrative commanditaire de l'inspection et à laquelle le rapport d'inspection est destiné d'apprécier au cas par cas si certaines des informations contenues dans le rapport relèvent de l'une des catégories ci-dessus.

Toutefois, lorsqu'un document comporte certains passages non communicables aux tiers notamment parce qu'il contient de telles informations, l'autorité administrative n'est pas pour autant dispensée de communiquer les passages communicables dès lors que ces différentes parties sont dissociables et que cette dissociation ne dénature pas le sens du document.

AVERTISSEMENT	2
SOMMAIRE	3
1. CONTEXTE	5
a) Une inspection diligentée en urgence	5
b) Un Ehpad dont les dysfonctionnements récurrents ont amené à réitérer les inspections	6
Inspection ARS du 23 avril 2018	6
Inspection ARS du 10 décembre 2018	7
Inspection conjointe ARS-CD du 25 octobre 2022	8
Inspection conjointe ARS-CD du 6 juin 2024	8
c) Une gestionnaire dont les autres Ehpad dysfonctionnent	10
d) Un EIGS faisant état de conditions de fin de vie inhumaines d’une résidente	10
2. UNE DEFAILLANCE DE LA GOUVERNANCE QUI MET EN INSECURITE PERSONNELS ET RESIDENTS	12
a) La continuité de direction n’est pas assurée	12
b) Le directeur indique ne pas avoir été informé des conditions de fin de vie de Mme X	13
3. UNE POLITIQUE DEFAILLANTE COMPROMETTANT LA QUALITE, LA CONTINUITE DE LA PRISE EN CHARGE AINSI QUE LA SECURITE DES RESIDENTS	14
a) Des constats récurrents quant à la fragilité des ressources humaines	14
b) L’organisation des ressources humaines au cours de la semaine du 5 au 9 août	14
c) Un personnel qui ne dispose pas du matériel nécessaire	16
Les tenues des professionnels	16
Le non-respect des bonnes pratiques d’hygiène des mains	16
Hygiène des locaux	17
Hygiène corporelle.....	18
Le matériel de transfert	20
Eau gélifiée.....	20
4. LA PRISE EN CHARGE DE LA FIN DE VIE DE MME X	21
a) Les prises en charge médicale, infirmière et soignante ne sont pas coordonnées ni encadrées	21
Prise en charge médicale	21
Prise en charge par les IDE.....	21
Prise en charge par les AS	22

b)	Un défaut de prise en charge dans la fin de vie	23
	Le dossier médical identifie une altération conséquente de l'état général en mars 2024.....	23
	La traçabilité de l'évolution de l'état de santé de Mme X est variable selon les professionnels	24
	La prise en charge de la fin de vie de Mme X est non conforme aux bonnes pratiques et non individualisée	24
	Mme X présentait une escarre qui peut être un des facteurs explicatifs de l'infestation	26
5.	UNE GESTION INAPPROPRIÉE D'UN ÉVÈNEMENT EXCEPTIONNEL.....	27
a)	Une infestation de fourmis dans un contexte de dégradation des conditions d'hygiène de l'environnement des résidents	27
b)	Un personnel qui ne prend pas la mesure de l'évènement	28
	Une traçabilité quasi inexistante d'un évènement exceptionnel	28
	Un non-respect de l'obligation de déclaration au titre de l'article L. 331-8-1 du code de l'action sociale et des familles.....	29
c)	Un personnel très impacté	30
	Une liberté d'expression des personnels limitée qui impacte la circulation des informations	30
	Une absence de soutien aux personnels	30
d)	L'absence de mesures appropriées face à cet évènement exceptionnel	31
6.	CONCLUSION.....	32
	ANNEXES	34
	Annexe 1 : Lettre d'annonce et lettres de mission	34
	Annexe 2 : Liste des pièces demandées par la mission d'inspection.....	36
	Annexe 3 : Liste des personnes avec lesquelles la mission d'inspection a eu un entretien	37
	Annexe 4 : Autorisations d'entrer en chambre	38
	Annexe 5 : Déclaration anonymisée.....	39
	Annexe 6 : Dotation changes complets	44

1. Contexte

a) Une inspection diligentée en urgence

A la suite de la déclaration sur la plateforme nationale de signalement le 16 août 2024, d'un événement indésirable grave lié aux soins (EIGS), le directeur général de l'ARS PACA et le Président du Conseil départemental du Var ont décidé de diligenter, en application de l'article L313-13 du code de l'action sociale et des familles, ainsi que des articles L6116-2, L1421-1 et L1435-7 du code de la santé publique, une mission d'inspection conjointe au sein de l'EHPAD Kérios situé à La Garde.

Cette mission s'effectue dans le contexte de l'inspection réalisée sur site le 6 juin 2024, elle-même s'inscrivant dans la continuité de l'inspection réalisée en octobre 2022. Au jour du signalement de l'EIGS, la procédure contradictoire était en cours.

L'EIGS décrivant des conditions de fin de vie inhumaines pour une des résidentes de l'Ehpad. Compte tenu de sa gravité, le médecin de l'ARS du Var a immédiatement instruit cet EIGS et le 20 août s'est entretenu avec le déclarant qui souhaite conserver l'anonymat. Elle a réceptionné des photos de la résidente. Au vu des pièces reçues, et du témoignage recueilli, les autorités de contrôle ont déclenché sans délai une nouvelle inspection sur site. Par respect pour la personne décédée et sa famille, elle sera identifiée dans le rapport comme Mme X.

Cette inspection s'est effectuée sur site de manière inopinée, à partir du 22 août 2024 et avait notamment pour objectif de vérifier et d'analyser (annexe 1 : lettre d'annonce et lettres de mission) :

- Les conditions de survenue et de prise en charge de l'évènement signalé ;
- Les réponses apportées dans le cadre de la procédure contradictoire suite à la transmission du tableau des mesures et du rapport de l'inspection réalisée le 6 juin 2024 et de la réception de la réponse de l'établissement le 20 août 2024.

Cette mission d'inspection a été menée par une équipe composée de :

➤ Pour l'ARS PACA :

[REDACTED]

➤ Pour le Département du Var, Direction de l'autonomie :

[REDACTED]

A son arrivée à 9h00, la mission d'inspection a été accueillie par un infirmier. Prévenu de la présence de la mission d'inspection, le directeur est arrivé sur site à 9h45.

L'EHPAD « Kérios » a une capacité de 80 lits d'hébergement permanent. Le jour de l'inspection, l'établissement accueillait ■ résidents.

L'équipe a inspecté une chambre qui n'est pas celle qu'avait occupé Mme X (la personne hébergée dans cette chambre étant sous tutelle) et les parties communes. Elle s'est particulièrement intéressée au fonctionnement du [REDACTED] étage qui est celui dans lequel était hébergée la résidente, [REDACTED]. La mission a recueilli des éléments formalisés et s'est entretenue avec des membres du personnel. Le présent rapport comporte l'analyse des documents collectés (liste en annexe 2), les constats faits sur site et une synthèse des informations issues des entretiens réalisés (liste des personnes rencontrées en annexe 3).

b) Un Ehpad dont les dysfonctionnements récurrents ont amené à réitérer les inspections

Inspection ARS du 23 avril 2018

Cette inspection a été menée par l'ARS suite à plusieurs signalements transmis en 2017 et 2018 remettant en cause la prise en charge des résidents et la gouvernance de l'établissement.

La rédaction du rapport a été complexifiée par un certain nombre d'événements intercurrents :

- Un courrier signé d'un collectif des soignants de l'EHPAD reçu le 15 juin 2018 qui, compte tenu de la gravité des événements relatés, avait déclenché un signalement au procureur de la République conformément à l'article 40 du code de procédure pénale.
- Un nouveau déplacement sur site le 31 juillet à la demande des autorités judiciaires.

Le rapport et les mesures envisagées ont été notifiés le 5 septembre 2018 et un délai supplémentaire a été accordé à la demande de l'établissement pour y répondre.

Le 9 novembre 2018, l'établissement formulait des réponses par l'intermédiaire d'un cabinet d'avocats, remettant en cause certains constats du rapport et contestant un certain nombre d'écarts et d'observations relevés par la mission d'inspection.

Aucune correction n'était apportée aux écarts et observations formulées dans le rapport pouvant engendrer des risques pour la sécurité et la qualité de l'accompagnement des personnes accueillies.

Suite à l'analyse des réponses de l'établissement, les risques suivants étaient confirmés :

Des conditions d'organisation et de fonctionnement qui ne permettaient pas de garantir la sécurité des résidents et une prise en charge de qualité adaptée aux besoins des résidents et le respect des personnes accueillies :

- Les effectifs des personnels soignants n'étaient pas conformes aux moyens attribués dans la convention tripartite. Le poste de psychologue était vacant ;
- La non qualification d'un certain nombre de personnels aux postes d'aides-soignants ;
- La complexité de l'organisation des transmissions entre les professionnels de santé et l'obsolescence des dossiers de liaison d'urgence (DLU) présentaient un risque de perte d'information importante et majeure ;
- L'absence de logiciel soins entraînant des risques de perte d'informations, d'iatrogénie ou d'erreur d'administration ;
- Une distribution des médicaments effectuée par des personnels non habilités.

Des carences dans la gouvernance de l'établissement :

- L'absence du niveau de qualification requis pour la directrice ¹;
- L'absence de document unique de délégation permettant d'exercer pleinement la continuité des missions de direction aux délégués.

Considérant que le rapport démontrait des dysfonctionnements graves dans la gestion ou l'organisation susceptibles d'affecter la prise en charge ou l'accompagnement des usagers ou le respect de leurs droits, l'injonction de répondre aux mesures définitives a été envoyée le 02/01/2019 et reçue par l'établissement le 14/01/2019.

Faute de réponses dans les délais impartis, un courrier de relance a été adressé le 25 février 2019.

Le gestionnaire a déposé une requête auprès du tribunal administratif (TA) demandant l'annulation de la décision d'injonctions du 2 janvier 2019 prise par le délégué départemental du Var de l'ARS PACA. Après le rejet de cette requête par le tribunal administratif de Toulon par un jugement en date du 24 juin 2021 ; le gestionnaire a fait appel. Par une décision du 5 mai 2023, la cour administrative d'appel a rejeté la requête introduite par la SA Kérios, demandant l'annulation du jugement du TA.

Inspection ARS du 10 décembre 2018

Cette inspection ciblée sur le circuit du médicament et réalisée par des pharmaciens inspecteurs de l'ARS fait suite au constat effectué sur ce point lors de la précédente inspection qui ne comprenait pas de pharmacien dans son équipe.

Le rapport initial est adressé le 20 décembre 2018 et conclut :

Au vu des constats effectués, la prise en charge médicamenteuse des résidents et notamment l'ensemble des étapes du circuit du médicament ne sont absolument pas sécurisés au sein de votre établissement.

L'ensemble de ces dysfonctionnements représente une gravité importante et un risque majeur d'erreur médicamenteuse pour les résidents.

La sécurité minimale des résidents au niveau de la prise en charge médicamenteuse n'est pas assurée.

Aussi, ce rapport fait l'objet d'injonctions et de prescriptions nécessitant des réponses sans délai de la part de la direction de l'établissement, la mise en place d'actions correctives sans délai, ceci afin de respecter l'ensemble des dispositions prévues par le code de la santé publique.

Le suivi effectué suite à cette inspection aboutie à un rapport final, en date du 15 juillet 2019, qui indique :

Les réponses et les engagements de la direction de l'établissement sont satisfaisants et ont permis de lever les injonctions, les prescriptions et la plupart des recommandations effectuées lors de l'inspection du 10 décembre 2018.

¹ La directrice de l'époque est l'actuelle gestionnaire de l'EHPAD.

Inspection conjointe ARS-CD du 25 octobre 2022

Cette inspection s'inscrit dans le cadre national du plan Ehpad 2022-2024. Le choix de retourner dans cet établissement est effectué au vu des inspections antérieures, d'un nouveau signalement, de 3 réclamations reçues en 2022 et de la difficulté pour les autorités de contrôle à échanger avec l'établissement.

Le rapport en date du 1^{er} février 2023 concluait :

« La mission inspection a rencontré des difficultés de disponibilité de la direction, et d'accessibilité des locaux tout au long de la journée sur site. A l'arrivée du directeur de l'établissement, seulement l'après-midi, celui-ci s'est montré coopérant avec les différents interlocuteurs. Les services d'un serrurier ont été nécessaires, pour pénétrer dans les pièces inaccessibles sans clé passe-partout. La directrice générale n'a jamais été joignable.

En dépit d'une inspection réalisée en 2018, des dysfonctionnements persistent, notamment en termes d'organisation des soins, où le risque de perte et de non-traitement d'informations médicales et générales nuit à la qualité, la continuité et la sécurité de la prise en charge des résidents.

Par ailleurs, depuis 2018, les conditions d'hébergement se sont dégradées, avec une dangerosité dans les accès aux étages et de certains mobiliers.

Malgré le recrutement en 2020 [REDACTED], la gouvernance de l'établissement reste structurellement défaillante :

- La continuité de direction n'est pas assurée.
- Le directeur n'a pas été en mesure de rendre compte des conditions d'organisation et de fonctionnement de l'établissement.
- Le directeur est absent auprès du personnel et n'est pas repéré dans sa fonction par les salariés.
- Une aide-soignante, faisant fonction d'adjoint de direction, effectue un travail dans les fonctions dévolues à la direction. Cependant, le fait de n'être ni diplômée, ni engagée dans un processus de certification, fragilise sa position.
- L'analyse de l'organisation du travail est peu lisible et les outils de planification ne sont pas adaptés.

A cela s'ajoute une équipe en nombre insuffisant, des glissements de tâches, une culture de la gestion des risques insuffisante, une prise en charge en soins fragilisée ce qui ne permet pas de garantir la continuité, la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents.

Pour finir, la mission inspection souhaite souligner la bonne volonté et la motivation des équipes de terrain. »

Le 12 mai 2023, lors de l'envoi des mesures définitives, 1 injonction, 15 prescriptions et 10 recommandations étaient émises.

En juillet, le gestionnaire a déposé une requête auprès du tribunal administratif demandant l'annulation de la décision conjointe du 12 mai 2023 notifiant les mesures administratives définitives. Cette requête est toujours pendante.

Inspection conjointe ARS-CD du 6 juin 2024

Dans le cadre du suivi des mesures de l'inspection du 25 octobre 2022, l'établissement n'a adressé aucun document depuis le 21 juillet 2023, malgré un courrier de relance des autorités de tarification et de contrôle notifié le 7 février 2024.

L'inspection du 6 juin 2024 ayant fait de nouveaux constats, un rapport a été rédigé et une nouvelle procédure contradictoire engagée. Le rapport en date du 26 juin 2024 et notifié le 11 juillet concluait :

« L'établissement bénéficie de bonnes conditions d'hébergement avec des locaux propres, adaptés et lumineux. Cependant, certains lieux, dont l'ensemble des espaces extérieurs et la plupart des espaces communs, ne sont pas accessibles, ou de manière restrictive, aux résidents ce qui ne permet pas de concourir à leur bien-être moral et porte atteinte à leur liberté d'aller et venir. De plus, le système de sécurisation des escaliers engendre une nuisance sonore qui perturbe la tranquillité des résidents et de toute personne présente dans l'établissement. Enfin, l'établissement est doté d'un système de vidéosurveillance intrusif, générant un sentiment de malaise pour le personnel et dont l'utilité n'est pas démontrée (surveillance de la bibliothèque-salle des transmissions ; du salon de convivialité ; du bureau infirmier ; du bureau du MEDEC...).

La mission a constaté une accumulation de défauts dans la gouvernance : une directrice générale omniprésente bien qu'à distance, un directeur de site ne disposant d'aucun pouvoir décisionnel en termes de stratégie et financier, un MEDEC qui ne remplit pas ses missions de coordination, une adjointe de direction d'un autre établissement appartenant au même gestionnaire et une AS référente dont les fonctions restent à préciser. A son arrivée sur site puis pendant plusieurs heures, la mission n'a eu comme interlocuteurs que l'AS référente et l'IDEC et n'a pu joindre, y compris par téléphone, ni le directeur, ni le gestionnaire.

L'IDEC, nommé très récemment, fait face à un manque de matériels (absence de dossiers de soins informatisés ; absence de plateau de pesée ; absence de sac d'urgence...) et de personnel (■% du personnel aide-soignant est non diplômé, des glissements de tâches sont constatés, une culture professionnelle insuffisante, une absence de psychologue). En l'absence de système d'information, le dossier type de soins n'est pas construit de façon adaptée et n'est pas mis à jour au fil de l'eau. La multiplication des supports et leur incomplétude ne permettent pas d'assurer la continuité des soins et la sécurité de la prise en charge du fait de l'éclatement des informations sur différents supports. Enfin, l'établissement ne respecte pas le secret médical en communiquant l'intégralité des transmissions soignantes à ■ personnels administratifs de l'Ehpad dont la directrice générale.

Enfin, l'EHPAD « Kérios » ne s'est pas approprié la culture de la gestion des risques concernant le signalement des événements indésirables et les risques infectieux. Cette absence de politique active de la gestion des risques met en jeu la santé et la sécurité des résidents.

La mission a donc constaté la persistance des carences en termes de gouvernance, de ressources humaines, de prise en charge des soins des résidents et du respect des droits des résidents compromettant la qualité, la continuité et la sécurité de la prise en charge des résidents ainsi que leur bien-être physique et moral. »

En parallèle à la procédure contradictoire, le directeur général de l'ARS a effectué un signalement au procureur de la République conformément à l'article 40 du code de procédure pénale du fait d'une pratique de vidéosurveillance intrusive au sein de l'établissement et de la transmission de données médicales et soignantes à du personnel n'ayant pas à en connaître (dont le gestionnaire de l'établissement).

Les réponses de l'établissement ont été reçues le 20 août 2024. Leur analyse était en cours au moment du déclenchement de l'inspection du 22 août. Elle a été complétée par les constats effectués lors du déplacement sur site. Le tableau des mesures définitives est en [annexe 4](#). Il tient compte à la fois de la réponse écrite de l'établissement et des constats réalisés lors de l'inspection du 22 août.

La mission relève que les réponses montrent à nouveau que l'établissement n'a pas pris la mesure des dysfonctionnements constatés. Il n'apporte pas de réponses appropriées :

- Ni sur le fond : 15 injonctions, 16 prescriptions et 12 recommandations maintenues ;
- Ni sur la forme : ainsi sur la recommandation n°3, qui visait à inciter l'établissement à remplacer le mobilier vétuste, l'établissement répond que « Le mobilier dans les chambres n'a rien de vétuste, en cas de défectuosité il est bien entendu remplacé. Nous n'avons pas vocation à être un hôtel au design dernier cri ».
- Les seuls points d'avancée positifs sont l'indication par l'établissement de l'installation du logiciel ■■■■■ la semaine du 11 au 14 septembre 2024 et la constitution d'un sac d'urgence.

c) Une gestionnaire dont les autres Ehpad dysfonctionnent

La gestion de l'Ehpad est assurée par une société anonyme qui appartient à une personne résidant au Canada et ayant eu en gestion deux autres Ehpad :

- L'Ehpad au Bel Age (Alpes-Maritimes) a fait l'objet d'une suspension d'activité en décembre 2022 après une mise sous administration provisoire qui n'avait pas permis de redresser sa situation. Il a fermé définitivement en 2023.
- L'Ehpad l'Héliotrope (Var) pour lequel, suite à inspection, une décision conjointe en date du 28 juin 2024 du Directeur général de l'ARS et du Président du Conseil Départemental du Var a porté désignation d'un administrateur provisoire au sein de l'EHPAD Centre Hélotrope pour une durée de 6 mois. La gestionnaire a saisi le tribunal administratif de Toulon le 30 juillet 2024 d'un référé suspension à l'encontre de cette décision. Cette requête a été rejetée par le tribunal le 14 août 2024.

d) Un EIGS faisant état de conditions de fin de vie inhumaines d'une résidente

L'EIGS a été déclaré le vendredi 16 août 2024. Cette déclaration a été anonymisée pour être annexée au rapport (annexe 5).

Cet EIGS est déclaré par une personne qui relate des faits qui lui ont été rapportés. Cette personne n'est donc pas le témoin direct des faits évoqués. Ceux-ci sont les suivants :

- Une résidente en fin de vie victime [REDACTED] sur tout son corps, par tous les orifices ;
- L'existence de photos à l'appui de cette déclaration ;
- La tentative de l'équipe de nuit de contacter sa hiérarchie sans succès ;
- La notion d'une infestation déjà présente le jour précédent ;
- L'absence d'accompagnement et de soins de confort pour cette fin de vie ;
- Un manque de personnel et de matériel ;
- Une hiérarchie absente, ou maltraitante quand elle n'est pas absente, et une situation d'omerta ;
- Le décès de la résidente le 9 août ;
- Des conditions de fin de vie indignes qui empêchent de dormir le déclarant.

Le médecin inspecteur de santé publique en charge de sa gestion en prend connaissance le lundi 19 août. Le lendemain, il contacte la personne à l'origine du signalement.

Celle-ci adresse les photographies à l'ARS et complète son signalement :

- Dans les 15 derniers jours, constat d'une dégradation très importante des soins de nursing de cette résidente (état d'incurie, [REDACTED], absence de matelas adapté...);
- [REDACTED];
- Signalement [REDACTED] à l'IDEC et l'absence de réponse [REDACTED] du directeur et de l'assistante de direction aux sollicitations du personnel ;

Le mercredi 20 août, après concertation entre les deux autorités de contrôle et au vu du caractère insoutenable des photos transmises et très préoccupant des éléments rapportés, une inspection sur site est décidée en urgence et est réalisée le jeudi 21 août.

Le même jour (20 août), le directeur général de l'ARS a effectué un signalement au procureur de la République conformément à l'article 40 du code de procédure pénale.

Un courrier anonyme émanant de professionnels de l'EHPAD Kérios dont le cachet de la poste indique un dépôt en date du 23 août, lendemain de l'inspection sur site, a été réceptionné à l'ARS le 28 août. [REDACTED]

2. Une défaillance de la gouvernance qui met en insécurité personnels et résidents

a) La continuité de direction n'est pas assurée

Lors des inspections précédentes (23 avril 2018 ; 25 octobre 2022 et 6 juin 2024), les inspecteurs avaient mis en évidence une carence de la gouvernance et un défaut de continuité de la fonction de direction.

Au cours du débriefing de l'inspection du 6 juin, la mission avait indiqué à la direction l'importance de disposer d'une organisation structurée qui permette d'assurer la continuité de direction et de faire connaître cette organisation aux personnels. Le 6 juin, la mission avait en effet constaté qu'il lui avait été impossible de contacter le directeur et la gestionnaire à son arrivée sur site. Elle avait souligné qu'en cas d'évènement majeur, en l'absence de la direction sur site, les personnels devaient avoir la possibilité de la contacter ou d'identifier le délégataire de cette fonction. Ce point faisait l'objet de l'injonction n°1 du tableau des mesures envisagées. Dans le cadre du contradictoire, aucune réponse n'a été apportée par l'établissement.

Lors de l'inspection qui a débuté le 22 août 2024, la mission a constaté la récurrence de ce dysfonctionnement. En effet, lorsque la mission est arrivée sur le site de l'Ehpad à 9 h, l'infirmier en poste a indiqué à la mission ne pas disposer du numéro contact lui permettant de joindre le directeur. Il a dû téléphoner à différents collègues pour obtenir son numéro de téléphone afin de lui indiquer qu'une inspection se déroulait dans l'établissement. Une fois contacté, celui-ci est arrivé rapidement.

Sur site, les professionnels ont indiqué ne pas savoir qui contacter en cas d'urgence, la nuit notamment. Ce point fait écho aux éléments tracés dans l'EIGS qui met en exergue l'absence de réponse du directeur (en vacances sur cette période-là) et de l'assistante de direction de l'Ehpad l'Héliotrope. Devant une situation exceptionnelle, les professionnels n'ont pu joindre la direction et n'ont pas été en mesure d'apporter une réponse adaptée à cette situation.

Quand il a été demandé au directeur qui l'avait remplacé pendant ses congés du mois d'août, il n'a pas apporté de réponse dans un premier temps puis dans un deuxième temps a cité l'IDEC, l'AS référente et l'assistante de direction de l'Ehpad l'Héliotrope. Celle-ci a indiqué qu'elle n'était pas positionnée sur l'Ehpad Kérios et venait pendant les absences du directeur pour relever le courrier ou sur demande.

Lors du débriefing réalisé par la mission d'inspection en fin d'inspection, le directeur a indiqué que ce numéro était affiché à l'accueil. Il existe une procédure d'astreinte pour la nuit, les week-end et les jours fériés qui donne en fonction des horaires comme contact :

- Le directeur de 13h à 0h en semaine
- La gestionnaire de 0h à 6 h en semaine et les WE impair
- L'assistante de direction les WE pair.

Cette pièce est fermée à clé. En l'absence du directeur ou de l'agent d'accueil, les personnels qui ne disposent pas de la clé, ne peuvent y accéder.

L'affichage n'est donc pas opérationnel la nuit ni les WE.

De plus, la mission n'a pas constaté la présence de cet affichage le jour de l'inspection.

Ecart : L'absence de structuration et d'organisation de la continuité de la direction est récurrente et laisse les professionnels sans solution en cas de difficultés.

Ce dysfonctionnement est d'autant plus préjudiciable qu'en sus des périodes de congés et de week-ends, le directeur est présent sur place à partir de 14 heures ce qui laisse également les personnels du matin sans appui en l'absence de l'IDEC ou de l'AS référente, ce qui était le cas le jour de l'inspection.

L'évènement survenu la nuit du 8 au 9 août 2024 démontre l'insécurité des personnels et résidents au sein de l'Ehpad. La prise en charge n'a pas permis d'assurer la dignité et l'intégrité des résidents, ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF.

b) Le directeur indique ne pas avoir été informé des conditions de fin de vie de Mme X

Lors de la présentation de la mission d'inspection au directeur de l'établissement, ce dernier n'avait pas connaissance d'une situation de fin de vie difficile au sein de son Ehpad au cours de la période estivale. Le directeur a précisé qu'il était en vacances pendant la période concernée.

Lors du débriefing de l'inspection avec le directeur et l'assistante de direction de l'Ehpad l'Héliotrope, le directeur a indiqué avoir compris que la mission d'inspection avait été diligentée suite à la présence de fourmis dans les locaux. Il a indiqué qu'il lui avait été rapporté la présence de fourmis au sein de l'établissement et que des mesures avaient été prises : mobilisation d'un prestataire extérieur dont la date de l'intervention a été précisée ultérieurement (envoi le [REDACTED] d'une attestation d'intervention en date du [REDACTED] après-midi. Il a également indiqué à la mission qu'il était fréquent qu'en Provence, on ait à faire face à l'intrusion de fourmis dès que de la nourriture (le « hamburger » a été cité) était laissé dans un local.

Cette restitution est en complet décalage avec les éléments portés à la connaissance de la mission. Les inspecteurs notent que le directeur n'a pas de connaissance précise des événements qui ont lieu dans l'Ehpad dont il est responsable. Il ne s'est pas intéressé à la situation et a méconnu sa gravité.

En d'autres termes, du fait de l'absence de structuration et de l'organisation de l'astreinte de direction, il n'y a personne pour faire le relai avec le directeur sur les événements qui ont lieu en son absence. Par ailleurs, il n'a pas engagé de démarche complémentaire pour savoir ce qui s'est passé.

De même, la mission a pu constater que suite à son arrivée sur site, il n'a pas été en capacité ;

- De fournir à la mission d'inspection les dossiers des 4 résidents décédés au cours de l'été ; il n'a pu les localiser qu'à l'arrivée de l'assistante de direction de l'Héliotrope ;
- D'indiquer à la mission si son établissement disposait d'eau gélifiée et d'en repérer le lieu de stockage habituel ;
- De répondre au cuisinier qui l'interrogeait pour savoir si la commande d'eau gélifiée avait été passée ; il a répondu « pas à mon niveau » ce qui interroge sur le niveau requis (gestionnaire ?) pour une commande de ce type, n'engageant que des frais limités.

Enfin, la mission relève que la réponse de l'établissement, dans le cadre de la procédure contradictoire de l'inspection du 6 juin, renvoie à deux reprises, à la gestionnaire pour des mesures à prendre : désactivation de l'alarme de l'escalier (injonction n°9) et remplacement du système d'appel malade (injonction n°5).

Ecart : L'ignorance de la gravité de la situation de Madame X au regard des circonstances de son décès démontre le caractère non opérationnel de la direction. Aucun des personnels n'a informé le directeur à son retour de congés. Il n'a pas pris la mesure du malaise important de ses salariés, évoqué de manière récurrente lors des entretiens. Au-delà de cet événement, de nombreux facteurs confirment que la direction n'est pas opérationnelle, ce qui ne permet pas d'assurer la sécurité et la dignité de la prise en charge des résidents ce qui contrevient à l'article L311-3 CASF.

	Après-midi	██████
Mercredi 7 août	Matin	██████
	Après-midi	██████████
Jeudi 8 août	Matin	██████
	Après-midi	██████████
Vendredi 9 août	Matin	██████
	Après-midi	██████████

A cela s'ajoute un aide-soignant volant non diplômé sur la période analysée.

La mission constate que le matin, moment des soins de nursing, à compter du ██████, le professionnel en charge de Mme X n'est pas diplômé.

Ce dernier a été recruté en CDI le ██████. Il occupe donc des fonctions en contrat à durée indéterminée sur un poste qui nécessite un diplôme qu'il ne possède pas et pour lequel il n'a pas engagé de processus de formation. Lors de l'inspection du 6 juin 2024, la mission avait constaté que sur l'entretien annuel des agents non diplômés, réalisé en mars-avril 2023, il était noté pour ce personnel « En concertation avec le salarié, aucun axe d'amélioration n'a été déterminé ». Ceci confirme que l'établissement emploie de façon consciente et délibérée, sur le long terme, des personnels non diplômés.

De fait, la prise en charge complexe de Mme X en fin de vie a été assurée par un professionnel non diplômé, non formé pour les soins du matin, période cruciale, en termes de nursing. La mission relève également que ce personnel est positionné au ██████ étage, ████████████████████, qui demandent un savoir-faire particulier.

Ecart : Les conditions de collaboration sont règlementées et limitées aux professionnels cités dans le code de la santé publique : Aides-soignants et Auxiliaires Médico-Psychologiques. De ce fait, le personnel non diplômé n'est pas habilité à assurer en collaboration avec les infirmiers, les missions dévolues aux aides-soignants diplômés car cela impacte la sécurité et la qualité de la prise en charge. Ceci contrevient à l'article R4311-4 du Code de la santé publique et L331-3 du code de l'action sociale et des familles.

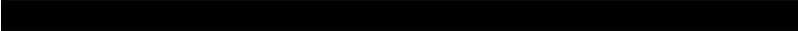
La défaillance dans la politique ressource humaine a fait l'objet de mesures administratives lors des inspections d'avril 2018, d'octobre 2022 et juin 2024. La mission constate l'incapacité ██████ à mettre en œuvre les mesures correctives.

Pour la nuit, l'organisation est de █ aides-soignants diplômés. Il ressort des échanges avec ces professionnels, qu'ils sont positionnés en binôme au ██████ étage et effectuent des rondes sur les autres étages.

La mission relève également que les fiches de transmission IDE du ██████ indiquent l'absence d'ASH au ██████ étage et l'absence d'AS au ██████ étage.

Cette fragilité est récurrente :

- ████████████████████
- ██
- ██
- ██
- ██
- ██
- ██
- ██
- ██



Ecart : L'absence récurrente de personnel dans l'établissement, AS et ASH, ne permet pas d'assurer la qualité, la sécurité et la continuité des soins ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF. La mission relève l'absence d'un ASH et d'un AS (le tiers de l'effectif) la veille du décès de Mme X.

c) Un personnel qui ne dispose pas du matériel nécessaire

Les tenues des professionnels

Concernant les tenues des personnels, elles ne sont ni fournies par l'employeur, ni entretenues par celui-ci. La fonction et l'identité des professionnels ne sont pas identifiables sur les tenues (absence de couleur ou de badge).
Ce dysfonctionnement avait déjà fait l'objet de recommandations lors des inspections d'octobre 2022 et de juin 2024.

Remarque : L'absence de badge ou de couleur sur les tenues professionnelles ne permet pas d'identifier la fonction des professionnels ce qui ne facilite pas les échanges avec les résidents et les familles. Le nombre limité de tenues et leur entretien au domicile des professionnels ne permet pas de répondre à la norme RABC (Risk Analysis Biocontamination Control) qui est la norme de référence dans la gestion du linge en EHPAD

Le non-respect des bonnes pratiques d'hygiène des mains

Concernant l'hygiène des mains des professionnels à l'infirmierie, le savon présent (de marque « le comptoir du bain ») est à usage domestique, il est posé sur le lavabo. Le distributeur de savon professionnel est présent mais vide, ainsi que le distributeur d'essuie-mains.

Ce dysfonctionnement avait déjà fait l'objet de prescription lors des inspections d'octobre 2022 et de juin 2024. Aucun achat de savon professionnel et d'essuie-mains n'a été relevé sur les factures adressées à la mission inspection en date du 05/07/2024 lors de la phase contradictoire ainsi que sur celles en date des 31/05/2024, 05/06/2024 et 21/06/2024

Lors de la phase contradictoire, l'établissement a indiqué avoir procédé à un affichage des bonnes pratiques d'hygiène des mains selon l'OMS. La mission n'a pas constaté cet affichage lors de l'inspection du 22 août 2024.



Écart : L'absence d'essuie-mains, d'affichage de rappel des bonnes pratiques et la présence d'un savon à usage domestique ne permettent pas de garantir l'hygiène des mains des professionnels avec un risque de transmission croisée des microorganismes ne garantissant pas la qualité et la sécurité des soins des résidents. Cela va à l'encontre des bonnes pratiques relatives à la mise en œuvre de la stratégie nationale 2022-2025 de prévention des infections associées aux soins-instruction DGCS 2016-195 du 15 juin 2016.

Hygiène des locaux

Concernant l'hygiène des locaux, au travers des échanges avec le personnel et des factures transmises à la mission inspection, il a été constaté que des produits d'hygiène professionnels avaient été commandés auprès du fournisseur [REDACTED]. Le directeur a indiqué avoir eu des problèmes d'approvisionnement. De

plus, il a été précisé à la mission inspection que le personnel achète régulièrement des produits désinfectants.

Il a été relevé la commande de 3 types de produits :

- un détergent/désinfectant par pulvérisation qui n'a pas été retrouvé dans les produits utilisés par le personnel,
- un nettoyeur/détartrant pour les sanitaires ;
- un détergent neutre.

A noter, qu'il n'existe aucune procédure pour l'entretien des locaux et que le personnel n'a pas reçu de formation concernant l'hygiène des locaux.



Ecart : L'absence de procédure et de formation ne garantit pas la sécurité et la qualité de la prise en charge des résidents tel que prévu à l'article L311-3 du Code de l'action sociale et des familles.

Hygiène corporelle

Les produits d'hygiène

Concernant l'hygiène corporelle des résidents, lors des entretiens, les salariés ont verbalisé le manque de produits d'hygiène pour certains résidents. Afin de pallier ce manque, ils achètent régulièrement sur leurs propres deniers, l'ensemble des produits permettant une hygiène corporelle des résidents. La mission a constaté sur site qu'un personnel apportait des produits dans deux « vanity case » personnels.

Ecart : L'absence de produits d'hygiène corporelle est attentatoire au respect de la dignité et du bien-être physique et moral tel que prévu à l'article L311-3 du Code de l'action sociale et des familles. Ces droits fondamentaux sont repris également dans les recommandations émises par les défenseurs des droits dans le rapport des droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en Ehpad.

Les changes

Concernant les changes complets des résidents, la procédure de préparation de la dotation journalière n'est pas clairement identifiée par le personnel.

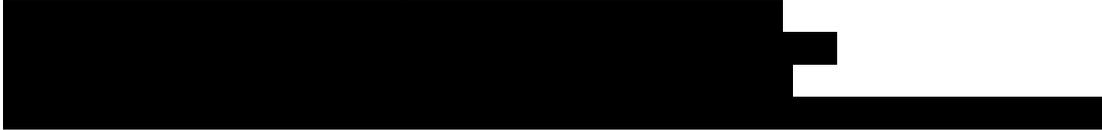
Elle repose sur la personne de l'accueil selon les informations recueillies à plusieurs reprises puis confirmée par le directeur.

Une feuille de dotation de changes complet de jour par étage et de nuit nous a été transmise. Ce document est en partie coupé et inexploitable par une personne étrangère à l'établissement. Il n'est pas daté, n'est pas individualisé donc pas réévalué en fonction des besoins des résidents (annexe 6).

En effet, comme légende il apparaît, le besoin journalier soit :



Proportionnellement, les dotations de jour et les dotations de nuit sont aléatoires.



Même si la nuit, il est privilégié en fonction des besoins des résidents de mettre un change complet plutôt que deux changements, la dotation ne permet pas d'absorber les changements manquants.

En termes de quantité de changes, la mission constate que :

- Le nombre de changes mis à disposition correspond à 1 change par 24 heures et par résident ; il est donc impossible de réaliser un change supplémentaire en cas de besoin ;
- Selon le personnel (propos tracé dans les transmissions le 2 et le 7 juillet 2024), les tailles des changes ne sont toujours adaptées à la morphologie des résidents ce qui ne permet pas de réaliser des changes adaptés ;
- Les quantités de chaque type de changes ne sont pas cohérentes entre le jour et la nuit.
- Si la dotation de jour n'est pas suffisante, le personnel prélève dans la dotation de nuit laissant ainsi le personnel de nuit sans le nombre nécessaire pour permettre de réaliser les changes auprès des résidents la nuit.

La mission constate que la dotation est stockée dans le bureau du médecin coordonnateur. Le personnel n'a pas accès au stock général. Le personnel de nuit n'a pas accès au bureau du médecin coordonnateur et ne peut accéder au chariot de changes quand il n'est pas positionné à l'endroit habituel (à proximité de la bibliothèque où les transmissions sont effectuées). Il y a donc des nuits où le personnel de nuit n'a aucun change à sa disposition. Les transmissions AS font état de chariot de nuit vide les deux nuits consécutives qui précèdent le décès de Mme X : [redacted].



Ecart : La mission constate une gestion des changes inappropriée, par un personnel qui n'a pas de compétence soignante, en l'absence d'évaluation des besoins individuels de chaque résident. Elle constate également que les changes sont rationnés et que le personnel n'a accès qu'à un nombre limité de changes et parfois à aucun quand le chariot de changes de nuit n'est pas sorti du bureau du MEDCO. Ceci est attentatoire au respect de la dignité, du bien-être physique et moral des résidents et engendre des risques infectieux et d'altération de l'état cutané ce qui contrevient à l'art L 311-3 du Code de l'action sociale et des familles.

Le matériel de transfert

Concernant le matériel de transfert, d'après les entretiens, il existe le jour de l'inspection pour l'ensemble de l'établissement (soit 3 étages occupés) : Un lève personne, un verticalisateur, trois draps de transfert.

A noter que le lève personne est peu utilisé car d'après les propos recueillis, le personnel n'a pas reçu de formation d'utilisation.

Eau gélifiée

Enfin, le jour de l'inspection il a été constaté :

- L'absence de stock d'eau gélifiée. Le directeur n'a pas été en capacité d'identifier le local de stockage.
- La commande d'eau gélifiée pour les résidents présentant des troubles de la déglutition avec un risque de fausse route n'avait pas été réalisée.
- De ce fait, il n'y avait plus d'eau gélifiée dans l'établissement.

Le prestataire en charge de la restauration, présent fortuitement le 22 août 2024, a montré à l'équipe d'inspection que le contrat n'inclut pas la fourniture de l'eau gélifiée. En présence de l'équipe d'inspection, le prestataire a pu dépanner et fournir de l'eau gélifiée.

Ecart : L'absence d'eau gélifiée dans l'établissement et de modalités de sécurisation de son stock afin de garantir un approvisionnement continu présente un risque pour les résidents en ne permettant pas de garantir leur hydratation (7 résidents avaient une pose de perfusion sous cutanée le jour de l'inspection) ce qui contrevient à l'art L 311-3 du Code de l'action sociale et des familles.

présent, ces missions ne sont pas assurées pour, en particulier, la prévention et soins d'escarres ; la surveillance des cathéters, sondes et drains.

Ecart : La mission souligne que les transmissions IDE ne répondent pas aux recommandations de bonne pratique en matière de réalisation et de traçabilité des actes (article R.4311.5 du code de santé publique et la conférence de consensus sur la prévention des escarres du sujet âgé.) ce qui ne permet pas de garantir la qualité et la sécurité des soins et contrevient à l'article L311-3 du CASF.

L'analyse des transmissions de Mme X, pour le mois de juillet et août, met en évidence :

[REDACTED]

Prise en charge par les AS

Les AS alertent sur la dégradation de l'état de santé de Mme X dès le début du mois de [REDACTED]. Les éléments du cahier de transmission sont les suivants :

[REDACTED]

² Marqueur inflammatoire qui peut augmenter en cas d'infection

- Altération de l'état général, [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
- Un défaut de matériel adéquat pour sa prise en charge [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
- Un défaut de matériel la nuit de façon plus globale : absence de changes pour la nuit [REDACTED]
[REDACTED] absence de changes adaptés [REDACTED]
[REDACTED] absence du chariot de collations [REDACTED] absence de bouteilles d'eau [REDACTED]
[REDACTED]

La mission relève que les transmissions sont non argumentées, non étayés sans aucune précision quant aux actions mises en place.

Elle note également une discordance entre les transmissions médicales, infirmières et celles des aides-soignantes.

Cette discordance porte sur la symptomatologie de la résidente ; les mesures à prendre et l'évaluation de son état général.

Ainsi :

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED] de multiples éléments sont évocateurs dans les transmissions du médecin, des IDE et des AS mais jamais de façon cohérente, jamais le même jour et sans donner lieu à des actions adaptées [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Ceci met en évidence un défaut de temps d'échange entre les différentes catégories professionnelles ce qui retentit sur la continuité et la coordination de la prise en charge. Lors de la précédente inspection l'injonction 13 sur l'amélioration du partage d'informations entre les différentes catégories professionnelles pour garantir la continuité et la coordination des soins a été notifiée mais on constate qu'au jour de l'inspection, aucune amélioration n'a été apportée par l'établissement

Ecart : L'absence de transmission adaptée des informations entre les professionnels de santé composant la coordination clinique de proximité a conduit à un défaut de soins et de continuité dans la prise en charge de Mme X. Cela contrevient à l'article R4127-47 et du R4312-35 du Code de la santé publique.

b) Un défaut de prise en charge dans la fin de vie

Le dossier médical identifie une altération consécutive de l'état général en mars 2024

La résidente, âgée de [REDACTED], est hébergée au sein de l'Ehpad Kérios depuis [REDACTED].

Le dossier papier contient les lettres de liaison consécutives aux hospitalisations de la résidente ce qui permet d'identifier :

- Ses antécédents ([REDACTED]) ;
- Son GIR : [REDACTED] ;
- Une dernière hospitalisation de [REDACTED] jours en [REDACTED] en lien [REDACTED] entraînant une altération majeure de son état aussi bien [REDACTED] que [REDACTED] ;
- La présence [REDACTED] (notée au cours de l'hospitalisation de [REDACTED]) mais dont ni la date de pose ni le dernier changement ne sont connus ;
- Une diminution conséquente de son traitement suite à son hospitalisation puisque le traitement de sortie comporte deux molécules seulement ; une [REDACTED] et un [REDACTED].

Le projet d'accompagnement personnalisé est présent dans le dossier mais non rempli.

La traçabilité de l'évolution de l'état de santé de Mme X est variable selon les professionnels

Le médecin traitant note une altération de l'état général et s'interroge sur un possible [REDACTED] [REDACTED] le [REDACTED]. Il signe le certificat de décès le [REDACTED].

Les transmissions IDE de jour mettent en évidence une dégradation progressive de son état de santé à partir du [REDACTED].

Les transmissions AS identifient une altération de l'état général dès début [REDACTED].

Le [REDACTED], les fiches de transmission IDE indiquent que des soins palliatifs sont à prévoir car la résidente a des douleurs ([REDACTED]).

La prise en charge de la fin de vie de Mme X est non conforme aux bonnes pratiques et non individualisée

La démarche d'accompagnement de fin de vie n'est pas protocolisée

Protocole de prise en charge de la douleur :

- Le protocole (non daté, non signé, rangé dans un classeur dans le bureau infirmier) intitulé « évaluation et prise en charge de la douleur » prévoit que tout intervenant auprès du résident doit évaluer la douleur. Ce protocole prévoit les modalités pratiques de gestion de la douleur selon l'évaluation faite par le professionnel en ouvrant à celui-ci la possibilité d'administrer des antalgiques de palier 1 à 3 selon l'évaluation de la douleur et pour les paliers 2 et 3 après avis du médecin.
- Ce protocole n'est pas connu du personnel de l'établissement : ni le directeur, ni l'IDE ne connaissent son existence. Le médecin inspecteur l'a découvert de façon fortuite ;
- Ce protocole est stocké dans le bureau infirmier et donc non accessible aux aides-soignants de nuit ;
- [REDACTED].

Protocole de fin de vie :

- Ce protocole n'existe pas ;
- Il existe un protocole de décès du 25 avril 2010 qui prévoit les modalités pratiques de gestion du corps et d'information des familles ;
- Ce protocole est stocké dans le bureau infirmier et donc non accessible aux aides-soignants de nuit.

Au cours des entretiens, médecin comme IDE, indiquent en fin de vie mettre en place un patch de morphinique et une hydratation par perfusion sans tenir compte des besoins réels de la personne.

Les transmissions IDE du [REDACTED] tracent la douleur et évoquent la mise en place d'antalgiques :

- Aucune prescription d'antalgique jusqu'au [REDACTED], veille du décès (prescription d'un [REDACTED]) ce qui est attestée par la consultation médicale et le carnet de prescription de [REDACTED] ;
[REDACTED]
[REDACTED]
- [REDACTED].

La mission note :

- Aucune traçabilité d'une consultation pluridisciplinaire n'est disponible ; aucune réunion n'a été mise en place ; le médecin a indiqué discuter de la situation des résidents avec le personnel présent « au lit du malade ». Ni le lieu ni les horaires de présence du médecin (7h-7h30) ; ni le moment ne sont compatibles avec une concertation adaptée pour ce type de situation.
- Aucune évaluation de la douleur ;
- Aucun soutien psychologique de la résidente et des professionnels du fait de l'absence de psychologue au moins depuis l'inspection de 2018 et faisant à nouveau l'objet d'une prescription (n°16) suite à l'inspection du 6 juin 2024 ;
- Aucun soin de support ;
- Aucun recours à un appui externe : ni l'HAD, ni l'EMSP n'ont été mobilisées. Ce point faisait l'objet de la recommandation n°8 du tableau des mesures de l'inspection du 6 juin 2024.

La mission note également :

- Que Mme X partageait sa chambre avec une autre résidente et que cette dernière n'a été déplacée que la dernière nuit sur l'initiative des aides-soignantes ;
- Que l'alarme incessante qui retentit dans l'établissement en lien avec l'ouverture et la fermeture des portes de l'escalier central ne contribue pas à une fin de vie apaisée et tranquille. Pour mémoire, la mission d'inspection avait relevé ce point lors de l'inspection du 6 juin 2024 et avait demandé la désactivation de ce dispositif (injonction 9). La réponse de l'établissement n'était pas concluante puisque cette alarme n'était pas indiquée comme désactivée (les inspecteurs ont pu constater que cette nuisance sonore répétée et agressive persistait) et qu'aucun calendrier de désactivation n'était fourni.

La mission note donc une prise en charge de fin de vie inadaptée et ne tenant pas compte des besoins de Mme X. Ceci est également le cas de deux des trois autres résidents décédés au cours de la période de [REDACTED] (le 4^{ème} décès est un décès soudain) :

- M Y, [REDACTED] ans, décédé le [REDACTED] dans un contexte similaire à celui de Mme X [REDACTED]
[REDACTED]

Mme XY, résidente de [REDACTED] ans, décédée [REDACTED]
[REDACTED]

Ecart : L'établissement ne respecte pas l'article L1110-5 du Code de la santé publique et donc le droit à « une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance ». Tous les moyens mis à disposition de l'Ehpad n'ont pas été utilisés pour que ce droit soit respecté, en particulier en l'absence de pluridisciplinarité, de psychologue, de mobilisation des ressources du territoire (CPIAS ; EMH ; EMSP ; HAD).

[REDACTED]

Madame X était alitée depuis plusieurs jours, présentait des difficultés d'alimentation et était perfusée pour prévenir la déshydratation. Elle était donc à risque de survenue [REDACTED].

Les transmissions IDE mentionnent la notion de commande d'un matelas de prévention [REDACTED] sans notion dans les jours suivants de la mise en place de ce matelas.

Aucune conduite à tenir de prévention [REDACTED] n'est mentionnée ni décrite dans les éléments transmis et consultés sur place.

Le cahier de traçabilité des aides-soignantes ne permet pas de vérifier que les professionnels ont procédé à des actions spécifiques pour prévenir la survenue [REDACTED] pour cette résidente ([REDACTED]). Les documents disponibles concernent la traçabilité des nursings, des changes et du transit.

La mission relève qu'au jour de l'inspection, 5 autres résidents, présentent des [REDACTED] au sein de l'établissement ce qui est en faveur d'une prévention insuffisante.

Prise en charge

La présence [REDACTED] apparaît pour cette résidente pour la 1^{ère} fois dans les transmissions infirmières [REDACTED]. Lors des entretiens, ni le médecin, ni l'IDE n'ont fait état [REDACTED].

[REDACTED]

[REDACTED]

Pour la prise en charge, la mission note l'absence de procédure, l'absence de prescription médicale, l'absence d'encadrement des soins (le seul élément dans les transmissions est la notion de pansement à faire sans plus de précision), l'absence de fiche de pansement pour assurer le suivi et l'évolution [REDACTED] et tracer les soins effectués, le manque de matériel adapté (signalé par l'IDE).

La mission relève également que pour les 5 patients porteurs [REDACTED] au jour de l'inspection, 3 au moins ne bénéficient pas d'antalgique.

Ecart : L'absence de politique de prévention des [REDACTED] et de prise en charge adaptée de celle-ci contrevient à l'obligation de proposer une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité comme prévu à l'alinéa 3 de l'article L311-3 du Code de l'action sociale et des familles.

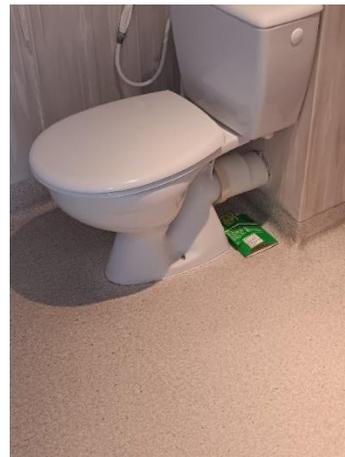
5. Une gestion inappropriée d'un évènement exceptionnel

a) Une infestation de fourmis dans un contexte de dégradation des conditions d'hygiène de l'environnement des résidents

Il a été rapporté à la mission d'inspection que la présence de fourmis dans la chambre et sur le lit de Mme X avait été signalée début août. Aucune mesure appropriée n'a alors été préconisée ni mise en œuvre, la consigne donnée au personnel ayant été de nettoyer le sol au vinaigre. Les échanges ont permis à la mission de savoir que des fourmis avaient colonisé au préalable une chambre du 4^{ème} étage, [REDACTED] (pour mémoire, le 4^{ème} étage est fermé).

De la même façon la mission d'inspection a eu connaissance d'un épisode de pullulation de mouches cette fois-ci, dans une chambre du 4^{ème} étage. L'invasion couvrait entièrement les vitres, les murs autour de la fenêtre (dont les rideaux ont dû être enlevés) et le plafond.

La direction n'a alors pas mis en œuvre les mesures adéquates et aucune entreprise de désinsectisation n'est venue prendre en charge ce problème. La visite du 4^{ème} étage a permis en outre à la mission de constater la présence de déjections de souris ou autres rongeurs dans les couloirs et de cafards, ce qu'attestent les pièges disposés dans les salles de bain (Cf. photos).



Ecart : La prolifération de fourmis, de mouches, de cafards et de souris n'a donné lieu à aucune mesure adaptée pour garantir l'hygiène et la sécurité des résidents et des personnels. Cela illustre la défaillance de la gouvernance et l'incapacité du gestionnaire à mettre en œuvre les mesures correctives urgentes, nécessaires pour garantir la sécurité et de bien-être physique et moral des résidents ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF.

Le mardi 27 août 2024, soit 5 jours après l'inspection sur site, la direction de l'établissement a transmis par mail à la mission une attestation d'intervention de désinsectisation [REDACTED]

La mission note que cette mesure a été prise après le décès de la résidente Madame X et ne concerne que le problème lié aux fourmis.

b) Un personnel qui ne prend pas la mesure de l'événement

Une traçabilité quasi inexistante d'un événement exceptionnel

Lors des inspections précédentes (23 avril 2018 ; 25 octobre 2022 et 6 juin 2024), les inspecteurs avaient identifié le risque important de perte d'informations en lien avec l'organisation déficiente de la traçabilité de la prise en charge.

En l'absence de dossier patient informatisé, le dossier médico-soignant « papier » ne permet pas de disposer d'une vision globale des besoins en soins du résident et de tracer ses évolutions.

Ce point majeur faisait l'objet des injonctions 7 / 10 / 11 / 12 / 13 ; de la prescription 15 et de la recommandation 12 du tableau des mesures envisagées de l'inspection du 6 juin 2024. La réponse apportée par l'établissement est uniforme et indique la mise en place du logiciel [REDACTED] la semaine du [REDACTED].

Pour ce qui concerne l'événement déclaré à l'ARS, la mission constate :

- Fiches de transmission des IDE

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

- Cahier de transmissions des AS

Ce cahier de transmissions est toujours positionné sur le bureau de la bibliothèque de l'établissement, un espace ouvert à tous et sous vidéosurveillance. Aucun de ces deux éléments ne permet de garantir la confidentialité des informations qui y sont transcrites. Le médecin inspecteur a pris connaissance des éléments du cahier de transmissions et d'une page isolée arrachée d'un autre cahier contenant des informations relatives à la journée du [REDACTED].



Il est noté que ce cahier ne permet pas d'identifier les personnels qui ont assuré la traçabilité, au mieux identifiés par leur prénom. Le médecin inspecteur relève également que les transmissions sont majoritairement renseignées par l'équipe de nuit.

Ce cahier montre une traçabilité tardive du problème rencontré :

[REDACTED]

Lors des entretiens, une AS de jour a indiqué avoir constaté à son retour de congés, à partir du [REDACTED], un premier épisode [REDACTED]. Elle l'a signalé à l'IDE qui ne l'a pas cru. Elle ne l'a pas tracé sur le cahier de transmissions.

- Fiches de consultation informatisées du médecin

Ces fiches sont enregistrées sur un ordinateur fixe du bureau médical. Selon le médecin, elles sont accessibles aux IDE.

Cette fiche trace [REDACTED] consultations pour la résidente depuis le mois de janvier. [REDACTED] de ces consultations sont réalisées depuis le [REDACTED].

[REDACTED]

Lors des échanges du MEDEC, également médecin traitant de Mme X, celui-ci a indiqué avoir été informé [REDACTED] par une vidéo transmise par l'IDEC, à une date qu'il n'a pu déterminer (le week-end a été évoqué).

S'il considère que cette [REDACTED] était « abominable », il ne considère pas [REDACTED].

Un non-respect de l'obligation de déclaration au titre de l'article [L. 331-8-1](#) du code de l'action sociale et des familles

L'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales définit les différentes catégories de dysfonctionnements et d'évènements à déclarer.

Dans cette catégorie, la mission relève que l'établissement aurait dû déclarer l'évènement à la fois au titre des évènements en santé environnement et des perturbations dans l'organisation du travail. Celui l'aurait contraint à analyser l'évènement, à détailler les mesures immédiates prises et les dispositions envisagées pour y mettre fin et en éviter la reproduction

L'injonction 2 du tableau des mesures de l'inspection du 6 juin 2024 portait déjà sur le non-respect de l'obligation de signalement des EI, EIG et EIGS. Le défaut de déclaration de cet EIG particulier illustre l'absence complète de culture de la gestion des risques au sein de l'établissement et l'incapacité du directeur et de la gestionnaire à mettre en œuvre les mesures correctives conjointes ou prescrites précédemment.

c) Un personnel très impacté

Une liberté d'expression des personnels limitée qui impacte la circulation des informations

Les entretiens ont mis en lumière un personnel très impacté par les conditions de fin de vie de Mme X. Plusieurs salariés ont indiqué avoir alerté oralement leur hiérarchie de la situation [REDACTED] de Mme X. C'est suite à l'incrédulité des supérieurs et à l'absence de prise en compte de leur parole que des photos et vidéos ont été prises pour convaincre la hiérarchie de la véracité de la situation décrite. La mission note qu'en dépit des alertes orales, écrites et photographiques relatant des conditions de fin de vie particulièrement atroces et indignes, l'ensemble de la ligne hiérarchique n'a pas été en mesure d'apporter des mesures correctives urgentes concernant la prise en charge de la résidente.

La crainte de représailles de la part de la gestionnaire a été évoquée dans l'hypothèse d'une transcription dans les transmissions écrites (cahier) de l'état dans lequel Mme X a été découverte.

Ecart : Le DG ARS et le président du Conseil départemental ont pris, dans le cadre du tableau des mesures suite à l'inspection du 6 juin 2024, une décision enjoignant à l'Ehpad le respect du secret des données personnelles médico-soignantes (Injonction 10). Dans le cadre du contradictoire et sur site il a été indiqué à la mission que ces pratiques avaient cessé. La transmission des fiches IDE et des fiches AS est effectuée vers la seule AS référente. Toutefois, sur site, il a été indiqué à la mission que les transmissions sont toujours adressées à la gestionnaire mais par l'intermédiaire de l'AS référente. Cela met en évidence l'incapacité voire le manque de compliance à mettre en œuvre les mesures conjointes ce qui contrevient à l'article L1110-4 du Code de la santé publique.

Certains ont exprimé leur peine, leur indignation et aussi leur colère, déplorant de n'être pas écoutés, crus et a fortiori soutenus, pointant les défauts d'organisation et de fonctionnement (manque de matériel et absence de relève notamment) qui ne leur permettent pas de prendre en charge correctement les résidents.

Remarque : La mission pointe l'absence de tout temps d'échange transversal qui aurait permis l'expression de la parole, la prise en compte de cet événement et la mise en œuvre de mesures correctrices.

Une absence de soutien aux personnels

L'incapacité du [REDACTED] s'illustre également et a fortiori dans l'absence de soutien aux personnels. Ce soutien aurait pu passer par la proposition de groupes de parole animés par un psychologue ou par le recours à un appui extérieur. Le soutien aurait également pu passer par l'intervention de la CUMP pour accompagner les personnels choqués. Cela illustre à nouveau l'incapacité de l'établissement à mobiliser les partenaires du territoire.

Ecart : A cet égard, l'établissement n'a pas mis en œuvre le recrutement d'un psychologue dont la vacance de poste, déjà constatée lors de l'inspection de 2018, est préjudiciable à la qualité et à la sécurité des prises en charge. La mission constate l'incapacité du gestionnaire à mettre en œuvre cette mesure corrective (injonction 16), ce qui contrevient à l'article D312-155-0 du Code de l'action sociale et des familles.

d) L'absence de mesures appropriées face à cet évènement exceptionnel

Face à cet évènement exceptionnel, en l'absence de gouvernance opérationnelle sur site, les mesures prises ont été très limitées et artisanales :

■ L'IDE a donné des indications de répandre du vinaigre de cidre ■

- L'AS référente a mobilisé un prestataire extérieur, qui est intervenu après le décès de la résidente.

La mission note que des mesures simples comme :

- Le changement de chambre ;
- Le changement complet de lit et de literie

N'ont été ni envisagées, ni mises en place par l'encadrement.

L'équipe de nuit a indiqué qu'elle y avait pensé mais n'avait pas osé les mettre en place au vu de la fin de vie de Mme X, craignant en l'absence de consignes de l'encadrement, que son décès soit ensuite attribué à ce déménagement.

La mission note également que :

- La recherche des causes ■ n'a pas été réalisée. Ainsi ni le MEDCO ni l'IDE présent ces jours-là n'ont identifié ■ pourtant évoquée dans les transmissions des AS et tracées dans les transmissions IDE.
- La mise en place du traitement antalgique a été tardive. Aucun antalgique, y compris de palier 1, n'est prescrit à cette résidente jusqu'au ■, jour où le médecin lui prescrit de ■® en patch à la dose de ■ qui est la dose minimale. Ce médicament est indiqué dans les douleurs chroniques et stables du fait de sa galénique et n'est pas adapté à la prise en charge rapide d'une douleur aiguë.

Enfin, les inspecteurs relèvent à nouveau que l'établissement n'est pas articulé avec les ressources du territoire et n'y fait pas appel. La mobilisation de l'équipe d'hygiène hospitalière ou du CPIAS aurait pu permettre d'apporter une réponse adaptée.

Ce point faisait l'objet de la recommandation n°8 du tableau des mesures de l'inspection du 6 juin 2024.

6. Conclusion

L'Ehpad Kérios, situé sur la commune de La Garde dans le Var est un établissement de 80 places. Au jour de l'inspection, ■ résidents étaient présents. Sa gestionnaire est également celle d'un Ehpad des Alpes-Maritimes fermé dans le cadre de mesures administratives en 2022 et d'un Ehpad du Var, situé sur la commune de Hyères, placé sous administration provisoire suite à une inspection réalisée en 2024.

L'inspection sur site du 22 août 2024 est la 5^{ème} depuis 2018. Les constats sont récurrents avec une gouvernance défaillante. La continuité de direction n'est pas assurée. Son organisation n'est pas opérationnelle. La gestionnaire de l'établissement prend à distance un certain nombre de décisions pour l'Ehpad sans se déplacer sur site.

De même, les ressources humaines mises à disposition de l'établissement ne permettent pas d'assurer la sécurité des prises en charge : le médecin coordonnateur assure essentiellement des fonctions de médecin traitant pour ■ des ■ résidents ; le poste de psychologue n'est pas pourvu depuis 2018 ; les effectifs ne permettent pas la mise en œuvre du planning cible ; des personnels non diplômés sont employés sur des postes dont les missions requièrent une formation spécifique (aides-soignants).

Enfin, l'établissement n'organise pas la traçabilité des prises en charge et ne sécurise pas la transmission d'informations entre les professionnels, ni sous format dématérialisé, ni sous format papier.

L'analyse des réponses de l'établissement dans le cadre de la procédure contradictoire de l'inspection du 6 juin complété par les constats réalisés sur site le 22 août montrent que l'établissement n'a pas pris la mesure des écarts constatés et ne s'est pas mobilisé pour apporter des mesures correctives. 15 injonctions, 16 prescriptions et 12 recommandations sont maintenues.

L'inspection du 22 août a constaté une dégradation de l'entretien des locaux. Il s'agissait d'un point fort de l'Ehpad relevé lors de l'inspection du 6 juin de la même année, malgré l'utilisation de produits d'hygiène non professionnels et du manque de formation du personnel. Le 22 août, a contrario, la mission a constaté la présence de déjections de souris et de pièges à cafard. Il lui a été relaté l'invasion de fourmis ■■■■■■■■■■ et l'invasion de mouches ■■■■■■■■■■ ■■■■■■■■■■

Dans le contexte estival, s'est produit un évènement exceptionnel que l'établissement n'a pas su gérer. Il a été porté à la connaissance des autorités de contrôle par la déclaration d'un évènement indésirable grave lié aux soins. Le signalement porte sur les conditions de fin de vie inhumaines d'une résidente ■■■■■■■■■■ ■■■■■■■■■■ sans prise en charge de la douleur, sans matériel adéquat, sans réaction adaptée de l'encadrement. Cet évènement déclaré le 16 août et dont l'ARS a eu connaissance le 19 août a déclenché à la fois un signalement au procureur de la République au titre de l'article 40 et la présente inspection sur site. Celle-ci confirme les conditions de fin de vie indignes de la résidente et les faits allégués. En l'absence du directeur en congés et d'organisation de la continuité de direction, l'Ehpad n'a pas mis en place de réponses adaptées et n'a pas mobilisé les ressources du territoire qui auraient pu l'épauler dans ces circonstances particulières.

Cet événement concrétise les risques identifiés lors des inspections antérieures et montre que ni la sécurité de la prise en charge des résidents, ni leur dignité, ni leur bien-être physique et moral ne sont assurés comme cela est requis au titre de l'article L311-3 du CASF.

A Marseille, le 28 août 2024

[REDACTED]

[REDACTED]

Inspectrice de l'action sanitaire et sociale

Inspectrice désignée (ARS)

[REDACTED]

Médecin inspecteur de santé publique (ARS)

[REDACTED]

[REDACTED]

Inspectrice de l'action sanitaire et sociale (ARS)

Infirmière au Service qualité de l'accueil (CD)

Annexes

Annexe 1 : Lettre d'annonce et lettres de mission

Annexe 2 : Liste des pièces demandées par la mission d'inspection

Liste des documents à récupérer à l'arrivée sur site en perspective de la visite des locaux et des entretiens :

Planning IDE, IDEC, AS, ASH, MEDEC du jour de l'inspection
Liste et Nombre de pensionnaires présents au jour du contrôle, (Nom, Prénom, date de naissance et mesure de protection judiciaire)
Planning des IDE / AS / ASH de jour et de nuit mois de juillet et août 2024
Registre des entrées et sorties

Liste des documents à demander à la direction de l'établissement à l'arrivée sur site pour mise à disposition de la mission d'inspection pour consultation sur place à 14 heures :

Diplômes du personnel : medco, idec, ide, as, ash, psychologue, autres auxiliaires médicaux (psychomotricien, diététicien...)
Contrat de travail (même liste de professionnels que celle énoncée précédemment)

Liste des documents à demander à la direction de l'établissement pour remise à la mission d'inspection au terme de la visite :

Procédure de prise en charge des fins de vie
Procédure de prise en charge de la douleur
Procédure de prise en charge des escarres
Planning d'astreinte de direction pour les mois de juillet et août 2024
Annonce pour le recrutement d'une psychologue
Devis société [REDACTED] pour le remplacement du système d'appel malade
Mandat donné au bureau d'études [REDACTED] pour l'activation du système de sécurisation des escaliers
Facture ou par défaut devis acquitté pour l'acquisition du logiciel [REDACTED]
Devis de la société [REDACTED] pour l'acquisition d'un défibrillateur électrique
Devis de la société [REDACTED] pour l'achat d'un nouveau chariot de soins
Devis pour la commande de tablettes pour l'accès du personnel à [REDACTED]

Annexe 3 : Liste des personnes avec lesquelles la mission d'inspection a eu un entretien

De : portail-sivss@ars.sante.fr <portail-sivss@ars.sante.fr>
Envoyé : vendredi 16 août 2024 00:10
À : ARS-PACA-ALERTE <ars-paca-alerte@ars.sante.fr>
Objet : EIGS_VOLET1_PeCAutre_Patiente en fin de vie décédée/corps infesté de fourmis_EHPAD KERIOS_La Garde_583152

Bonjour,

Vous venez de recevoir un signal de veille sanitaire issu du Portail des signalements.

Vous pouvez consulter le signal via le lien suivant :

<https://sivss.sante.fr/#/signal/classification/interco/583152>

Vous trouverez ci-dessous l'ensemble des données saisies sur le portail pour ce signal :

Identification de la déclaration EIGS

Numéro d'enregistrement de la déclaration (ID PSIG)	20240815230523918
Date d'enregistrement de la déclaration	16/08/2024 00:00:22

Information sur le déclarant

Catégorie du déclarant	Etablissement médico-social
Nom du déclarant	[REDACTED]
Prénom du déclarant	[REDACTED]
Adresse mail	[REDACTED]
Téléphone	[REDACTED]
Nom de l'établissement, de la structure ou du service d'exercice	EHPAD KERIOS
Finess :	830215042
Vous déclarez en qualité de ?	Professionnel de santé paramédical
Veuillez préciser votre catégorie professionnelle	Aide soignant

Les circonstances de l'évènement

Date et lieu de constat de l'évènement	[REDACTED] - Kerios la garde chambre
Le lieu de constat est-il différent du lieu de survenue de l'évènement ?	Non
Département de survenue de l'évènement	83

Qu'avez-vous constaté ? (description détaillée, précise, factuelle et chronologique de l'EIGS)

Bonjour, un salarié de l'établissement m'as fait parvenir une information préoccupante concernant un résident du nom de : [REDACTED] ehpad Kérios à la garde. Elle m'explique que dans la nuit d [REDACTED] prenant son service en qualité de surveillante, avoir constaté que cette dame en fin de vie était victime d'une [REDACTED] sur tout son corps, par tous les orifices alors que celle ci était toujours en vie. Choquée elle as pris des photos et me les as envoyé, elle m'explique ensuite qu'elle as tenter d'appeler la hiérarchie qui n'as pas dégné répondre. Ma collègue en prenant connaissance des transmissions écrites as constaté que [REDACTED] était déjà présente la journée [REDACTED] l'ide as été prévenu. Apparemment aucune mesure n'as été prise et aucun signalement n'as été fait, cette dame est donc morte dans d'atroces souffrances, sans compter qu'aucun soin palliatif n'as été dispensé à cette résidente ni à aucun autre résident en fin de vie d'ailleurs. Mme [REDACTED] est décédée le [REDACTED] et personne n'as rien fait, je dénonce tout un manquement grave aux soins, à la dignité humaine et une omerta totale. J'attire votre attention sur les conditions de travail qui ne sont pas du tout optimal : manque de matériel, manque de personnel, manque d'éthique et d'implication du personnel et de la hiérarchie , négligence grave des soins et de la prise en charge médical , il n'existe aucun accompagnement ni soin de confort pour le résident en fin de vie. La hiérarchie quand elle n'est pas absente, est maltraitante envers ses salariés les rendant maltraitant à leurs tours. Ma collègue as u peur de dénoncer voila pourquoi je viens vous informer d'une situation grave qui m'empêche de dormir, vous trouverez ci-joint les preuves en photo que ma collègue de travail m'as envoyé afin d'attester mes propos, je ne suis qu'un témoin indirecte de la situation, veuillez svp protéger mon anonymat envers mon employeur afin d'éviter toute représaille et faire valoir ce que de droit pour la dignité de Mme [REDACTED] et pour les autres résidents.

Quelles sont les conséquences constatées pour la personne exposée ?

Décès

Quel est le diagnostic principal de prise en charge du patient avant la survenue de l'EIGS ?	Aucun
Quel est l'acte de soin impliqué dans l'évènement ?	hygiène , soins palliatifs
Quelles sont vos premières hypothèses de causes de survenue de cet évènement ?	Pour ma part cela révèle un manquement grave aux soins d'hygiène et un manque de suivi de l'état général de la résidente ainsi qu'une absence totale de prise en charge pour la personne en fin de vie, la laissant mourir à l'agonie XXXXXXXXXX

Information sur le patient/résident exposé à l'EIGS

Quel est le nombre de patients ou de résidents concernés par l'évènement ?	1
Sexe	Femme
Age (par tranche d'âge)	de 80 à 90 ans

Les autres conséquences constatées au moment de la déclaration

A votre connaissance, l'évènement a-t-il eu également des conséquences pour le personnel ?	Oui
Si oui, précisez	Traumatisme.
A votre connaissance, l'évènement a-t-il eu également des conséquences pour la structure ?	Non
A votre connaissance, l'évènement a-t-il eu d'autres conséquences ?	Non

Mesures immédiates prises pour le patient/résident

Des mesures immédiates ont-elles été prises pour le patient/résident ?	Non
Une information sur le dommage associé au soin a-t-elle été délivrée au patient/résident ?	Non

Mesures immédiates prises pour les proches

Une information sur le dommage associé au soin a-t-elle été délivrée aux proches ?	Non
--	-----

Autres mesures

Y a-t-il déjà eu une réunion entre l'équipe soignante concernée et l'équipe de direction ? Non

Y a-t-il déjà eu des mesures prises pour le soutien du personnel ? Non

Une information a-t-elle été communiquée ? • Non

Pensez-vous que l'évènement soit maîtrisé ? Non

Organisation pour réaliser l'analyse de l'EIGS

Décrivez comment vous allez vous organiser pour réaliser l'analyse approfondie de l'EIGS Je fais mon devoir de soignant et d'humain c'est à dire : dénoncer.

Avez-vous, en interne, les ressources et la compétence nécessaires à l'analyse approfondie de cet évènement ? Non

Souhaitez-vous l'appui d'une expertise externe pour réaliser l'analyse approfondie de l'EIGS ? Oui

