

UNIVERSITE PARIS DESCARTES

Faculté de Médecine

Directeurs : Professeur Anne-Sophie RIGAUD, Dr Florence
BARTHELEMY, Dr Matthieu PLICHART

Coordonnateurs de l'enseignement :

Pr Anne-Sophie RIGAUD,

Dr Clémence BOULLY,

Brigitte FEUILLEBOIS,

Vincent KAUFMANN,

Dr Matthieu PLICHART,

Dr Serge REIGENWIRTZ

DIPLOME INTER UNIVERSITAIRE :

« Formation à la fonction de Médecin
Coordonnateur d'Établissement d'Hébergement
pour Personnes Âgées Dépendantes »

***La recherche des responsabilités suite à un décès survenu en EHPAD :
Retour d'expérience et analyse de la jurisprudence actualisée.***

Par : Dr Charles AGOSTINI

Directeur du mémoire : Dr Michel MAZEVET

Année Universitaire 2018/2019

SOMMAIRE

A- INTRODUCTION (page 4)

B- MATERIEL ET METHODE (page 5)

C- CAS EXPERTAUX : sur pièces ou après autopsie médico-légale (page 6)

D- ETUDE DE LA JURISPRUDENCE ACTUALISEE EN LA MATIERE (page 16)

**E- DISCUSSION : des propositions concrètes à l'attention des médecins
coordonnateurs en EHPAD (page 42)**

F- CONCLUSION (page 45)

REFERENCES (page 47)

A- Introduction

L'objectif de ce mémoire est d'apporter un éclairage par rapport aux situations de décès, considérées comme suspectes, survenues en EHPAD.

On s'aperçoit de plus en plus régulièrement, au travers des affaires médiatisées notamment (1) (2) (3), que les personnels travaillant en EHPAD peuvent être visés, d'une manière ou d'une autre, par une plainte ou une demande de réparation dans les suites du décès d'un résident. Le focus médiatique semble s'intensifier. Il est fort probable que des demandes ou investigations iront en augmentant dans les mois ou années qui viennent. Les équipes doivent s'y préparer.

Les familles qui ont confié leurs proches fragilisés à un EHPAD ont un niveau d'exigence élevé concernant la prise en charge mise en place. Dans bien des cas, les familles peuvent devenir très revendicatives vis à vis des équipes quand quelque chose leur semble « inapproprié » dans la prise en charge.

L'EHPAD, n'est pas un lieu d'hospitalisation. Il est un lieu de vie, parfois le dernier des personnes qui y sont admises. De ce fait, les familles sont particulièrement attentives aux soins concernant leurs proches. La plainte ou la revendication peut facilement se mettre en place si un décès survient dans des circonstances qui peuvent être très variées, nous allons le voir. Les personnels et les directeurs d'établissements peuvent être confrontés à une plainte ou un processus de demande de réparation vis à vis d'une situation de décès. Il nous est apparu important de faire un point de situation au travers de cas concrets d'expertises réalisées, mais aussi au travers de la jurisprudence actualisée tant pénale qu'administrative. Car, ces deux types de procédures peuvent être déclenchées à la suite d'un décès survenu en EHPAD.

Suite à ce tour d'horizon jurisprudentiel et à la lumière des références scientifiques en la matière nous tenterons de dégager des propositions concrètes pour aider les médecins coordonnateurs, en particulier à :

- mieux anticiper ces problématiques médico-légales et les conséquences possibles,
- préparer les équipes aux différentes étapes d'un processus expertal et d'investigation lorsque celui-ci survient,
- identifier les points susceptibles d'être ou de devenir des points de faiblesse dans un établissement afin de préparer ou proposer des contre-mesures efficaces aux chefs

d'établissements.

Les médecins coordonnateurs sont à un poste clé pour apporter des réponses aux chefs d'établissements et aux proches des résidents.

B- Matériel et méthode

Pour la partie cas d'expertises, nous avons repris les points clés de deux expertises que nous avons été amenés à réaliser en tant qu'expert judiciaire. Nous avons rendu anonymes ces cas et y avons extrait les éléments utiles à notre étude. Ces affaires permettent de voir comment et sur quels éléments l'expert va fonder son travail pour apporter un éclairage scientifique aux magistrats mandants. Il n'existe pas toujours l'ensemble des informations utiles dans les pièces étudiées.

Ce travail a pour objectif de montrer au public non expert les difficultés qui peuvent être rencontrées lors des travaux d'expertise sur les recherches de responsabilités à la suite d'un décès.

Pour la partie analyse de la jurisprudence actualisée, nous avons effectué une recherche dans le moteur juridique DOCTRINE, qui permet de retrouver les jugements publiés par les tribunaux dans les suites d'une affaire. Les mots clés utilisés ont été : « EHPAD » + « Décès » + « responsabilité ». Nous avons limité les recherches entre les années 2009 et 2019 afin d'avoir une observation sur une dizaine d'années. L'objectif, ici, est de montrer un panorama illustratif des responsabilités recherchées et des condamnations éventuellement portées par les tribunaux à la suite d'affaires de décès survenus en EHPAD. Il est possible que certaines affaires ne soient pas « remontées » par le moteur de recherche, ceci peut être lié au choix des mots clés. Il est possible également que des affaires en cours ne soient pas encore jugées et donc accessibles par le moteur de recherche. Nous avons donc limité volontairement notre recherche à ce qui était retrouvé par ce moteur de recherche et nous avons vérifié les numéros d'affaire par le moteur de jurisprudence de legifrance.gouv.fr.

Nous avons scindé en deux les jugements retrouvés : jurisprudence pénale et jurisprudence administrative.

Nous avons synthétisé les points clés et utiles de ces jurisprudences dans des tableaux.

Nous rappelons qu'une procédure pénale a pour but premier de punir la personne physique ou morale ayant été reconnue coupable d'une infraction sanctionnée par le code pénal.

Le juge administratif est compétent lorsque l'affaire met en cause l'administration, c'est-à-dire les services des communes, des départements, des régions ou de l'État. Elle a un but d'indemnisation des demandeurs.

Pour la partie références, nous avons recherché quelques articles illustratifs dans la presse WEB concernant des affaires de décès suspects en EHPAD.

Nous avons effectué nos recherches bibliographiques scientifiques sur le moteur de recherche du logiciel PAPERS avec les mots clés suivants : « elder abuse », « death », « neglect », « residential long term care » et avons retenu les articles les plus récents et les plus informatifs sur notre étude.

Nous avons effectué nos recherches de jurisprudence pénale et administrative à l'aide du moteur de recherche DOCTRINE et LEGIFRANCE en utilisant les mots clés : « décès », « EHPAD ».

C- Cas experts : sur pièces ou après autopsie médico-légale

Chutes à répétition : un exemple d'expertise sur pièces ordonnée par un juge d'instruction (Procédure Pénale)

Dans cette affaire, nous sommes intervenus à la demande d'un juge d'instruction en dualité d'expert avec un expert toxicologue.

Une femme âgée de 87 ans est admise dans un EHPAD, car la famille est inquiète des chutes qui sont survenues au domicile. Le maintien à domicile est devenu difficile et dangereux. La demande de mise sous tutelle est en cours au moment de l'admission.

Elle entre en institution au début décembre et elle décède moins d'un mois plus tard, suite à une chute. Plusieurs chutes ont eu lieu dans l'établissement : au total 5 chutes sont recensées sur moins d'un mois.

Dans les jours suivants le décès, l'Agence Régionale de Santé était saisie d'une enquête suite à ce décès, les points clés suivants étaient relevés :

- la famille était la demandeuse et elle se plaignait de maltraitance passive par manque de personnel, réduction des budgets, défaut de suivi des nouveaux arrivants, suivi médical défaillant (manque de coordination entre l'EHPAD et le médecin traitant),
- le bilan d'entrée à l'EHPAD relevait des troubles cognitifs, des difficultés de concentration, des pertes de repères spatio-temporels, une mobilité réduite et un

risque accru de chutes,

- L'EHPAD la place dans une chambre considérée comme appropriée à la situation,
- Le médecin traitant ne prend plus en charge la patiente après son admission,
- La résidente chute à 5 reprises, ces chutes sont très rapprochées et sont étalées sur une dizaine de jours. Les fiches d'incident sont remplies mais non datées. Les premières chutes semblent sans gravité et sont signalées à la famille et au médecin traitant,
- Les éléments suivants sont retrouvés dans le dossier de soins :

Le dossier de soins signale :

- 21 décembre : *hématome au niveau du dessus du crane.*
- 2 janvier : *suite à sa chute, induration énorme au niveau du dos.*
- 3 janvier : *omoplate gauche, hématome de 10 cm (...) hématome à surveiller.*
- 3 janvier : *chute de sa hauteur, petite plaie haut du nez. Va bien*
- 4 janvier : *Chute de sa hauteur : nez cassé (déviation + sang + + +).*

- Les éléments du bilan biologiques :

Examens biologiques (ANNEXE 4).

DATE	TAUX DE PROTHROMBINE	INR
23 décembre 2010	55	1.62
29 décembre 2010	24 %	3.01
4 janvier		4.6

Le médecin coordonnateur a établi un rapport suite à cette affaire, qui est repris par l'ARS, il y précise les points suivants :

- La surveillance de la résidente a été conforme aux recommandations du MedCO et aux prescriptions du médecin traitant,
- Les chutes encadrent l'épisode infectieux bronchique. La survenue d'une infection chez une personne âgée peut entraîner une décompensation de son état général et accroître le risque de chute,
- L'état général de la résidente était altéré par un cancer colique métastasé au foie,
- La résidente souffrait de troubles cognitifs et d'un état dépressif.

Le MedCo concluait ainsi :

Les événements ayant conduit au décès de Mme L. ne peuvent être liés à un défaut de surveillance de la résidente, à des négligences ou à une maltraitance active ou passive. Ils sont la résultante d'un cumul de pathologies : terrain physique et psychologique dégradée dès l'entrée en institution, présence d'une démence masquée.

L'établissement a assuré la meilleure prise en charge possible, compte tenu des moyens mis à sa disposition, en respectant les bonnes pratiques de soins : alerte régulière du médecin traitant et de la famille, intervention de tous les membres de l'équipe soignante pour prendre soin de la résidente.

A chaque fois, les risques présentés par la résidente ont été évalués et ont entraîné chez les personnels soignants une réaction adaptée.

Toutes les précautions ont été prises par l'équipe soignante pour éviter les chutes, conformément aux recommandations et prescriptions du médecin traitant et en relation avec la famille de la résidente qui était tenue informée régulièrement de l'état de santé de Mme L.

L'EHPAD a transmis à l'ARS ce rapport du MedCO accompagné du compte-rendu de l'entretien avec la famille et un rapport d'une psychologue.

L'ARS fait une analyse différente du MedCO, puisqu'elle retient :

- **Le CRH du centre hospitalier** qui a reçu la résidente suite à la 5^{ème} chute, évoquait une patiente inconsciente à l'admission qui présentait des escarres au niveau du sacrum et des talons, l'INR était à 4,6. Le scanner cérébral retrouvait un hématome cérébral occipito-pariéto-thalamique gauche avec hémorragie méningée interhémisphérique et compression des structures cérébrales, ainsi qu'une fracture non déplacée de l'odontoïde et une fracture des os propres du nez. Le previscan est arrêté, le traitement par Augmentin est entrepris sur l'encombrement bronchique. Malgré la réanimation, la patiente décède 24 h après son admission.

Pour l'ARS, deux questions restent sans réponses :

Pourquoi aucun acte d'imagerie n'a-t-il été réalisé après les chutes ?

Les chutes s'étant répétées en l'espace de quelques jours, des éléments retrouvés interpellent : ...hématome au-dessus du crâne le 21/12...hématome important dans le dos le 2/01..

Des mesures préventives ont-elles été prises pour réduire le risque iatrogène ?

La résidente prenait plusieurs traitements dont certains pouvaient entraîner des risques de chutes à cause de leurs effets indésirables :

- Perindopril : sensation de vertiges fréquent, vision modification fréquent, hypotension orthostatique (fréquent).
- Inexium : étourdissements, somnolence, vision trouble, vertiges.
- Hemigoxine : troubles de la vision,
- Previscan : fréquence et gravité des accidents hémorragiques liés en particulier au

risque de chute,

En conclusion l'ARS estimait que des dysfonctionnements dans le suivi étaient soupçonnés. La surveillance de la résidente était jugée insuffisante, d'une part pour la prise en charge des conséquences de la chute et d'autre part pour la surveillance des effets secondaires des traitements susceptibles d'accroître le risque de chute et les risques des conséquences d'une chute.

L'ARS préconisait, dans ces conditions, une expertise judiciaire. Elle préconisait une saisine de la justice.

Un an et demi après ce rapport de l'ARS nous étions missionnés par un juge d'instruction afin de répondre aux questions suivantes :

- ***prendre en compte les deux dossiers médicaux de Mme L,***
- ***décrire l'état de santé de Mme L et ses traitements médicaux,***
- ***dire, au vu des documents, si les traitements semblent justifiés ou adaptés à l'état de santé de Mme L,***
- ***déterminer, au vu des documents, la ou les causes du décès de Mme L,***
- ***dire si des fautes ont été commises qui ont pu avoir des conséquences sur le décès de Mme L,***
- ***faire toute constatation utile à la manifestation de la vérité.***

Notre expertise réalisée en dualité d'experts entre médecin légiste et toxicologue a apporté les éléments suivants :

« Au total, Mme L. était une personne âgée dépendante ayant bénéficié d'une admission en EHPAD devant l'inquiétude de la famille concernant l'état général fragilisé par le cancer et la survenue d'une chute à son domicile.

Mme L. est décédée des suites d'un hématome cérébral associé à une hémorragie méningée. Ce tableau d'hémorragie cérébrale est très certainement lié au déséquilibre de son traitement anticoagulant (Préviscan®) avec augmentation de l'INR. Il est possible que cet INR ait été déséquilibré du fait de l'introduction de thérapeutiques (antibiotique). Mais, on ne peut exclure un saignement qui s'est aggravé sur quelques jours, sous AVK, à partir d'un traumatisme crânien (même par chute de sa hauteur).

Elle présentait plusieurs pathologies qui pouvaient être à elles seules responsables d'une chute :

- Fragilisation de l'état général par le cancer métastasé au foie,
- Le tableau cardiaque associant arythmie cardiaque avec fibrillation auriculaire, hypertension artérielle et insuffisance cardiaque,
- troubles cognitifs.

Le séjour à l'EHPAD a vu 5 chutes de Mme L. :

2 premières chutes le 20 et 22 décembre, puis un intervalle libre du 23 décembre au 1^{er} janvier et encore 3 chutes les 2, 3 et 4 janvier 2011. Soit une chute tous les jours sur la fin du séjour à l'EHPAD.

Il n'y a pas de bilan paraclinique de recherche des conséquences de la chute : en particulier, le scanner cérébral pour recherche d'un saignement suite à traumatisme crânien après la première chute (d'autant plus que Mme L. était sous AVK) n'a jamais été demandé.

La recherche plus avant des causes et risques de chutes n'a pas été étayée au dossier :

- les fiches de déclaration de chute sont incomplètes avec absence de renseignements importants.
- les examens cliniques utiles (Start and Go tests, Poussée sternale etc...) ne figurent pas au dossier.

Des actes de prévention de chute manquent :

- Prescription de kinésithérapie pour rechercher et améliorer les troubles de la marche.

L'adjonction de certains médicaments était risquée dans un tel contexte de patiente à fort risque de chutes :

- adjonction d'un antidépresseur (Stablon®) le 27 décembre (d'autant qu'il est prescrit à des doses élevées non conformes au Vidal) alors que des chutes avaient déjà eu lieu ;
- adjonction d'un antibiotique l'amoxicilline avec risques de perturbation de l'INR.

Enfin, et cela est le plus important dans ce dossier, il semble qu'une hospitalisation pour rechercher les causes et conséquences de ces chutes était le seul moyen pour réaliser un bilan et une adaptation de la prise en charge idoines.

Nous suggérons, au vu des éléments du scanner cérébral, une expertise complémentaire par expert radiologue pour voir s'il est possible de dater les lésions cérébrales observées sur le scanner avant le décès. »

On le voit, dans une affaire complexe comme celle-ci, avec recherche de responsabilités sur la base d'étude de documents, sans pouvoir analyser directement des échantillons (pour le toxicologue), il n'est possible que de préconiser ce qui aurait dû être retrouvé dans le dossier sur la base de la documentation scientifique de référence. Si les éléments clés ne sont pas tracés les risques d'incidents sont élevés. De plus, dans ce cas de figure, il est manifeste, à la lecture du dossier médical, que l'arrêt du suivi manifesté par le médecin traitant a été un véritable problème. Par exemple, l'introduction de l'antidépresseur a été initiée par un médecin remplaçant qui voyait la résidente pour la première fois. Si ce médecin s'est appuyé sur les seuls éléments du dossier pour prescrire cette spécialité, il n'avait pas beaucoup d'éléments pour juger du suivi : pas d'examen clinique noté, pas de tests effectués etc...De plus il prescrit une dose inadaptée dans le contexte.

De plus, à aucun moment dans le dossier, on ne retrouve de mots de suivi du MedCo depuis l'admission, alors que l'arrêt de la prise en charge par le médecin traitant est acquis dès le début du séjour.

En matière d'expertise judiciaire en recherche de responsabilités médicales il apparaît claire que l'expertise pluridisciplinaire est fondamentale. S'il y a décès, le médecin légiste sera le coordonnateur des travaux d'expertise et il s'appuiera, soit en pluralité d'experts, soit lors de demande de sapisiteurs spécialisés, sur l'expertise des autres spécialités médicales. Il est fondamental que cela soit réalisé selon ses modalités.

Ceci afin d'éclairer le plus efficacement possible le juge qui lui doit se prononcer sur ces responsabilités alors qu'il ne possède aucune connaissance du domaine médical.

Un trouble du comportement dangereux : un exemple d'expertise en synthèse médico-légale suite à autopsie demandée par le Procureur de la République (Procédure Pénale)

Dans cette affaire, nous sommes intervenus à la demande du parquet du procureur de la république dans le cadre d'une enquête en flagrance suite à un décès suspect survenu dans un EHPAD.

L'enquête initiale rapportait les éléments suivants :

Monsieur H. était résident d'un EHPAD, il était atteint de la maladie d'ALZHEIMER. Il aurait eu des comportements particuliers en pénétrant dans les chambres des résidents et en ouvrant les robinets d'eau chaude à fond.

Le corps aurait été découvert vers 15h30 le 21 octobre dans une salle d'eau fermée. L'ouverture, non sans difficultés, de la salle d'eau par un personnel de l'EHPAD, rapportait une ambiance thermique très élevée, et le jet de la douche laissait couler de l'eau brûlante à grand débit. Monsieur H. était découvert allongé au sol, tout habillé et il était visiblement brûlé au visage. L'infirmière aurait déplacé le corps sur le lit. Le SMUR serait intervenu vers 19h10 pour établir le certificat de décès.

L'autopsie avait mis en évidence :

« Des brûlures du 2ème degré couvrant une surface estimée entre 15 et 20 % de la surface corporelle. L'autopsie a également mis en évidence un état cardiovasculaire pathologique pouvant être à l'origine du décès (athérosclérose étendue et obstruction coronaire gauche).

La difficulté de ce dossier réside dans le fait que Monsieur H. a été brûlé et qu'il était atteint d'ALZHEIMER avec un comportement particulier (aurait eu l'habitude de manipuler des jets d'eau chaude dans l'établissement).

L'enquête devra s'attacher à comprendre pourquoi ce résident déficient cognitif a pu se retrouver enfermé dans une salle d'eau et a été brûlé de manière aussi importante à la tête, sur les membres supérieurs et le haut du dos. Il faudra également tenter d'obtenir le maximum d'information sur la position de découverte du cadavre, car certains éléments sont compatibles avec une ou des chutes.

Le tableau cardiovasculaire pourrait expliquer des malaises entraînant une ou des chutes ainsi que le décès en association éventuelle avec les brûlures si elles sont ante-mortem (douleur intense et stress cardiovasculaire sur terrain cardiovasculaire

fragilisé).

Mais, il faut pouvoir vérifier également le statut toxicologique de la victime (recherche de co-facteurs médicamenteux ayant pu contribuer également au décès voir à une incapacitation ou rechercher les prises des médications habituelles) et faire réaliser l'examen anatomopathologique pour affiner le diagnostic cardiovasculaire et également caractériser les brûlures et leur caractère vital sur les différents prélèvements de peau effectués lors de l'autopsie. Ces résultats sont donc à compléter obligatoirement par une analyse toxicologique et anatomopathologique au vu du contexte de décès avec possible recherche de responsabilités de l'établissement de soins où séjournait la victime. »

Nous préconisons une expertise en synthèse médico-légale demandée par le parquet, avec communication de l'ensemble du dossier médical, des pièces de procédure (interrogatoire des protagonistes de cette affaire), des résultats de l'expertise toxicologique et de l'expertise anatomopathologique. Nous rendons cette expertise 8 mois plus tard après avoir recueilli l'ensemble des pièces utiles.

Lors de cette expertise en synthèse médico-légale nous rapportons les éléments suivants :

- **l'expertise toxicologique** : *absence de surdosage des médicaments.*

- **l'expertise anatomopathologique** : *aspect post-mortem ou peri-mortem des zones cutanées brûlées prélevées. État cardiovasculaire pathologique avec coronaropathie et athérosclérose étendue et intense. Atteinte myocardique ancienne du ventricule gauche (infarctus). Insuffisance pulmonaire aigue.*

- **l'étude des pièces du dossier médical a montré :**

- *que la victime avait été signalée (en janvier) comme étant à surveiller car elle manipulait des objets potentiellement dangereux (démontait des éléments électriques de l'établissement par exemple),*

- *que des notions de chutes étaient signalées dans l'historique de soins de l'établissement,*

- *que des notions de manipulations de douches chaudes dans l'établissement étaient également rapportées dans le dossier de soins,*

- *que les éléments principaux sont : troubles cognitifs importants, troubles du comportement, hypertension artérielle,*

- *qu'il n'existe pas de notion de suivi par rapport à une antériorité cardiovasculaire.*

- l'étude des pièces de procédure a montré :

- *que la victime aurait été retrouvée dans une salle de bain verrouillée de l'intérieure à 15h30,*
- *qu'elle aurait été vu vivante au repas de midi des résidents,*
- *qu'il était rapporté une ambiance thermique élevée au moment de la découverte du corps,*
- *que l'ambiance thermique élevée était en rapport avec un écoulement d'eau chaude au niveau de la douche,*
- *que la victime aurait eu l'habitude de manipuler des douches pour faire couler de l'eau chaude (dans sa chambre et dans celles d'autres résidents de l'EHPAD),*
- *que la victime était hospitalisée dans cet établissement depuis 2014 pour maladie d'Alzheimer,*
- *des troubles du comportement étaient rapportés par les personnels auditionnés et son épouse.*

Au TOTAL :

L'hypothèse d'un décès de mort naturelle par trouble du rythme était fortement soutenue.

En effet, nous avons à faire à un individu âgé qui est retrouvé décédé dans une ambiance thermique chaude et avec un terrain cardiovasculaire pathologique (athérosclérose, hypertension).

L'expertise anatomopathologique a confirmé une athérosclérose aortique et coronaire intense (obstruction à plus de 80% des artères coronaires) avec une antériorité d'infarctus ventriculaire gauche (qui n'était pas rapportée dans les antécédents de la victime).

Il est tout à fait possible qu'un épisode cardiovasculaire myocardique de type infarctus passe inaperçu chez un patient présentant l'état cognitif observé ici et lié à la maladie d'Alzheimer.

Monsieur H. était également décrit comme ayant des troubles du comportement avec manipulations d'objets présentant une certaine dangerosité (comme la manipulation de douches chaudes dans l'établissement ou d'électricité).

Dans ces circonstances il est tout à fait possible que Monsieur H. ait eu un malaise mortel dont l'origine a pu être l'exposition à cette ambiance thermique élevée sur terrain cardiovasculaire fragilisé.

Les contusions retrouvées sur le corps sont compatibles avec des chutes, il n'existe pas de points d'appels pour les lier à l'action d'un tiers.

Les brûlures ne sont pas ante-mortem d'après l'expertise anatomopathologique, elles ont pu être occasionnées au moment du malaise cardiaque ou après la chute au sol.

Un bilan gériatrique de Janvier rapportait que l'individu nécessitait, dans la mesure du possible, une surveillance importante du fait de troubles du comportement pouvant entraîner un accident (manipulation d'objets potentiellement dangereux : électricité, plomberie). Néanmoins, il apparaît difficile voire impossible à un tel établissement de proposer une surveillance complète et totale de tous les pensionnaires pour prévenir

les conséquences et les comportements dangereux que l'on peut observer chez ce type de patient.

Lorsqu'il s'agit de patients déments avec des troubles du comportement comme décrit ici, il est possible qu'à un moment la situation échappe à la vigilance du personnel et le résident se retrouve dans une situation qui mettra en cause son intégrité physique.

Ce qui pourrait être recherché ici c'est le défaut de surveillance ou la non prise en compte de l'état de dangerosité bilanté en janvier. Sans doute que ce résident aurait dû être réorienté vers une unité permettant un meilleur cadrage du résident.

Sans doute que l'unité où il résidait ne permettait pas de garantir l'ensemble des critères pour prévenir un incident lié à son comportement dangereux. En aucun cas, dans le dossier, on ne retrouve les propositions de contre-mesure par rapport à cette situation ni la trace de la réalisation effective de celles-ci.

D-Étude de la jurisprudence actualisée en la matière

Dans un souci de documentation utile, nous avons choisi de ne pas résumer ces textes juridiques jurisprudentiels. Et, ceci, afin de permettre une compréhension meilleure du raisonnement du juge sur la base des éléments qui lui ont été soumis.

JURISPRUDENCE PENALE :

- Cour d'Appel de CAEN : Chambre des Appels correctionnels : 2 juillet 2010 : Une aide-soignante négligente qui ne rend pas compte ! Condamnée à 6 mois de prison avec sursis.

.../...

Poursuites dirigées contre une aide-soignante d'EHPAD en 2007, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement, en l'espèce en laissant couler de l'eau bouillante dans un bain sans surveillance et en s'abstenant d'informer sa hiérarchie des blessures constatées, a involontairement causé la mort d'une résidente. Le tribunal correctionnel en 2009, a jugé coupable l'aide-soignante et l'a condamnée à 6 mois de prison avec sursis.

Il résulte des éléments du dossier et des débats à l'audience que C N épouse D (la prévenue), titulaire d'un diplôme d'aide-soignante depuis le 13 octobre 2006, a été recrutée, comme aide-soignante contractuelle (du 13 mars 2007 au 30 avril 2007 selon elle, du 4 au 20 avril 2007 au vu des, rares, pièces du dossier), par l'E.H.P.A.D AK-Jacques et AK-AL, établissement public.

Le 18 avril 2007, C N épouse D était chargée, notamment, de la toilette des époux H I - P E et de la préparation de leur chambre. Ces deux pensionnaires étaient atteints de la maladie d'Alzheimer, H I épouse E (née le XXX) présentant, en plus, une insuffisance respiratoire, une quasi impossibilité de parler (sauf les mots 'oui' et 'non') et une très grande difficulté à se déplacer.

XXX, la prévenue a conduit H I épouse E dans une salle de bain, équipée d'une baignoire adaptée (avec porte). Elle a donné un premier bain mais la pensionnaire a déféqué dans ce bain et C N a du faire couler un deuxième bain, précision apportée que H I épouse E était assise sur le siège, moulé, de la baignoire.

Alors que l'eau du deuxième bain coulait, la prévenue dit avoir entendu un appel ('au secours' selon elle) de P E. Elle est sortie de la salle de bain, laissant sa malade seule, pour aller dans la chambre située à proximité. P E voulait simplement être approché du lavabo de sa chambre, pour se laver les dents. Après avoir satisfait aux demandes de P E, la prévenue est restée dans la chambre pour aider une collègue (non identifiée et donc non entendue dans le cadre de l'enquête) à faire les deux lits des époux E.

.../...

A l'audience C N a dit qu'elle avait alors 'oublié' H I épouse E. Elle n'est retournée dans la salle de bain qu'après 10 à 15 minutes (précision donnée à l'audience) et s'est alors rendu compte, au seul regard de sa patiente, qu'il se passait quelque chose d'anormal. Elle a 'de suite, pensé à une température trop forte de l'eau' (cf audition du 11 mai 2007) et a vu que les jambes de la victime étaient rouges et qu'il y avait 'une démarcation' au niveau du bassin, à hauteur du niveau atteint par l'eau. C N a passé de l'eau froide sur les jambes de H I épouse E et de l'eau tiède sur le reste du corps. Après l'avoir séchée, elle a enduit les jambes de la victime de biafine mais n'a averti personne, alors même qu'elle avait remarqué, en passant la biafine, que la peau se décollait.

Un peu plus tard, une infirmière (pas davantage identifiée et entendue) a remarqué les brûlures sur la victime et a prévenu un médecin local. Celui-ci, qui est venu le jour même, à 15h30, n'a rien prescrit d'autre que de la biafine.

Le lendemain, devant l'aggravation de l'état de la brûlée, un médecin a été, à nouveau, averti. Celui-ci (différent de celui de la veille) a décidé de faire hospitaliser H I épouse E, au C.H.U de CAEN.

Cette dernière subira, le 4 mai 2007, une greffe de peau, mais décédera le 10 mai 2007.

.../...

L'autopsie et les examens médicaux permettent de constater :

- que les brûlures sur 25 % de la surface corporelle (partie découlant des brûlures stricto sensu et partie des greffes), additionnées à l'âge de la victime (née en 1928) conduisent à un chiffre supérieur à 100, c'est à dire à un pronostic de mort,
- qu'en plus des brûlures, H I épouse E a eu un oedème pulmonaire (avec phénomène d'inhalation trachéo-bronchique massive de liquide gastrique), lequel 'est compatible avec une défaillance

.../...

polyviscérale massive, consécutive aux brûlures' (cf rapport du docteur AM AN AO, du 27 novembre 2007.

.../...

Les services de gendarmerie et le parquet ne seront avertis, par la directrice de l'E.P.H.A.D AK-Jacques et AK-AL, que postérieurement au décès.

Lors de leur enquête, ils constateront que la robinetterie de la baignoire utilisée a été changée et qu'un robinet thermostatique a été mis en place. Ils constateront également que les thermostats du circuit d'eau chaude indiquent 61 degrés pour le circuit aller et 51 degrés pour le circuit retour.

C N épouse D, licenciée dès le 18 avril 2007, a indiqué, lors de l'audience de la Cour, qu'elle avait remarqué, à l'occasion de douches à d'autres patients, dans une autre salle d'eau, que la température de l'eau n'était pas constante.

Lors de son audition (11 mai 2007) elle avait indiqué que certains résidents lui avaient indiqué que la température de l'eau était trop élevée.

Toujours à l'audience, devant le tribunal, comme devant la Cour, la prévenue a émis l'hypothèse que H I épouse E avait pu, de sa propre initiative, modifier le réglage des robinets.

Alors qu'elle avait précisé, lors de son audition initiale, qu'elle ne savait plus si elle avait vérifié la bonne température de l'eau pour le deuxième bain, elle a affirmé, à l'audience, qu'elle était certaine de l'avoir fait.

Enfin après avoir expliqué son silence suite à la découverte des brûlures par la 'peur de la sanction', elle soutient aujourd'hui qu'elle avait l'intention d'aviser sa hiérarchie au moment venu.

.../...

A partir des éléments ci-dessus exposés, il peut être établi :

- que le décès de H I épouse E découle, directement, des graves brûlures consécutives au bain du 17 avril 2007. Sur ce point le rapport complémentaire du docteur AM AN-AO, en date du 27 novembre 2007, est parfaitement clair et rend inutile l'expertise complémentaire sollicitée par la prévenue et la société S.H.A.M, sans d'ailleurs fournir le moindre élément permettant de fragiliser les conclusions médicales du dossier,
- que la faute reprochée à la prévenue ne peut être celle de non information de sa hiérarchie, puisque l'information a bien eu lieu, rapidement, par un tiers et que l'intervention d'un médecin, dès 15h30, n'a pas modifié les soins déjà entrepris. Dès lors aucun lien de causalité n'existe entre cette faute (certaine) et le décès,
- que, même si les raisons de la présence d'eau trop chaude dans le bain de la victime restent un peu floues (encore que l'action de la victime elle-même semble à exclure en raison de son état physique ne lui permettant pas d'atteindre les robinets) et que l'insuffisance propre à l'installation ne peut être écartée (la rapidité pour mettre en place des robinets thermostatiques, avant même l'enquête, ne peut que conduire à s'interroger), la faute de surveillance reste certaine. Elle est d'ailleurs reconnue par l'aveu, fait à l'audience, d'avoir 'oublié' la pensionnaire dans sa baignoire.

Oublier un malade auquel on avait commencé à prodiguer des soins de toilette, constitue bien une faute.

.../...

Ceci étant, il est certain, comme le soutient la prévenue, que cette faute de surveillance n'est pas en lien direct avec le décès mais a créé la situation qui a permis sa réalisation. Dès lors, il convient de vérifier, conformément aux prescriptions de l'article 121-3 du code pénal, si la faute, non véritablement contestée par elle-même, est une faute caractérisée, qui exposait H I épouse E à un risque d'une particulière gravité que la prévenue ne pouvait ignorer.

La prévenue, qui a comparé, à l'audience, la personne âgée à un très jeune enfant, ne pouvait qu'avoir conscience du danger qu'elle faisait courir à la malade, en la laissant seule, pendant une longue période (10 à 15 minutes selon elle), alors qu'elle est quasi impotente, aphasique et atteinte de la maladie d'Alzheimer, dans une baignoire en train de se remplir avec de l'eau dont elle savait, par expérience personnelle, que la température pouvait varier. Outre le

.../...

risque de brûlure, réalisé, il y avait aussi un risque de noyade qu'un professionnel de la santé et des soins aux personnes âgées et dépendantes ne pouvait ignorer.

- Cour de cassation, Chambre criminelle, 4 octobre 2011, 11-81.699, Inédit : Encore une température de bain mal réglée responsable de brûlures mortelles ! La cour de cassation confirme le non-lieu.

« ...Poursuites contre un établissement (personne morale) pour imprudence, négligence, manquement à une obligation de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement, en l'espèce les points litigieux soulevés par la partie civile, portent essentiellement sur l'installation matérielle de la robinetterie, l'absence de système d'alarme efficace, d'une façon générale le manque de surveillance et les distorsions soulevées dans le rapport de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales ; qu'il résulte du rapport de l'expert, M. Y..., chargé d'examiner l'installation de plomberie dans la chambre de Mme X..., que ces installations étaient correctes, que l'ouverture du robinet d'eau chaude ne pouvait résulter que d'un geste volontaire ; que compte tenu de la date d'installation des appareils, les dispositions de l'arrêté du 30 novembre 2005 destinées à éviter les risques de brûlures et imposant une température de l'eau inférieure à 50° C aux points de puisage, n'étaient pas applicables ; qu'ainsi, il n'existe pas de manquement à une obligation de sécurité résultant d'une disposition réglementaire ; qu'il n'est pas établi, par ailleurs, que si la robinetterie avait été constituée d'une manette servant à la fois de mélangeur et d'ouverture de distribution d'eau, au lieu des deux robinets distincts, l'accident aurait pu être évité ; que concernant la discontinuité dans la surveillance de nuit, relevée dans le rapport de la DDASS, il convient d'observer qu'au moment de l'accident vers 19h00, des infirmières, tant libérales que salariées, étaient présentes, outre la surveillance de nuit, que trois personnes se sont portées au secours de Mme X..., lui ont prodigué les premiers soins et ont appelé les secours, ainsi le problème de la présence d'un seul veilleur de nuit entre 19h00 et 21h45 n'a eu aucune incidence ; qu'il est invoqué par la partie civile une surveillance insuffisante, notamment à l'étage où se trouvait la chambre de Mme X..., ce qui n'a pas permis une intervention rapide ; que, sur ce point, la nécessité d'assurer la sécurité et la protection des personnes dépendantes se heurte là à l'impératif tout aussi légitime de préserver leur dignité et leur intimité ; que la direction de la maison de retraite a fait observer qu'il n'était pas envisageable de laisser les portes des chambres ouvertes car la chambre représente en quelque sorte le domicile des pensionnaires qui doivent se sentir comme chez eux ; que ni une surveillance permanente ni encore moins des moyens de contention ne sont envisageables ; que le fait que chaque chambre soit équipée de sanitaires et d'une douche constitue non seulement un progrès mais surtout une obligation pour l'établissement et ne peut lui être reproché ; que, sur l'absence de système d'alarme, deux observations s'imposent :

– pour que ce système soit efficace encore faut-il que la personne soit en état de comprendre comment l'utiliser, ce qui n'est pas évident pour des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ;

– surtout, il a été précisé qu'il existait un système d'alarme par téléphone directement relié au standard ; que le cordon du téléphone avait toutefois été enlevé car il représentait un danger (risques de strangulation) ; qu'enfin, il convient de noter que le personnel est immédiatement

intervenue dès le déclenchement de l'alarme incendie inondation ; qu'ainsi, aucune faute d'imprudence, de négligence, ou de manquement à une obligation réglementaire de sécurité dans les termes de l'article 121-3, alinéa 2, du code pénal n'a pu être caractérisée ; qu'il convient en conséquence de confirmer l'ordonnance de non-lieu déférée ;... »

- Cour de cassation, Chambre criminelle, 15 septembre 2015, 14-84.303, Inédit : Un médecin traitant poursuivi. Une sonde à demeure bouchée entraînant une dégradation de l'état général du résident et in fine son décès ! L'EHPAD poursuivi pour défaut d'organisation !

"en ce que l'arrêt attaqué a dit qu'il n'existait pas de charges suffisantes contre Mme A..., médecin, d'avoir commis les faits d'homicide involontaire contre Christian X..., a prononcé un non-lieu à l'égard de Mme A..., a dit qu'il n'y avait lieu de mettre en examen l'EHPAD La Villa Concorde du chef d'homicide involontaire et a dit qu'il n'y avait lieu à suivre contre quiconque ;

"aux motifs que, sur l'homicide volontaire, les parties civiles, dans leur mémoire, sollicitent l'annulation de l'ordonnance entreprise, et la mise en examen de l'EHPAD « La Villa Concorde », ainsi que son renvoi et celui de Mme Z..., épouse A..., devant la juridiction de jugement du chef d'homicide involontaire ; qu'elles font valoir que le décès de Christian X... était dû à une insuffisance rénale provoquée par l'obstruction de la sonde à demeure qu'il portait, ce qui avait favorisé son infection urinaire et par voie de conséquence la dégradation de son état général ; qu'elles font état, que selon les transmissions infirmières du 28 février 2010, des analyses urinaires avaient été réalisées et que le changement de sonde avait été envisagé le lendemain en raison d'un risque d'infection urinaire, mais que le docteur Z..., épouse A..., qui n'avait prescrit le traitement antibiotique que le 4 mars 2010, les dates de son administration étant inconnues jusqu'au 15 mars 2010, date à laquelle le patient avait été admis à la clinique Montaigne ; qu'elles ajoutent que la désorganisation de l'établissement la « Villa Concorde » avait entraîné des négligences dans la prise en charge médicale et paramédicale du résident, qui n'avait pas reçu les soins adaptés et quotidiens nécessités par la sonde à demeure, dont le changement n'avait été envisagé dans le cadre des réunions de transmissions journalières ; que l'établissement la « Villa Concorde », témoin assisté et Mme Z..., épouse A..., personne mise en examen, sollicitent dans leurs mémoires la confirmation de l'ordonnance de non-lieu entreprise ; que Mme Z..., épouse A..., soutient qu'elle n'avait pas commis de faute caractérisée, et qu'en tout état de cause il n'y avait pas de lien certain de causalité entre l'absence de changement de la sonde à demeure, et l'obstruction ayant entraîné l'insuffisance rénale aiguë, et le décès du patient ; que l'établissement la « Villa Concorde » fait valoir d'une part qu'il est une structure hôtelière médicalisée à laquelle il n'incombe pas de responsabilité en matière médicale et qu'ainsi le changement de la sonde urinaire du résident ne pouvait lui être reproché, et d'autre part, à supposer qu'il y ait eu de sa part des carences, elles ne pouvaient constituer une faute qualifiée pouvant engager sa responsabilité pénale ; qu'enfin, l'établissement la « Villa Concorde » soutient que le décès du patient ne pouvait être attribué de façon certaine à l'absence de changement de la sonde urinaire du patient ; qu'au regard des dispositions combinées des articles 121-3 et 221-6 du code pénal, les personnes physiques qui n'ont pas directement causé le dommage, mais qui ont créé ou contribué à créer la situation qui a permis la réalisation du dommage ou qui n'ont pas pris les mesures permettant de l'éviter, sont responsables pénalement s'il est établi qu'elles ont soit violé de façon manifestement délibérée une obligation particulière de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, soit commis une faute caractérisée et qui exposait autrui à un risque d'une particulière gravité qu'elles ne pouvaient ignorer ; qu'ainsi en cas de causalité indirecte, la mise en oeuvre de la responsabilité pénale de la personne physique suppose la preuve de l'existence d'une faute soit soit délibérée soit caractérisée ; que la faute caractérisée n'a pas à

présenter une gravité exceptionnelle ; que peut être retenue comme faute caractérisée une série de négligences et d'imprudences ayant un lien de causalité avec le dommage ; que concernant Mme Z..., épouse A..., personne mise en examen : sur l'existence d'une faute caractérisée et le lien de causalité ; que Christian X... est décédé le 30 mars 2010 d'une insuffisance rénale aiguë suite à l'obstruction de sa sonde urinaire à demeure ; que, selon le docteur E..., urologique

de la clinique la Montagne, où le patient avait été admis le 15 mars 2010, l'obstruction de la sonde avait eu lieu dans les 24 ou 48 heures précédentes, soit entre le 13 et le 14 mars ; qu'aucune autopsie n'avait été pratiquée, l'origine de l'obstruction n'a pu être déterminée ; qu'auparavant Christian X..., âgé de 91 ans, avait été admis à l'établissement l'EPHAD « La Villa Concorde » et ce depuis le 6 octobre 2009 ; que son dossier médical révélait alors comme antécédents médicaux : une implantation d'un pace-maker en juin 2009, une hypertrophie bénigne de la prostate, des bronchites à répétition, une hypertension artérielle ; que Mme Z..., épouse A..., avait été le médecin traitant de Christian X... du

10 octobre 2009 jusqu'au 11 mars 2010, date à laquelle le docteur G..., médecin gériatre, était intervenu à la demande de la fille du patient pour devenir son nouveau médecin traitant, et étant précisé que la dernière prescription de Mme Z..., épouse A..., datait du 2 mars 2010, soit vingt-huit jours avant le décès du patient ; que lors de son séjour dans l'établissement, il avait été transféré à trois reprises à l'hôpital Beaujon les 22 et 27 octobre 2009 et le 5 novembre 2009 pour dyspnée ; que des mentions manuscrites du docteur A... apparaissaient sur le dossier médical du patient les 26 et 30 octobre, 10 et 13 novembre et 24 décembre 2009, et 25 janvier 2010 ; que les transmissions infirmières mentionnaient à l'arrivée du patient dans l'établissement qu'il avait une sonde urinaire, le 28 février 2010 « BU hydratation +++ conseillée, appelé le médecin demain + changer la sonde », le 1er mars 2010 « risque d'infection urinaire, appel du docteur A..., en fonction des résultats, elle prescrira antibio, EBCU faite mais elle a dit de ne pas changer la sonde à demeure », le 4 mars 2010 « infection U, cf résultats ; appel docteur A... : débiter traitement (ordo faxée) » le 5 mars 2010 à 18 h : « traitement non reçu » ; que Zineb H..., infirmière, précisait que le 28 février 2010, le patient s'étant plaint auprès d'elle de douleurs abdominales et d'une envie d'uriner, elle avait procédé à une bandelette urinaire dont le résultat s'était avéré positif, d'où la mention qu'elle avait portée sur les transmissions infirmières le même jour ; qu'elle ajoutait avoir contacté le docteur A... le lendemain qui lui avait indiqué qu'elle passerait voir le patient ; que, cependant aucune mention de la venue du Mme A... n'apparaît dans le dossier médical en mars 2010 ; que par ailleurs, la transmission infirmière du 1er mars 2010 si elle révèle l'appel de Mme A..., précise que celle-ci prescrira un antibiotique et n'ordonnera pas le changement de la sonde ; qu'enfin, la transmission infirmière du 4 mars 2010 fait état d'un nouvel appel au Mme A... qui demande à débiter le traitement de Ciflox, l'ordonnance de Mme A... étant datée du 2 mars 2010 (D398) ; que, par conséquent, contrairement aux déclarations de Mme A..., rien ne prouve qu'elle se soit déplacée les 1er et 4 mars 2010 pour ausculter Christian X... ce qui constitue une première négligence ; que, par contre, le fait qu'elle n'ait pas prescrit le changement de la sonde le 1er mars 2010, ne saurait lui être reproché, puisque plusieurs personnes entendues lors de l'instruction, ont précisé qu'en cas d'infection urinaire, et sauf cas d'obstruction, il fallait dans un premier temps traiter l'infection avant de procéder au changement de sonde urinaire ; qu'il n'est pas contestable que la sonde à demeure de Christian X... n'a jamais été changée entre le

6 octobre 2009 et le 14 mars 2010 alors même que de l'avis de l'ensemble du personnel médical et des médecins interrogés, dont Mme A..., une sonde urinaire à demeure doit être changée toutes les quatre à six semaines, et ce sur prescription médicale ; que Mme A... ne saurait se retrancher sur le fait qu'elle pensait que la sonde avait été changée à l'hôpital Beaujon en octobre 2009, alors même qu'elle n'avait prescrit aucun changement de sonde entre octobre 2009 et mars 2010 ; que cette abstinence, source d'infection urinaire, constitue

une faute caractérisée ; que cependant, l'expertise médicale ordonnée par le juge d'instruction mentionne que Christian X... présentait déjà une insuffisance rénale modérée lors de ses séjours à la « Cité des Fleurs » entre le 3 août et le 6 octobre 2009, et à l'hôpital Beaujon le 22 octobre 2009 et les 4 et 5 octobre 2009, alors même que sa sonde avait été changée ; que lors de son admission à la clinique « La Montagne » le 15 mars 2010, le docteur E... constatant le taux de créatinine du patient, signe d'insuffisance rénale, était de 16,4 le 12 mars 2010, c'est-à-dire selon lui non inquiétant pour un patient de 91 ans, en concluait que l'obstruction avait eu lieu entre le 12 et le 15 mars 2010 ; qu'il précisait avoir procédé au changement de la sonde à demeure le 15 mars sans que cela ne présente un cas d'urgence ; qu'il ajoutait que le patient était décédé dix jours, après du fait de son mauvais état général et de l'altération de sa fonction rénale, du fait de l'obstruction de la sonde, qu'il y ait eu ou non administration d'antibiotiques depuis le 1er mars 2010 ; qu'il ajoutait, que si le défaut de changement d'une sonde à demeure pouvait favoriser son obstruction, celle-ci pouvait intervenir pour d'autres causes, et même après qu'un changement de sonde ait eu lieu ; que, par conséquent, compte tenu de l'ensemble de ces éléments, s'il est possible de constater l'existence de négligences de la part de Mme Z..., épouse A..., constitutives de fautes caractérisées, en ne se déplaçant pas les 1er et 4 mars 2010 pour ausculter le patient et en n'ordonnant pas le changement de sa sonde urinaire entre le 6 octobre 2009 et le 1er mars 2010, rien ne permet d'en déduire qu'elles ont été la cause de l'obstruction de la sonde ayant entraîné l'infection urinaire aiguë et le décès de Christian X..., qui par ailleurs, était âgé et présentait d'autres pathologies ; qu'enfin, en l'absence de charges suffisantes à l'encontre de Mme Z..., épouse A..., d'avoir commis le délit d'homicide involontaire, il y a lieu de prononcer un non-lieu à son égard ; que, concernant l'EPAD « La Villa Concorde », témoin assisté, que l'information, et l'expertise médicale ordonnée par le juge d'instruction, ont révélé des manquements dans l'organisation de l'établissement ; qu'ainsi, cinq médecins coordonnateurs se sont succédé durant les six mois du séjour dans l'établissement de Christian X... ; que, ces changements répétés, alors même qu'un médecin coordonnateur a notamment pour mission de s'assurer de la qualité des soins prodigués et de coordonner l'équipe de soins, ont eu des conséquences sur la prise en charge du patient ; qu'ainsi, ils n'ont pas permis de rencontres avec le médecin traitant de ce dernier, et lors des réunions de transmissions journalières avec l'équipe infirmière, le changement de sonde du résident n'a jamais pu être abordé ; que, par ailleurs, un manque de traçabilité a été constaté dans la tenue du dossier médical dû au manque d'encadrement du personnel soignant ; que, cependant, si des dysfonctionnements ont existé et que les contraintes liées à une sonde urinaire à demeure ne semblent pas avoir été respectées, il n'en demeure pas moins vrai, que rien ne permet de dire qu'ils ont été à l'origine de l'obstruction de la sonde urinaire ayant entraîné l'infection rénale aiguë et le décès de Christian X..., d'autant que la détection de l'infection urinaire a bien été faite par l'une des infirmières de l'établissement le 28 février 2010 ; que, par conséquent, la responsabilité de l'EHPAD « La Villa Concorde » ne pouvait être engagée, il n'y a pas lieu d'envisager sa mise en examen pour homicide involontaire ;

"1°) alors que l'arrêt attaqué a constaté que le décès de Christian X... avait été causé par une insuffisance rénale aiguë consécutive à l'obstruction de la sonde 24 ou 48 heures avant qu'elle fût changée par M. E..., médecin, le 15 mars 2010, et par le mauvais état général du patient ; que l'arrêt attaqué a encore retenu que Mme A... a commis une faute caractérisée tenant à ce qu'elle avait omis de procéder au changement de la sonde urinaire de Christian X... entre le 6 octobre 2009 et le 14 mars 2010, cependant, qu'une sonde urinaire doit être changée tous les mois ou mois et demi ; qu'il s'évinçait de ces constatations que la faute caractérisée de Mme A..., qui aurait dû faire changer la sonde urinaire trois mois et demi avant qu'elle s'obstrue puis provoque l'insuffisance rénale fatale à Christian X..., constituait une cause indirecte du décès de ce dernier, de sorte qu'il existait des charges suffisantes de renvoyer Mme A... devant la

formation de jugement du chef d'homicide involontaire ; qu'en décidant le contraire au motif inopérant qu'il n'était pas certain que le défaut de changement de sonde ait provoqué son obstruction, la chambre de l'instruction a violé les textes susmentionnés ;

"2°) alors qu'en retenant que, selon le docteur E..., même en cas de changement une sonde urinaire peut s'obstruer, la chambre de l'instruction a statué par des motifs non seulement inopérants au regard de ses constatations susmentionnées tenant à l'obstruction de la sonde avant son remplacement ayant provoqué l'insuffisance rénale fatale, mais de surcroît hypothétiques ; qu'ainsi l'arrêt attaqué n'est pas légalement justifié ;

"3°) alors que l'arrêt attaqué a constaté que l'EHPAD La Villa Concorde avait commis des manquements dans son organisation, tels un manque de traçabilité dans la tenue du dossier médical, ainsi que la succession de cinq médecins en six mois au poste de médecin coordonnateur qui a eu pour conséquence que le médecin traitant de Christian X..., Mme A..., n'a jamais pu être rencontré et que la question du changement de la sonde n'a jamais pu être abordée lors des réunions de transmissions journalières avec l'équipe infirmière ; qu'il en résultait des indices graves ou concordants que l'EHPAD La Villa Concorde avait commis un homicide involontaire justifiant sa mise en examen de ce chef ; qu'en décidant le contraire, la chambre de l'instruction a violé les textes susmentionnés" ;

Attendu qu'il résulte de l'arrêt attaqué et des pièces de la procédure que, le 30 mars 2010, Christian X..., âgé de 91 ans, demeurant à la maison de retraite médicalisée « La Villa Concorde » à Asnières-sur-Seine, et souffrant notamment d'une rétention d'urines avec sonde urinaire à demeure, est décédé des suites d'une insuffisance rénale consécutive à une infection urinaire apparue le 1er mars 2010 ; qu'une information a été ouverte à la suite de la plainte avec constitution de partie civile de sa fille et de sa petite-fille ainsi que de sa tutrice ; que Mme A..., médecin traitant du patient, a été mise en examen pour homicide involontaire et l'établissement La Villa Concorde entendue en qualité de témoin assisté ; que le juge d'instruction a rendu une ordonnance de non-lieu ; que la chambre de l'instruction a annulé cette décision et évoqué ;

Attendu que, pour dire qu'il n'existait pas de charges suffisantes contre Mme A... d'avoir commis le délit d'homicide involontaire et n'y avoir lieu à mettre en examen l'établissement la Villa Concorde du chef d'homicide involontaire, l'arrêt retient que s'il est possible de constater l'existence de négligences de la part de Mme A... constitutives de fautes caractérisées, en ne se déplaçant pas les 1er et 4 mars 2010 pour ausculter le patient et en n'ordonnant pas le changement de sa sonde urinaire entre le 6 octobre 2009 et le 1er mars 2010, rien ne permet d'en déduire qu'elles ont été la cause de l'obstruction de la sonde ayant entraîné l'infection urinaire aiguë et le décès de Christian X..., qui, par ailleurs, était âgé et présentait d'autres pathologies ; que les juges ajoutent que si des dysfonctionnements ont existé au sein de l'établissement La Villa Concorde et si les contraintes liées à une sonde urinaire à demeure ne semblent pas avoir été respectées, rien ne permet de dire qu'ils ont été à l'origine de l'obstruction de la sonde urinaire ayant entraîné l'infection rénale aiguë et le décès, d'autant que la détection de l'infection urinaire a bien été faite par l'une des infirmières de l'établissement le 28 février 2010 ;

Attendu qu'en l'état de ces énonciations, qui excluent un lien de causalité certain entre les fautes relevées et le décès, la chambre de l'instruction a justifié sa décision ;

Que, dès lors, le moyen doit être écarté ;

Et attendu que l'arrêt est régulier en la forme ;... »

- Cour d'appel de Montpellier, 8 mars 2016, n° 14/02436 : Chute du premier étage d'un patient dément. Manquement de sécurité ? Défaut de prise en charge après la chute ?

« ...Le 28 septembre 2010, B X a traversé la salle de kinésithérapie située au deuxième étage où se trouvait son logement, a enjambé une balustrade et chuté sur le toit de l'étage inférieur. Transporté aux urgences dans une clinique où a été diagnostiqué une fracture du fémur droit, une fracture du cotyle droit, et une fracture du calcanéum, il est décédé le 13 octobre 2010 après 17 jours d'hospitalisation.

Invoquant des manquements aux obligations de sécurité et de soins, la veuve C X, et leurs enfants ont fait assigner par actes du 3 et 4 octobre 2012 la mutuelle MBV, et la CPAM de l'Hérault, pour faire reconnaître la responsabilité de l'établissement et obtenir l'indemnisation de leurs préjudices.

En première instance le Tribunal en 2014 constate :

- . Déboute les consorts X de l'intégralité de leurs demandes.*
- . Déboute la mutuelle MBV de sa demande reconventionnelle en paiement de frais d'hébergement, et en dommages-intérêts pour procédure abusive.*
- . Déboute la CPAM de l'Hérault de l'intégralité de sa demande.*
- . Dit n'y avoir lieu à l'application de l'article 700 du code de procédure civile.*
- . Condamne les demandeurs aux dépens.*

Le jugement expose au visa de l'article L 311-3 du code de l'action sociale et des familles que l'obligation de sécurité des résidents doit se concilier avec le respect de leur liberté d'aller et de venir.

Il relève en substance que le médecin coordonnateur en visite de pré admission n'a pas préconisé une orientation dans l'unité sécurisée, spécialement réservé aux personnes ayant une tendance à la fugue ou à une importante déambulation, que le dossier médical joint à la demande d'admission et les autres documents produits ne font pas état de ce risque, que les époux étaient très attachés l'un à l'autre alors que l'admission en secteur protégé n'était pas possible en couple, que les médicaments administrés étaient conformes aux ordonnances des médecins, que le rapport d'inspection de l'agence régionale de santé établi le 19 février 2011 a conclu à l'absence de faute de dysfonctionnement.

Il retient que la MBV n'a pas manqué à son obligation de moyens de vigilance.

Le jugement retient l'existence d'une faute dans la procédure de prise en charge de B X après sa chute, mais constate l'absence de preuve d'un lien de causalité avec les préjudices subis pouvant résulter du compte rendu des médecins du service de réanimation de la clinique sur les conditions de l'arrivée aux urgences et des soins prodigués.

Le jugement écarte la demande reconventionnelle en paiement de frais de séjour à la lecture de l'extrait du grand livre auxiliaire de l'établissement.

La cour d'Appel, statuant par arrêt réputé contradictoire, par mise à disposition au greffe ;

Constata le décès le XXX de C X, de sorte que l'appel est poursuivi par la seule F X, agissant en son nom personnel et en qualité d'ayant droit de sa mère décédée C X ;

Confirme le jugement rendu le 7 janvier 2014 par le tribunal de grande instance de Montpellier concernant C X ;

Dit n'y avoir lieu à l'application de l'article 700 du code de procédure civile pour les frais engagés en appel ;

Condamne F X aux dépens de l'appel, qui seront recouverts comme en matière d'aide juridictionnelle... »

- Tribunal de grande instance de Lyon, 4^e chambre, 6 juin 2016, n° 15/00533 : Fugue mortelle, résidente démente retrouvée dans les locaux de la chaufferie de l'établissement 3 jours après sa disparition ! La demanderesse est déboutée par le tribunal.

« ...Au soutien de ses demandes, qu'elle fonde sur l'application de l'article 1147 du code civil, elle expose que sa mère, qui était porteuse de la maladie d'Alzheimer et affectée à ce titre de sérieux troubles du comportement avec une tendance à la fugue ainsi qu'à la déambulation, a intégré l'unité de vie protégée pour personnes dépendantes psychiques de l'EHPAD "Les Amandines" le 19 janvier 2010, gérée par la défenderesse, et a été retrouvée décédée le 30 mars 2010 dans le local de chaufferie de l'établissement, après que sa disparition ait été constatée trois jours plutôt.

Elle incrimine le défaut de surveillance et le manquement du personnel de l'établissement à l'obligation de vigilance qui lui incombait alors que celui-ci était informé des importants troubles présentés par sa mère et avait pu constater ses précédentes déambulations.

Elle rappelle aussi que les enquêtes de l'ARS et des services de police ont permis de constater un manquement de l'EHPAD dans la sécurisation des locaux dédiés à l'accueil des personnes âgées dépendantes psychiques.

L'obligation de sécurité dont un EHPAD est débiteur à l'égard de ses résidents est une obligation de moyens, dans la mesure où ceux-ci concourent à son exécution.

On peut envisager que cette obligation soit renforcée lorsque ceux-ci présentent des déficiences telles que leur besoin de protection est accru comme c'était le cas en l'espèce pour Madame G Z qui était atteinte de la maladie d'Alzheimer à un stade évolué et prise en charge au sein de l'unité de vie protégée de l'établissement "Les Amandines".

Pour autant, cette unité de vie protégée constitue un lieu de vie au sein duquel les résidents doivent pouvoir évoluer librement dans la mesure de leurs possibilités.

Il s'ensuit que le fait d'avoir laissé Madame Z seule, au salon d'étage lors de son petit déjeuner le 27 mars 2010, n'était pas constitutif d'une faute de la part du personnel de l'EHPAD.

Il résulte par ailleurs du rapport d'inspection établi par l'ARS que le risque de fugue de Madame Z avait été pris en considération et que la procédure destinée à prévenir celle-ci avait été mise en œuvre en ce qui concernait sa sortie du bâtiment ; que lors de sa disparition, il a été procédé à sa recherche dans tous les étages, sauf le 5^e qui était censé lui être inaccessible du fait de la fermeture obligatoire de sa porte d'accès au niveau du 4^e étage, ainsi qu'au sous-sol et dans le jardin entourant le bâtiment, toutes autres diligences ayant été faites immédiatement auprès des services de police ainsi qu'auprès des services de secours pour tenter de la retrouver à l'extérieur de l'EHPAD dans l'hypothèse d'une fugue à l'extérieur du bâtiment.

Le fait qu'elle ait pu accéder au local de chaufferie du cinquième étage, dont il est relevé tant par le rapport d'inspection susvisé que par le procès-verbal de transport sur les lieux établi par les services de police le 30 mars 2010 qu'il était très difficilement accessible pour un personne âgée désorientée en ce qu'il supposait le franchissement de trois portes et de monter un escalier pentu, alors que par ailleurs la porte palière du 4^e étage était censée être verrouillée à clefs ainsi qu'une affiche apposée sur celle-ci le prescrivait, n'est pas constitutif d'un manquement de la défenderesse à son obligation de moyens puisque ce local était normalement inaccessible et que la possibilité qu'a eu Madame Z d'y accéder n'a été qu'exceptionnelle et purement conjoncturelle, du fait de la négligence d'intervenants extérieurs à l'EHPAD qui n'ont pas respecté la consigne de fermeture de cette porte.

*Le Tribunal, statuant publiquement, par jugement contradictoire et en premier ressort,
— Déboute Madame E Z épouse X de l'intégralité de ses demandes,*

— La condamne au paiement des entiers dépens, lesquels pourront être directement recouverts... »

- Tribunal de grande instance de Nanterre, 2^e chambre, 2 février 2017, n° 14/04726 : Chute mortelle en fauteuil roulant dans les escaliers de l'établissement. Recherche de lien de causalité entre chute et décès survenu plus d'un mois plus tard. Ya-t-il défaut de l'obligation de soins ?

« ...Le 14 août 2012, Madame C-D X, âgée de 88 ans et se déplaçant en fauteuil roulant, chutait dans l'escalier situé dans la cour d'entrée de la RESIDENCE.

Victime d'un traumatisme crânien, elle était hospitalisée à compter du 29 août 2012.

Le 6 octobre 2012, Madame C-D X décédait.

Par acte en date du 28 mars 2014, Monsieur Z Y a fait assigner la SARL VANVES.

Par jugement du 18 février 2016, le tribunal a révoqué l'ordonnance de clôture du 5 janvier 2016 et ordonné la réouverture des débats aux fins d'assignation de la CPAM des Hauts de Seine par Monsieur

Z Y.

.../...

L'ordonnance de clôture est intervenue le 15 novembre 2016.

MOTIFS DE LA DECISION

Sur l'obligation de sécurité et de surveillance. Il n'est pas contesté que la SARL VANVES, qui exploite un EHPAD, était tenue à une obligation contractuelle de sécurité et de surveillance de moyens à l'encontre de Madame C-D X.

Il n'est pas non plus contesté que malgré son état de santé, le choix avait été fait en accord avec Monsieur Z Y de laisser circuler Madame C-D X librement en fauteuil roulant.

Toutefois, il ressort de l'attestation du médecin coordonnateur de la RÉSIDENCE MÉDICIS du 14 avril 2011 produite par la SARL VANVES, que le degré de perte d'autonomie de Madame C-D X, calculé conformément à la grille mentionnée à l'article L232-2 du code de l'action sociale et des familles, était classé en «GIR1» depuis le 30 septembre 2010. Il s'agit du degré de perte d'autonomie le plus important, appliqué aux personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées ou qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

La SARL VANVES devait s'assurer que le degré de sécurité de l'environnement dans lequel Madame C-D X circulait, correspondait à son degré de perte d'autonomie. Or, il ressort des photographies produites aux débats, que la cour de la RÉSIDENCE MÉDICIS à laquelle Madame C-D X avait accès en fauteuil roulant, disposait d'un escalier menant à un parking souterrain, dépourvu en août 2012 de toute entrave à son accès. La présence d'un tel escalier rendait cet espace impropre à la libre circulation de Madame C-D X au vu de son état de santé. La SARL VANVES se fonde sur un procès-verbal du 12 septembre 2012 pour voir écartée sa responsabilité. Toutefois, il convient de relever qu'il concerne une visite de contrôle de la RÉSIDENCE MÉDICIS par la commission communale «□pour la sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public□», instituée conformément à l'article R. 123-38 du code de la construction et de l'habitation. Il s'agit donc d'un contrôle sur les risques incendie et non sur la sécurité de l'EHPAD. Elle produit également un rapport d'inspection du 7 juillet 2009 de la DDASS des Hauts-de-Seine, qui ne fait toutefois état que des propres escaliers de l'établissement et non de l'escalier extérieur menant au parking.

Enfin, il convient de relever que suite à la chute dont a été victime Madame C-D X, la SARL VANVES a fait procéder à l'installation d'une barrière de sécurité sur l'escalier précité.

Il ressort de ces éléments que la SARL VANVES a manqué à son obligation contractuelle de sécurité et de surveillance en laissant

Madame C-D X circuler en fauteuil roulant dans un espace inadapté à son degré d'autonomie. Sur l'obligation de soins. Pour établir l'existence d'une faute de la SARL VANVES relative à son obligation de soins, Monsieur Z Y se fonde exclusivement sur un rapport de l'Hôpital suisse de Paris du 10 septembre 2012, établi lors du transfert de Madame C-D X à l'unité de soins palliatifs A B.

Or, ce rapport a été établi alors que Madame C-D X était déjà hospitalisée depuis le 29 août 2012. Les descriptions les plus graves, relevées dans les écritures de Monsieur Z Y, correspondent par ailleurs à l'évolution de l'état de santé de celle-ci dans le service hospitalier et non au sein de la RÉSIDENCE MÉDICIS, dont la période de soins du 14 au 29 août 2012 ne fait l'objet d'aucun élément de preuve fourni par le demandeur.

En conséquence, Monsieur Z Y échoue à rapporter la preuve d'une faute de la SARL VANVES relative à son obligation de soins.

Sur le lien de causalité. Il est contradictoire pour la SARL VANVES d'affirmer qu'au jour de sa chute, Madame C-D X présentait un état de santé lui permettant de circuler librement en fauteuil roulant dans la cour extérieure de l'établissement et que 15 jours plus tard, son hospitalisation ayant conduit à son décès résultait d'un état antérieur « □ fortement altéré □ ». Il résulte au contraire du rapport précité que le motif d'hospitalisation de Madame C-D X consistait en un coma stade I (...) « □ au décours d'une chute d'un fauteuil roulant il y a 15j □ ».

Au vu des constatations médicales produites aux débats et de l'extrême rapidité de la dégradation de l'état de Madame C-D X, l'existence d'un lien de causalité direct et certain entre la chute de Madame C-D X et son décès est établi.

Sur les préjudices. En cas de décès entièrement imputable à l'accident, l'existence de la perte de chance de survie alléguée n'est pas caractérisée. En effet, le droit de vivre jusqu'à un âge statistiquement déterminé n'est pas suffisamment certain au regard des aléas innombrables de la vie quotidienne et des fluctuations de l'état de santé de toute personne pour être tenu pour un droit acquis entré dans son patrimoine de son vivant et, comme tel, transmissible à ses héritiers lorsque survient l'événement qui emporte le décès. Toutefois, les dommages soufferts par Madame C-D X avant son décès doivent faire l'objet d'une indemnisation. Or, il ressort des pièces médicales produites que Madame C-D X a ressenti des douleurs importantes et a exprimé son sentiment d'angoisse lors de son dernier séjour hospitalier, le personnel soignant relatant ses propos tels que « □ souffre à en crever □ », « □ atroce □ » et « □ mourir □ ». Son préjudice sera indemnisé par la somme de 30.000 euros, qui sera allouée à Monsieur Z Y en sa qualité d'héritier. Le préjudice moral de Monsieur Z Y, qui justifie s'être occupé de Madame C-D X à la fois en sa qualité de fils et de tuteur, sera indemnisé par l'allocation de la somme de 15.000 euros. Contrairement aux affirmations de la SARL VANVES, Monsieur Z Y justifie des frais de transport, de séjour et d'obsèques engagés pour accompagner sa mère, à hauteur de 3.544,04 euros et non 5.111,04 euros, la différence de 1.567 euros provenant d'une erreur de report sur la facture des pompes funèbres. Ces frais sont en lien direct avec la faute de la SARL VANVES. Après déduction de la somme de 1.724,86 euros dont Monsieur Z Y justifie avoir reçu remboursement, son préjudice patrimonial sera donc indemnisé à hauteur de 1.819,18 euros.

.../...

Le Tribunal, statuant publiquement, par jugement contradictoire et en premier ressort,

DECLARE la SARL VANVES responsable de la chute dont Madame C-D X a été victime le 14 août 2012 □ ;

DIT que cette chute a entraîné son décès survenu le 6 octobre 2012 ;

CONDAMNE la SARL VANVES à payer à Monsieur Z Y les sommes

de :

15.000 euros au titre de son préjudice moral ;

1.819,18 euros au titre de son préjudice patrimonial ;

30.000 euros au titre des souffrances subies par Madame C-D X ;

CONDAMNE la SARL VANVES à payer à la CPAM des Hauts de Seine les sommes de :

19.898,54 euros, assortie des intérêts au taux légal à compter du jugement, outre l'indemnité forfaitaire de gestion visée à l'article L.376-1 du code de la sécurité sociale ;

1.500 euros sur le fondement de l'article 700 du code de procédure civile ;

CONDAMNE la SARL VANVES à payer à Monsieur Z Y la somme de 5.000 euros sur le fondement de l'article 700 du code de procédure civile□;

CONDAMNE la SARL VANVES aux dépens, qui pourront être recouverts par la SCP HOCQUARD ET ASSOCIES dans les conditions de l'article 699 du code de procédure civile□;

ORDONNE l'exécution provisoire ;

DEBOUTE les parties du surplus de leurs demandes... »

- Tribunal de grande instance de Marseille, 10^e chambre civile, 6 juillet 2017, n° 16/00477 : Chute d'un résident dément du 2^{ème} étage de l'établissement. Manquement de sécurité.

« ...Résident depuis presque deux ans au sein de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) la Résidence du Palais, Monsieur X, qui souffrait de la maladie d'Alzheimer à son arrivée dans la résidence, est décédé le 23 août 2015 à la suite d'une chute depuis la fenêtre de sa chambre située au deuxième étage du bâtiment.

Sur ordonnance en date du 7 octobre 2015 rendue sur requête des ayants-droit de Monsieur X, en les personnes de A et D X, ses filles, F Z, son petit-fils, et E X née Y, sa mère, un huissier de justice a, selon procès-verbal en date du 22 octobre 2015, constaté la présence sur la fenêtre de la chambre de la victime d'un entrebâilleur muni d'une serrure actionnable par une clé détenue, selon le directeur, par le personnel de l'établissement et que, faute pour l'entrebâilleur d'être verrouillé, ce qui autorise une ouverture d'une dizaine de centimètres seulement de la fenêtre, celle-ci s'ouvre normalement.

.../...

Sur la responsabilité de l'EHPAD

Attendu en droit que l'état de santé des résidents d'un EHPAD, notamment lorsqu'ils sont atteints d'une maladie psychiatrique, exige une diligence particulière relevant d'une obligation de moyens renforcée ; qu'une surveillance suffisante imposant la mise en place d'un dispositif de sécurité pour empêcher qu'un malade puisse se jeter par la fenêtre est particulièrement requise s'agissant d'un résident atteint d'une maladie neurologique (Cass 1er, 2 mai 1978, n° 76-14.528).

Attendu en l'espèce que Monsieur X souffrait d'un stade sévère de la maladie d'Alzheimer lui faisant perdre tout repaire spatio-temporel, situation qui était connue de la RÉSIDENCE DU PALAIS puisque le défunt en était déjà victime lors de son admission dans cet EHPAD ; que la situation de danger à laquelle les résidents de cet EHPAD sont susceptibles de s'exposer eux-mêmes est connue de l'établissement qui a installé des entrebâilleurs à clés sur les fenêtres des chambres ; que l'état de santé de Monsieur X imposait de verrouiller l'entrebâilleur de sorte que ce dernier ne puisse pas ouvrir la fenêtre en grand ; que la RÉSIDENCE DU PALAIS ne justifie d'aucune impérieuse raison propre à justifier que ce dispositif de sécurité existant sur la fenêtre de Monsieur X n'ait pas été actionné ; que la RÉSIDENCE DU PALAIS a manqué à son obligation de surveillance de Monsieur X, faute ayant causé le décès de ce dernier et dont il convient d'indemniser ses ayant-droits.

Sur le préjudice moral. Attendu en droit que, sur le fondement de l'article 1240 (ancien article 1382) du Code civil, la preuve du préjudice personnel, direct et certain est exigée pour obtenir réparation du préjudice moral résultant du décès d'une personne (Cass, 2e civ. 16 avril 1996, n° 94-

13.613). Attendu en l'espèce que si ni A, ni D, ni E X ne versent d'élément justifiant de leur détresse morale, il n'en demeure pas moins que la perte d'un parent ou d'un enfant cause indéniablement un préjudice à un enfant ou à un parent et ce spécialement lorsque les relations entretenues étaient proches, ce qui était notamment le cas d'A X en sa qualité de curateur de son père ; qu'en toutes hypothèses, les circonstances du décès de Monsieur X justifient d'indemniser le préjudice moral de chacune des deux filles et de la mère de Monsieur X évalué respectivement à 20. 000 euros.

Qu'en revanche, F Z, le petit-fils du défunt, était âgé de huit jours lors du décès de Monsieur X ; qu'il n'est pas démontré que l'impossibilité de connaître son grand-père dont l'état de santé l'aurait privé du partage de véritables relations a généré un préjudice à ce très jeune enfant. Par conséquent, A X sera déboutée de sa demande d'indemnisation de F Z, en sa qualité de représentant légal de son fils mineur.

Sur l'exécution provisoire. Attendu que selon les articles 514 et suivants du Code de procédure civile, l'exécution provisoire peut être ordonnée chaque fois que le Juge l'estime nécessaire et compatible avec la nature de l'affaire. Attendu en l'espèce que l'exécution provisoire apparaît compatible avec la nature de l'affaire et nécessaire à la préservation des droits du demandeur, elle sera ordonnée.

Attendu que la demande des consorts X basée sur les dispositions de l'article 700 du Code de procédure civile sera accueillie pour le montant sollicité de 3.500 euros ;

Attendu que la RÉSIDENCE DU PALAIS, succombant à l'instance, devra en assumer les dépens, lesquels seront recouverts comme dit à l'article 699 du Code de procédure civile ;

PAR CES MOTIFS LE TRIBUNAL STATUANT, après en avoir délibéré conformément à la loi, par jugement contradictoire, mis à la disposition au greffe et rendu en premier ressort,

— CONDAMNE la RÉSIDENCE DU PALAIS à verser à Madame A X,

D X et E X, née Y, respectivement la somme de 20.000 euros (vingt mille euros) au titre de l'indemnisation de leur préjudice moral et la somme de 3.500 euros (trois mille cinq cents euros) sur le fondement des dispositions de l'article 700 du Code de procédure civile.

— REJETTE toute autre demande des parties,

— CONDAMNE la RÉSIDENCE DU PALAIS aux dépens, Maître G H étant admise au bénéfice des dispositions de l'article 699 du Code de procédure civile.

AINSI JUGÉ ET PRONONCÉ par mise à disposition au Greffe de la dixième chambre du Tribunal de Grande Instance de MARSEILLE le 06 juillet 2017... »

-Cour d'appel de Paris, Pôle 2 - chambre 3, 7 mai 2018, n° 16/10689 : Fugue mortelle d'une résidente démente retrouvée en Hypothermie dans le Parc de l'établissement.

« ...F A, née le [...], atteinte d'une maladie de type « Alzheimer » depuis 1998, a été admise en juillet 2007 dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) géré par la SNCF et situé à Villevaudé (77). Le 9/06/2012, suite à une fugue d'F A, la SNCF a informé ses filles Z et B A, par lettre recommandée du 21/06/2012, qu'elles devaient rechercher un autre type d'hébergement adapté à l'évolution de l'état de santé de leur mère .Par lettre recommandée en réponse du 9/07/2012, Z et B A ont informé l'EHPAD de ce qu'elles

n'entendaient pas changer le lieu d'hébergement de leur mère, alors âgée de 78 ans, afin de lui épargner la perte des repères qu'elle avait acquis au sein de l'établissement de Villevaudé où elle résidait depuis 5 ans.

F A est donc restée dans cet EHPAD et il a lui a été posé, le 6/03/2013, un bracelet électronique avertisseur de sortie, connecté à des capteurs installés sur deux portes de sortie de la résidence.

Le 9/03/2013 en soirée, F A a de nouveau fugué de l'établissement.

Elle a été retrouvée, porteuse du bracelet de sécurité, en état d'hypothermie, dans l'étang du parc du château qui abrite l'EHPAD, et elle est décédée quelques heures plus tard.

La plainte déposée contre l'EHPAD par Z et B A a été classée sans suite par le procureur de la République de Meaux, pour infraction insuffisamment caractérisée...

.../...

MOTIFS DE L'ARRET

1 – sur l'action en responsabilité Z et B A font valoir qu'en vertu de l'article L.311-3 du code de l'action sociale et des familles, les EPHAD seraient tenus d'une obligation de moyens tendant à assurer la sécurité de leurs résidents, et qu'en l'occurrence la SNCF, gestionnaire de l'EHPAD qui hébergeait F A, aurait commis les cinq manquements suivants à son obligation de sécurité envers cette dernière :

1° – Le gestionnaire de l'EHPAD aurait commis une faute en ayant conclu en 2007 le contrat de séjour avec F A, alors qu'au jour de l'admission de cette dernière, sa pathologie aurait nécessité un environnement spécifique en locaux et/ou en personnels qui n'aurait pu être assuré par l'EHPAD, et en s'étant abstenu d'orienter F A vers un établissement adapté aux spécificités liées à sa maladie ;

2° – L'exécution du contrat de séjour aurait été défaillante, dès lors qu'en l'état des deux fugues d'F A survenues en 2008 puis en 2012, son comportement fugueur n'aurait pas été pris en compte par l'EHPAD qui n'aurait pas mis en oeuvre les moyens nécessaires pour prévenir toute nouvelle fugue ; en outre, l'EHPAD n'aurait proposé le recours à la pose d'un bracelet avertisseur de sortie que 8 mois après la seconde fugue de 2012 ;

3° – L'EHPAD aurait été affecté d'une absence de dispositif de sécurité adapté à l'état d'F A, et les lieux auraient été inadaptés à sa pathologie, à un double titre : en premier lieu, le bâtiment aurait été doté de nombreuses portes de sortie, dont deux seulement auraient été équipées de capteurs connectés au bracelet électronique dont F A avait été dotée à partir du 6/03/2013, les autres portes étant équipées soit de simple verrou à bouton, soit de simple barre anti-panique ; notamment, une issue de secours dépourvue d'alarme et seulement équipée d'une barre anti-panique aurait été située à proximité immédiate de la chambre n° 216 occupée par F A au deuxième étage de la résidence, qui aurait communiqué avec le rez-de-chaussée du château attenant ; dès lors qu'F A a été retrouvée après sa fugue porteuse de son bracelet détecteur de sortie, il s'en déduirait qu'elle serait sortie de la résidence par une porte non équipée de détecteur et que, si toutes les portes de sortie avaient été équipées de détecteur, elle ne serait pas décédée puisque le franchissement d'une porte de sortie quelconque aurait déclenché l'alarme ; le refus du gestionnaire de l'EHPAD d'engager la dépense d'équipement de toutes les portes de sortie de détecteurs s'expliquerait par l'utilité temporaire d'un tel investissement, en raison de l'existence d'un projet, arrêté en 2011, de création d'une nouvelle structure d'hébergement de 24 personnes désorientées, devant entrer en service en 2015 ; cet arbitrage financier n'aurait pas tenu compte de l'intérêt de la pensionnaire F A ; en second lieu, l'accès à l'étang dans lequel F A s'est noyée aurait été libre et démunie de barrière sécurisée ; des résidents auraient précédemment alerté l'établissement, lors de la réunion du conseil de vie sociale du 12/06/2012, de la défectuosité de la clôture proche de l'étang ; en outre, la visibilité de l'étang aurait été limitée par la végétation attenante ;

4° – le gestionnaire de l'EHPAD se serait abstenu fautivement de résilier le contrat de séjour d'F A en raison de l'aggravation de son état de santé incompatible avec la structure

d'hébergement, alors que ledit contrat stipule expressément qu' « en cas de comportement avéré dangereux, une procédure de résiliation accélérée pourra être envisagée. La Direction prendra les mesures nécessaires pour garantir la sécurité des résidents et des personnels » ; le gestionnaire de l'EHPAD se serait trouvé dans l'alternative suivante, dont il n'aurait appliqué aucune des deux branches :

> soit prendre toutes les mesures nécessaires pour éviter les dommages liés à la pathologie de la pensionnaire, et renforcer les normes de sécurité,

> soit refuser de continuer à accueillir F A et résilier le contrat de séjour en application de la clause précitée ;

5° – La découverte de la fugue d'F A et l'appel des secours auraient été tardifs : la fugue aurait été constatée à 20 heures, et le commissariat de police aurait été prévenu à 21 heures 45, presque

2 heures plus tard, F A ayant été découverte dans l'étang, encore vivante mais en état d'hypothermie, vers 23 heures 40 ; il s'en déduirait qu'un appel plus rapide des secours aurait accru ses chances de survie.

.../...

PAR CES MOTIFS,

la Cour Confirme le jugement du Tribunal de grande instance de Meaux en date du 7/04/2016 uniquement en ce qu'il a déclaré recevable l'action de Z et B A à l'encontre de la SNCF MOBILITES, en sa qualité de gestionnaire de l'EHPAD de Villevaudé,

Infirmes ledit jugement en ses autres dispositions et, statuant à nouveau dans cette limite,

Déclare l'établissement public industriel et commercial SNCF Mobilités responsable du décès d'F A survenu le 9/03/2013,

Condamne l'établissement public industriel et commercial SNCF Mobilités à payer les sommes suivantes, avec intérêts au taux légal à compter du jour du présent arrêt :

— à Z et B A, créancières conjointes :

> 3.000 € (trois mille euros) en réparation des souffrances endurées par F A le 9/03/2013,

> 2.176,69 € (deux mille cent soixante-seize euros soixante-neuf centimes) en indemnisation des frais d'obsèques d'F A,

— à chacune de Z et B A : 10.000 € (dix mille euros) en réparation de leur préjudice moral respectif,

— à Z et B A, créancières solidaires : 5.000 € (cinq mille euros) par application de l'article 700 du Code de Procédure Civile,

Condamne l'établissement public industriel et commercial SNCF Mobilités aux dépens de première instance et d'appel et dit qu'ils pourront être recouverts conformément aux dispositions de l'article

699 du Code de Procédure Civile.

Tableau A : récapitulatif de la jurisprudence pénale : recherche de responsabilités suite à un décès survenu en EHPAD.

Origine de la demande	Objet du litige	Résultat expertise	Jugement- Condamnation	Niveau de Jugement
Procureur de la République	Décès par suite de brûlures par eau chaude	L'Autopsie a confirmé : décès en lien direct et certain avec brûlures	Aide-soignante condamnée : homicide involontaire/ 6 mois d'emprisonnement avec sursis+ Dommages et intérêts au civil : 1250 euros	Cour Appel CAEN
Famille de la victime	Décès suite à brûlure par eau chaude : recherche de négligence, imprudence	L'expertise technique a révélé que les dispositifs de régulation de l'eau chaude de la robinetterie étaient inadaptés pour une personne âgée dépendante	Non lieu	Cour de Cassation
Famille	Décès dans les suites d'une obstruction d'une sonde urinaire	Expertise médicale : pas de lien évident entre le fait que la sonde a été bouchée et le décès (contexte de polypathologies)	Confirme jugement régulier de la chambre de l'instruction	Cour de Cassation
Famille	Décès dans les suites d'une chute d'un étage après 17 jours d'hospitalisation. Recherche de manquement à des obligations de sécurité.	Absence de faute de dysfonctionnement. Faute dans la procédure de prise en charge après la chute, mais ne met pas en évidence de lien avec les préjudices subis.	Confirme le jugement de première instance : écarte les demandes de la famille.	Cour d'Appel MONTPELLIER
Famille	Décès après fugue. Retrouvée 3 jours après sa disparition, décédée dans une partie de	La négligence n'est pas pour l'établissement, mais pour des intervenants extérieurs qui ont	Déboute la demande de la famille.	Tribunal Grande Instance LYON

	l'établissement sensée être inaccessible. Demande de recherche de responsabilités de l'établissement.	omis de verrouiller une porte d'accès.		
Famille	Décès suite à chute en fauteuil roulant dans les escaliers. Recherche de défaut de sécurité et de surveillance. Recherche de défaut sur l'obligation de soins.	L'expertise établit le défaut de sécurité (victime dont le déficit d'autonomie ne lui permettait pas d'évoluer en sécurité dans un espace inadapté). Défaut de preuve de lien entre préjudices et défaut d'obligation de soins.	L'établissement reconnu responsable de la chute.	Tribunal Grande Instance NANTERRE
Famille	Chute du 2ème étage. Recherche d'un manquement de sécurité.	Lien de causalité entre défaut d'actionnement sur l'entrebâilleur de fenêtre	Etablissement condamné	Tribunal Grande Instance MARSEILLE
Famille	Victime retrouvée décédée en hypothermie dans parc de l'établissement. Recherche de défaut d'obligation de moyens de l'établissement.	L'établissement avait évoqué la non adaptation de l'établissement à l'accueil de cette résidente. L'établissement l'a quand même admise devant l'insistance de la famille. Le lien entre le décès et l'inadapation de l'établissement est établi par expertise.	Établissement reconnu responsable du décès de la résidente. Confirmation jugement en première instance.	Cour d'Appel de PARIS

JURISPRUDENCE ADMINISTRATIVE :

- Tribunal administratif de Grenoble 14 février 2014 n° 1205049 : Fugue, chute et décès.

« ...Considérant que M. E Z, né le XXX, a été admis comme résident à l'EHPAD d'Argonay le 9 avril 2009 ; qu'il a été vu pour la dernière fois dans cet établissement le 10 avril à 19 heures, sa disparition étant signalée le lendemain à 14 heures à la gendarmerie ; que le 10 avril entre 19 heures 30 et 20 heures, plusieurs témoins se trouvant dans un lotissement proche ont vu M. Z chuter et ont appelé les secours ; qu'admis peu après au centre hospitalier de la région d'Annecy, M. Z a présenté le 12 avril un arrêt cardiorespiratoire suivi d'un coma et qu'il est décédé le 17 avril 2009;

Considérant qu'il résulte du rapport d'autopsie du 20 novembre 2009 qu'aucun lien de causalité ne peut être retenu entre la chute de M. Z et le coma dans lequel il s'est trouvé à la suite d'un arrêt respiratoire ;

Considérant qu'au surplus, cette chute s'est produite juste après la fuite de M. Z et non pas aux abords de l'EHPAD de sorte que le délai d'alerte comme l'existence de travaux n'ont eu aucune incidence sur celle-ci ;

Considérant qu'il résulte de tout ce qui précède et sans qu'il soit besoin de statuer sur la recevabilité de la requête, que les conclusions en indemnisation de Mmes Z et X, y compris au titre des frais exposés et non compris dans les dépens, ne peuvent qu'être rejetées ;... »

- Tribunal administratif de Besançon, 22 décembre 2014, n° 1301425 : Chute lors d'un transfert. Mauvaise manipulation d'un lève-malade.

« ...1. Considérant que Mme AE Y, née en 1921, alors hébergée à l'XXX, a chuté, le 22 décembre 2011, lors de son transfert du lit vers son fauteuil ; qu'elle a été admise le lendemain à l'hôpital de Dole où a été mis en évidence un pneumothorax traumatique causé par la chute dont elle avait été victime ; qu'en dépit des soins qui lui ont été prodigués au sein du service de pneumologie de cet établissement, elle est décédée le XXX ; que, par la requête susvisée, MM. V, J, AC et H Y, fils de Mme AE Y et ses petits-enfants, MM. L, P et A Y et Mmes AA, F, T, R, AG, C et N Y demandent que l'EHPAD la Mais'Ange soit condamné à réparer leurs préjudices respectifs consécutifs au décès de Mme AE Y qu'ils imputent à une faute de cet établissement ;

2. Considérant qu'il résulte de l'instruction, notamment du rapport de l'expert désigné en référé par le tribunal ainsi que de « l'enquête administrative » du directeur de l'EPHAD la Mais'Ange du 8 janvier 2012, que la chute de Mme AE Y s'est produite en raison d'une mauvaise manipulation de l'appareil « lève-malade » lors de son transfert du lit dans lequel elle se trouvait, vers son fauteuil ; que les circonstances de cette chute, dont l'expert relève qu'elle est à l'origine d'un traumatisme thoracique qui a provoqué le décès de l'intéressée, sont constitutives d'une faute de nature à engager la responsabilité de l'EPHAD la Mais'Ange à l'égard des enfants et petits-enfants de Mme Y ; qu'en revanche, l'expert n'a relevé aucune faute susceptible d'être retenue quant aux conditions de prise en charge de Mme Y à la suite de cette chute, l'expert excluant à cet égard un retard dans la décision d'hospitalisation de l'intéressée dès lors qu'elle n'a pas manifesté de symptômes, notamment par l'évocation de douleurs ressenties dans les suites immédiates de ladite chute ;

En ce qui concerne le préjudice subi par Mme AE Y :

3. Considérant que le droit à la réparation d'un dommage, quelle que soit sa nature, s'ouvre à la date à laquelle se produit le fait qui en est directement la cause et se transmet, à la date du décès de la victime, à ses héritiers, sans préjudice de la possibilité pour ceux-ci d'obtenir

réparation des préjudices qu'ils ont personnellement subis du fait de la disparition de leur auteur ;

4. Considérant, en premier lieu, que les souffrances endurées par

Mme AE Y consécutives à la chute dont elle a été victime ont été évaluées par l'expert à 2 sur une échelle de 7 ; qu'il sera fait une juste appréciation de ce chef de préjudice en l'évaluant à la somme de 1 500 euros ;

5. Considérant, en second lieu, que les enfants de Mme AE Y demandent à être indemnisés au titre de la perte de chance de survie ; que ce chef de préjudice, qui aurait consisté dans la douleur morale éprouvée Mme Y du fait de la conscience d'une espérance de vie réduite, n'a pas été retenu par l'expert, et n'est aucunement établi ;

6. Considérant que les enfants de Mme AE Y ne sont fondés à demander la condamnation de l'EPHAD en leur qualité d'héritiers de leur mère qu'à hauteur de la somme de 1 500 euros ;

En ce qui concerne le préjudice subi par les consorts Y :

7. Considérant qu'il sera fait une juste appréciation du préjudice moral subi par les enfants et petits-enfants de Mme Y en conséquence du décès de cette dernière en leur accordant, s'agissant des premiers, à chacun, une somme de 5 000 euros, et, pour les seconds, à chacun, une somme de 2 000 euros ;

.../...

DECIDE :

Article 1er : L'établissement d'hébergement et d'accueil de personnes âgées dépendantes la Mais'Ange est condamné à payer la somme de 1 500 euros (mille cinq cents euros) à la succession de Mme AE Y, la somme de 5 000 euros (cinq mille euros) à chacun de ses enfants, et la somme de 2 000 euros (deux mille euros) à chacun de ses petits-enfants.

Article 2 : Les frais d'expertise liquidés et taxés à la somme de

400 euros (quatre cents euros) sont mis à la charge de l'établissement d'hébergement et d'accueil de personnes âgées dépendantes la Mais'Ange.

Article 3 : L'établissement d'hébergement et d'accueil de personnes âgées dépendantes la Mais'Ange versera aux requérants une somme de 1 000 euros (mille euros) en application des dispositions de l'article L. 761-1 du code de justice administrative.

Article 4 : Le présent jugement sera notifié à MM. V, J, AC, H, L, P et A Y, et Mmes AA, F, T, R, AG, C et N Y et à l'établissement d'hébergement et d'accueil de personnes âgées dépendantes la Mais'Ange.

-Tribunal administratif de Toulon 5 février 2015 n° 1202884 : Chute du lit entraînant le décès : Défaut de suivi d'une prescription du Médecin Coordonnateur. Le tribunal rejette la requête en se déclarant incompétent à trancher le litige (délai de la requête dépassé)

« ...Les requérants soutiennent :

— que la responsabilité contractuelle et délictuelle de l'EHPAD est engagée du fait de l'absence de pose de la sangle anti-retournement prescrite à Mme Y le 29 décembre 2009 ayant entraîné sa chute et son décès le XXX ;

— qu'aux termes des articles L. 311-3 et L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles, les EHPAD doivent assurer à chaque usager le respect de sa sécurité et de son intégrité ; qu'en omettant de mettre en place la sangle anti-retournement prescrite à Mme Y dans la nuit du 29 décembre 2009, l'EHPAD a commis une grave négligence en relation directe avec la chute de son lit de Mme Y et le traumatisme crânien puis la mort qui s'en est suivie ;

— que Mme Y a été victime d'un sentiment d'abandon et d'une grande souffrance avant son décès puisqu'elle n'a été retrouvée qu'au matin au pied de son lit ;

— que l'état de santé de Mme Y ne laissait pas imaginer une mort aussi brutale ; que son époux a souffert de son décès et que son état de santé a nécessité un traitement médical ; que son fils et sa petite fille ont également été très affectés ;

.../...

1. Considérant que Mme Y était atteinte d'une maladie orpheline dénommée maladie de Steele Richardson, pathologie dégénérative du cerveau, ayant pour conséquence d'entraîner une paralysie supra nucléaire progressive ; que Mme Y a été admise au sein de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (XXX sis à La Valette-du-Var à compter du 10 mai 2007 ; qu'en raison des risques d'étouffement dans son oreiller qu'elle présentait, le médecin coordonnateur de l'établissement lui a prescrit le 1er octobre 2009 une sangle anti-retournement à mettre en place le soir et à déposer le matin ; que, dans la nuit du 29 au 30 décembre 2009, alors que la sangle n'avait pas été installée, Mme Y a chuté de son lit ; qu'elle a été retrouvée le lendemain matin hors de son lit et transportée en urgence au centre hospitalier intercommunal de Toulon-La-Seyne-sur-Mer et admise à 5h57 ; qu'elle a présenté un hématome non suturable au niveau du front qui a nécessité un pansement ; que le scanner cérébral pratiqué n'a révélé aucune anomalie ; que, toutefois, l'état de santé de Mme Y s'est rapidement et très défavorablement dégradé ; qu'elle est décédée le XXX ; que son veuf, M. G-H Y, son fils G-J Y et sa petite fille E Y recherchent la responsabilité pour faute de l'XXX et de son assureur ;

.../...

DECIDE :

Article 1er : La requête des consorts Y est rejetée.

Article 2 : Les conclusions présentées par l'XXX et son assureur au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative sont rejetées.

- Tribunal administratif de Melun 31 juillet 2015 n° 1303620 : Recherche d'un lien de causalité entre une modification de traitement, une aggravation de l'état général et le décès.

« ...1. Considérant que le 3 juillet 2012, M. X a été admis comme résident dans l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) Cousin-Méricourt à Cachan ; qu'à compter de son admission, son état de santé s'est dégradé ; qu'il a été transféré le 24 septembre 2012 dans le service de cardiologie de l'Hôpital de Bicêtre dans lequel il est décédé le 11 octobre 2012 ; qu'à la suite de ce décès, Mme X a demandé la condamnation du centre d'action sociale de la Ville de Paris, sur le fondement, à titre principal, de la responsabilité contractuelle et, à titre subsidiaire, des responsabilités sans faute et délictuelle, à réparer les préjudices causés liés aux manquements dans la prise en charge du patient dans l'unité de vie protégée de l'établissement en cause ; que par un jugement avant-dire-droit du 28 mars 2014, le Tribunal a ordonné qu'il soit procédé à une expertise médicale destinée notamment à déterminer les responsabilités encourues ;

.../...

4. Considérant que Mme X fait valoir que la prescription du médicament Metformine et l'arrêt

de la Cordarone étaient inadaptés, que le poids du patient n'a pas été contrôlé et le régime sans sel qui lui avait été prescrit n'a pas été observé ; qu'elle ajoute que son transfert dans un service de cardiologie a été tardif et qu'il a été victime de faits de maltraitance ; qu'elle estime que cette accumulation de fautes a entraîné la décompensation de l'insuffisance cardiaque de M. X et par suite, de son décès ;

5. Considérant qu'il résulte de l'instruction, et notamment du rapport de l'expert missionné par le Tribunal, que M. X, âgé de 88 ans, souffrait au moment de son admission dans l'EHPAD Cousin-Méricourt d'une cardiopathie hypertensive, d'une démence mixte, d'une notion de maladie de l'oreillette et d'une poussée d'insuffisance cardiaque pour laquelle il avait été traité ; que, d'une part, la prescription de Metformine, l'arrêt de la Cordarone et l'absence de contrôle de poids du patient n'ont pas eu d'incidence dans l'aggravation de son état général ; que, d'autre part, aucun retard de transfert dans un service de cardiologie n'est à déplorer et que les faits de maltraitance invoqués par la requérante ne sont pas établis ; que, toutefois, il résulte également de l'instruction que le régime sans sel puis le régime sans sel strict, prescrit à partir du 24 août 2012 par un cardiologue de l'Institut Mutualiste Montsouris, ont été gérés avec négligence par les personnels de l'EHPAD...rendant problématique le suivi des prescriptions de majoration des diurétiques administrés à M. X ; qu'un lien de causalité entre la mauvaise gestion du régime sans sel et la décompensation de l'insuffisance cardiaque de M. X ayant aggravé son état général et contribué à son décès peut ainsi être retenu, engageant la responsabilité pour faute du CAS de la Ville de Paris ;

6. Considérant que dans le cas où la faute commise lors de la prise en charge ou le traitement d'un patient dans un établissement public hospitalier a compromis ses chances d'obtenir une amélioration de son état de santé ou d'échapper à son aggravation, le préjudice résultant directement de la faute commise par l'établissement et qui doit être intégralement réparé n'est pas le dommage corporel constaté, mais la perte de chance d'éviter que ce dommage soit advenu ; que la réparation qui incombe à l'hôpital doit alors être évaluée à une fraction du dommage corporel déterminée en fonction de l'ampleur de la chance perdue ;

7. Considérant qu'il résulte de l'instruction et du rapport d'expertise que le non-respect du régime sans sel strict, compte tenu de l'état antérieur du patient, a fait perdre une chance très modérée à M. X d'échapper à l'aggravation de son insuffisance cardiaque, laquelle peut être évaluée à 10 % ; qu'ainsi qu'il l'a été dit au point 3, la reconnaissance de fautes est exclusive de la recherche d'une responsabilité sans faute à raison des mêmes actes de soins ; qu'en conséquence, le CAS de la Ville de Paris doit être condamné à réparer les préjudices subis à hauteur des 10% relevant de sa responsabilité pour faute ;

.../...

DECIDE :

Article 1er : Le centre d'action sociale de la Ville de Paris est condamné à verser à Mme X la somme de 2 520,57 euros avec les intérêts légaux à compter du 12 mars 2013.

Article 2 : Les frais d'expertise taxés et liquidés à la somme de 2 562,16 euros sont mis à la charge définitive du centre d'action sociale de la Ville de Paris.

Article 3 : Le centre d'action sociale de la Ville de Paris versera à Mme X la somme de 2 000 euros sur le fondement des dispositions de l'article L. 761-1 du code de justice administrative.

Article 4 : Le surplus des conclusions des parties est rejeté.

- Tribunal administratif d'Orléans 24 mars 2016 n° 1500710 : Décès survenu après retour d'hospitalisation.

« ...1. Considérant que Mme B Y, née en 1920, a emménagé au sein de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (XXX situé à Vernou sur Brenne (Indre-et-Loire) en 1999 ; que, le 18 juillet 2006, Mme Y a été admise au centre hospitalier d'Amboise afin d'y effectuer différents examens médicaux qui n'ont rien révélé d'anormal malgré son état de sous-alimentation, de déshydratation et de désorientation ; qu'elle a regagné l'EHPAD dans la soirée vers 19 h 30 ; que vers 21 h 10, juste avant le changement des équipes de jour et de nuit, Mme Y a été vue se promenant au 3e étage de l'établissement à proximité de sa chambre ; que vers 21 h 30, les deux aides-soignantes de l'équipe de nuit ont effectué leur ronde et constaté au 3e étage de l'établissement que la porte de la chambre de Mme Y était ouverte et qu'elle ne se trouvait ni dans celle-ci, ni dans le couloir ; qu'elles se sont immédiatement mises à sa recherche dans tout l'établissement et l'ont retrouvée vers 22 h30 sans vie dans un escalier situé à l'opposé de sa chambre entre les 3e et 2e paliers ; que le rapport d'autopsie a conclu que le décès de Mme Y résultait d'un malaise cardiaque ; que la famille de Mme Y, dont ses deux enfants Mme F G et M. X, a porté plainte à l'encontre du directeur de l'EHPAD pour homicide involontaire ; que le juge d'instruction du tribunal de grande instance de Tours a rendu une ordonnance de non-lieu le 12 décembre 2012 ; que la chambre de l'instruction de la Cour d'appel d'Orléans a confirmé cette ordonnance par un arrêt du 23 octobre 2013 ;

.../...

En ce qui concerne le défaut de surveillance :

2. Considérant qu'il résulte de l'instruction que Mme Y était dans les semaines précédant son décès désorientée et agressive à l'égard du personnel de l'établissement et des autres résidents conduisant certains d'entre eux à demander que leurs chambres soient fermées à clé pour qu'elle ne puisse pas y pénétrer ; que, toutefois, et alors même qu'elle avait fait l'objet d'un examen médical le jour même de son décès au centre hospitalier d'Amboise, elle ne faisait l'objet d'aucune prescription médicale spécifique ; que le personnel de l'établissement, en l'absence de telle mesure, ne pouvait, contrairement à ce que soutiennent les requérants, l'enfermer dans sa chambre, restreignant ainsi sa liberté d'aller et venir, alors même qu'en tout état de cause les portes des chambres peuvent toujours être déverrouillées de l'intérieur ; que néanmoins, sans être soumise à des mesures de surveillance particulières qui n'étaient justifiées par aucune prescription médicale, Mme Y, faisait, au moment des faits, l'objet d'une surveillance normale et adaptée à son état ; qu'il est constant que le personnel de l'établissement a été vigilant à son égard ; qu'il s'est écoulé un délai court entre le moment où elle a été vue vivante à 21 h 10 par un membre de l'équipe de jour qui avait alors tenté en vain de la raccompagner dans sa chambre alors qu'elle se promenait dans les couloirs et le moment où l'équipe de nuit a constaté qu'elle n'avait pas réintégré sa chambre ; que cette équipe s'est en outre immédiatement mise à sa recherche et l'a retrouvée rapidement vers 22 h 20 ; que, dans ces conditions, aucun défaut de surveillance de nature à engager la responsabilité de l'EHPAD Le Clos ne peut être retenu ;

.../...

En ce qui concerne l'insuffisance de personnel :

3. Considérant qu'il résulte de l'instruction que l'EHPAD Le Clos a conclu le 30 janvier 2004 une convention tripartite qui prévoyait la présence de deux agents la nuit au vu de son effectif de 84 résidents ; que, contrairement à ce que soutiennent les requérants, ce ratio est conforme à la réglementation applicable à la catégorie d'établissement auquel appartient l'EHPAD ; qu'en l'espèce, au moment des faits, l'équipe de nuit était effectivement composée de deux aides-

soignantes ; qu'aucune faute ne peut donc être retenue à l'encontre de l'EHPAD à ce titre ;

En ce qui concerne la configuration des locaux :

4. Considérant que si le rapport d'évaluation réalisée en 2003 par le conseil général, l'assurance maladie et la direction départementale des affaires sanitaires et sociales, relevaient certains points faibles liés à la signalétique et à l'absence d'espace de déambulation sécurisé au niveau des espaces collectifs, il ne comportait aucune remarque sur la configuration des escaliers dans lesquels Mme Y a chuté et concluait que les locaux étaient en conformité avec la réglementation ; qu'en outre, il ressort du procès-verbal d'investigations dressé par la gendarmerie que l'éclairage fonctionnait dans les escaliers ; que si ce procès-verbal relève que l'interrupteur était de la même couleur que les murs et qu'il était de ce fait peu visible, il ne résulte pas de l'instruction que ce système d'éclairage n'aurait pas été conforme à la réglementation en vigueur qui n'imposait pas, en 2006, la mise en place de détecteurs automatiques ; que la circonstance que le directeur de l'établissement ait ensuite pris la décision de mettre en place un tel système de détecteurs automatiques ne saurait être regardée comme révélant un manquement fautif ; que, dans ces conditions, aucune faute liée à la configuration des locaux de nature à engager la responsabilité de l'EHPAD Le Clos ne peut être retenue ;

5. Considérant qu'il résulte de tout ce qui précède que les requérants ne sont pas fondés à rechercher la responsabilité pour faute de l'EHPAD Le Clos et à obtenir la réparation du préjudice moral résultant pour eux du décès de leur mère ;

.../...

D E C I D E :

Article 1er : La requête présentée par Mme F G et de M. X est rejetée.

Article 2 : Mme F G et M. X verseront la somme de 1 000 euros (mille euros) à l'EHPAD Le Clos au titre de l'article L.761-1 du code de justice administrative.

Tableau B : récapitulatif de la jurisprudence administrative : recherche de responsabilités suite à un décès survenu en EHPAD.

Origine de la demande	Objet du litige	Résultat expertise	Jugement- Condamnation	Niveau de Jugement
Famille	Décès de la résidente après fugue puis chute puis décès	Autopsie : aucun lien entre chute et décès	Rejet de la demande	Tribunal Administratif GRENOBLE
Famille	Décès suite à chute lors d'un transfert : mauvaise manipulation d'un matériel	Évaluation des préjudices par médecin expert	EHPAD condamné à réparer les dommages.	Tribunal Administratif BESANCON
Famille	Décès suite à défaut de contention. Non-respect d'une prescription d'un MedCo.	Aucun lien entre chute et décès après expertise médicale.	Rejet de la demande.	Tribunal Administratif TOULON
Famille	Recherche de lien entre conséquences d'une modification d'un traitement et la survenue d'une aggravation d'un état et la survenue du décès	Expertise médicale, lien partiel.	Rejet partiel de la demande.	Tribunal Administratif MELUN
Famille	Recherche de responsabilités de l'EHPAD suite au décès d'une résidente par mort naturelle	Rapport d'autopsie dans le cadre de l'instruction	Rejet de la demande	Tribunal Administratif ORLEANS

E- DISCUSSION : Des propositions concrètes à l'attention des médecins coordonnateurs en EHPAD

L'étude de la littérature scientifique de référence insiste sur des points fondamentaux.

Ventura et Al. (4) rappellent l'impérieuse nécessité d'utiliser l'ensemble des moyens d'investigation pour expertiser les décès faisant suite à des maltraitements aux personnes âgées. Au travers de deux cas, ils illustrent comment l'autopsie ainsi que l'étude anamnétique des dossiers médicaux vont être utiles pour la mise en évidence de maltraitements. Les deux cas repris dans ce travail semblaient être des décès de cause naturelle en première approche. Les résultats des autopsies ainsi que l'étude des dossiers médicaux ont démontré que la maltraitance avait une part importante dans les processus de décès. Certes, il s'agit de cas d'investigations de décès concernant des personnes vivants au domicile, mais les propositions d'investigations peuvent s'appliquer à tout décès suspect de personnes âgées, même lorsqu'ils vivent en institution.

Drake et Al. (5) mettent en évidence l'insuffisance d'investigations correctement menées en ce qui concerne les décès de personnes âgées. Ils proposent une approche standardisée sur ces types de décès. Le médecin légiste devant souvent peser la part de causalité entre un terrain polyopathologique avec des pathologies qui à elles seules peuvent contribuer fortement à un processus mortel et des lésions traumatiques par exemple. Ils proposent donc des axes d'amélioration : documenter de manière plus efficace les lésions éventuelles retrouvées par un examen soigneux du cadavre et relayer les informations suspectes aux autorités, faciliter et favoriser l'accès aux scènes de découverte des cadavres en l'état avec une approche dite « médico-légal » mise en œuvre par les primo-intervenants formés, regrouper rapidement l'ensemble de la documentation médicale pour retracer les dernières évolutions et informations médicales précédant le décès, favoriser la collecte des informations utiles auprès des services de secours étant intervenus sur une victime (prises de photographies par les équipes de secours, transmission de l'ensemble des informations médicales issues de la prise en charge en urgence), transmission au médecin légiste du statut cognitif connu de la victime (état des troubles du comportement, dernières transmissions des équipes soignantes).

Caspi (6) a montré dans un article récent que l'étude des décès suspects survenus sur des populations de résidents déments résidents en institutions est sous étudié aux USA. Son travail a recensé 105 cas de décès suspects où il a pu retrouver des causes et circonstances de décès. L'auteur suggère que des études plus approfondies soient menées par les grandes institutions américaines sur cette thématique.

Nous avons vu, au travers de nos cas d'expertise et par l'analyse de la jurisprudence, que la recherche des causes et mécanismes de ces décès suspect est fondamentale pour, d'une part mettre en évidence et faire la lumière sur toute maltraitance ou défaut dans la prise en charge d'une personne âgée vivant en institution, mais également, à contrario pouvoir défendre de manière efficace les institutions et leurs personnels contre une plainte infondée.

Pour que ce travail soit réalisé de manière efficace il faudra s'entourer d'un maximum d'informations et de documentations utiles car les investigateurs (experts, enquêteurs puis juges) auront besoin de tous ces éléments pour pouvoir se forger une idée claire de ce qui a contribué à la survenue d'un décès et ainsi, in fine, pour le juge, porter un jugement ne laissant pas persister un soupçon ou un doute.

L'étude de la jurisprudence pénale (sur 8 situations) a montré que, dans la plupart des cas,

c'est la famille qui est à l'origine de la plainte (7 cas sur 8). L'objet du litige concernait des brûlures dans (2 cas sur 8), un problème médical (1 cas sur 8), des chutes (3 cas sur 8) et une fugue (2 cas sur 8). Le lien de causalité entre fait générateur et décès était établi par expertise dans 6 cas. Une condamnation était obtenue dans 5 cas.

L'étude de la jurisprudence administrative (sur 5 situations) a montré que, dans tous les cas, c'est la famille qui est à l'origine de la demande de réparation. L'objet du litige concernait une fugue dans 1 cas, une chute dans 1 cas, une contention dans 1 cas, une modification de traitement dans 1 cas et un décès faisant suite à un malaise dans 1 cas. Le lien de causalité entre fait générateur et décès était établi par expertise dans 2 cas. Une condamnation était obtenue dans 1 cas.

A partir de ce constat, quelles attitudes adopter pour les personnels exerçant en EHPAD et en particulier quel pilotage par le médecin coordonnateur en relation avec l'équipe ?

Il nous semble important de distinguer trois temps différents : le temps de la prévention, le temps de la gestion de crise, et enfin le temps du retour d'expérience.

Le temps de la prévention :

Un homme averti en vaut deux. Il est clair que toutes les actions qui contribuent à encourager la prévention devront être menées sans crainte au sein des établissements. Les litiges concernant les décès suspects peuvent concerner : un défaut de prise en charge médicale ou de soin, un défaut de vigilance, une négligence, un défaut d'organisation, un défaut de formation de personnels, un défaut d'infrastructure ou un problème de santé publique.

Un focus devrait donc être réalisé, lors des **actions de formation**, pour attirer l'attention des personnels et des intervenants extérieurs sur les défauts qui peuvent conduire à une issue fatale pour un résident. Il nous semble nécessaire de sensibiliser tous les personnels travaillant en EHPAD sur les retours des jurisprudences pénales et administratives. Ils doivent avoir connaissance des affaires jugées et des condamnations qui ont été prononcées à la suite de telle ou telle affaire. A contrario, ils doivent également pouvoir être rassurés sur l'importance de leur tâche et de tout ce qui va contribuer à éviter les situations à risque de décès. Ces jurisprudences doivent pouvoir servir de supports pour construire des formations utiles.

En matière de prévention, l'**action de surveillance** du Médecin Coordonnateur et de l'Infirmière coordonnatrice en lien avec la direction est fondamentale. Lorsqu'un point à risque potentiel de décès est soulevé, il doit pouvoir être discuté et traité sans délai lors d'actions documentées : réunions de COPIL (comité de pilotage) par exemple. Il ne suffira pas de constater et mettre en évidence des risques, mais également de démontrer les réactions à la découverte de ces risques. Nous l'avons vu sur une de nos expertises, la problématique de dangerosité du comportement du résident avait été mise en évidence et documentée, par contre pas de traces de contre-mesures au dossier.

La traçabilité des actions médicales, de soins ou de prévention des risques est fondamentale. Le médecin coordonnateur devra documenter que le suivi de la traçabilité des actions est réellement mené et que les actions correctrices ont été réalisées ou non (et si non pourquoi).

On l'a vu, les travaux d'expertises, en cas de décès suspects, vont amener à décortiquer la documentation de l'établissement ou les dossiers médicaux. Si des éléments utiles viennent à manquer, pour l'expert, il n'est plus possible d'apporter les éléments à charge ou à décharge et l'établissement passera pour négligent à coup sûr.

Le temps de la gestion de crise :

Un décès vient de survenir et une situation à risque de litige est mise en évidence. Il faudra garder la tête froide et briefer rapidement l'équipe, en particulier les personnels qui pourraient faire l'objet de poursuites.

Il ne s'agit pas de céder à la panique, mais au contraire, de calmement réunir la direction, le médecin coordonnateur, l'infirmière coordonnatrice et les personnels nécessaires pour vérifier les points suivants :

- sur la scène de découverte du corps : si le décès est évident et qu'une caractéristique suspecte est mise en évidence (présence d'hémorragie, traces de sang, matériel susceptible d'avoir causé le décès est en place par exemple) il convient de toucher le moins possible à la scène. Le réflexe de tout ranger et nettoyer peut-être tentant en première approche mais il risque de compromettre les investigations ultérieures. Des prises de photographies par les personnels soignants pour fixer une situation au moment de la découverte peut s'avérer très utile, cette action sera appréciée par les enquêteurs et les experts,
- s'assurer que les actions préventives avaient été menées et tracées et si non pourquoi ? Documenter ce temps de réunion afin de pouvoir le transmettre en toute transparence aux autorités demandeuses si nécessaire. Il faut avoir le réflexe de transparence, car tenter de masquer ou de modifier des éléments sera une attitude à haut risque judiciaire,
- vérifier l'état de traçabilité et commencer à réunir les documents utiles qui seront demandés par les enquêteurs dans le cadre juridique idoine,
- communiquer aux instances hiérarchiques et solliciter le conseiller juridique du groupe ou de l'établissement,
- soutenir l'équipe en souffrance par rapport à cette situation de crise,
- ne pas rompre le contact avec la famille concernée par le décès suspect, communiquer avec les proches sur la situation.

Le temps du retour d'expérience :

Après la crise, il faudra débriefer les différents intervenants de l'établissement ou extérieur à l'établissement sur l'événement de crise.

Il nous semble important que ce retour d'expérience puisse être communiqué et débriéfé également aux autres établissements, en particulier lorsqu'il s'agit de groupes.

Les médecins coordonnateurs peuvent tout à fait remplir ce rôle en lien avec les directions médicales et les conseillers juridiques. C'est un temps où l'on doit pouvoir tirer les enseignements et donc progresser encore sur la voie de la prévention des situations à risques de décès suspect.

F- CONCLUSIONS

Les établissements prenant en charge des personnes âgées dépendantes peuvent présenter des risques de décès à caractère suspect. L'étude de deux cas d'expertises et de la jurisprudence pénale et administrative récente a mis en évidence des situations variées où une recherche de responsabilités, de sanction et de réparations peut être demandée par les proches des résidents. Ces populations fragiles et dépendantes sont particulièrement exposées à des risques de toutes sortes qui peuvent conduire à un décès caractérisé comme suspect par les instances judiciaires.

Que ce soit des chutes, des prises en charge médicales, des fugues ou autres situations, l'établissement hébergeant ces populations doit être en mesure d'assurer une surveillance satisfaisante des risques et de démontrer, en permanence, qu'il recherche les améliorations nécessaires pour limiter le plus possible la survenue des situations à risque.

Le Juge voudra s'assurer, au travers des actions d'enquête ou de l'expertise, que l'établissement a mis en œuvre ce qu'il était nécessaire de faire par rapport à la réglementation de référence. Il travaille à charge et à décharge et a donc besoin, pour forger son jugement, d'éléments solides qui seront apportés également par l'expertise judiciaire. Sans ces éléments, les personnels et les directeurs d'établissements concernés par un litige passeront à coup sûr pour négligents voir incompétents du fait de l'impossibilité de disposer de ces pièces dûment complétées et tracées.

On le sait, au quotidien, la traçabilité des actions de soins, de prévention ou médicales est un véritable challenge pour les coordonnateurs. Lorsque la machine judiciaire se met en marche, le fait de ne pas en disposer est une source d'angoisse terrible pour les personnels concernés. Nous avons pu nous en rendre compte lors des expertises que nous avons été amenés à faire.

Aussi, le but de ce travail était d'insister sur les conduites à tenir utiles pour prévenir, éduquer et réagir par rapport à ces situations toujours déstabilisantes pour les équipes qui y sont confronté.

Il est certes fondamental de mettre tout en œuvre pour le bien-être de nos aînés vivant en institution. Il est également fondamental de savoir, sereinement, tirer les enseignements des erreurs passées pour limiter encore les risques de survenue de ces situations critiques de décès suspects.

REFERENCES

Revues-médias

- (1) Après les décès dans l'Ehpad de Lherm, la réputation du groupe Korian encore mise à mal (Le Monde, 2 avril 2019)
- (2) En Seine-Maritime, une famille porte plainte contre un Ehpad après la mort d'un proche, pour maltraitance « Mon père est mort de la gangrène, de dénutrition, de déshydratation et de douleur par défaut de soins », dénonce une des filles de la victime. (Le Monde, 23 Mai 2019)
- (3) Pontarlier : la justice enquête sur des morts suspectes constatées dans un Ehpad. Saisi par l'Agence régionale de santé, qui a inspecté l'établissement, le procureur de la République de Besançon confirme l'existence de faits « préoccupants ». Une enquête préliminaire pour homicide involontaire a été ouverte. (Le Monde, 26 Janvier 2019)

Articles scientifiques

- (4): Medico-legal aspects of deaths related to neglect and abandonment in the elderly. Francesco Ventura, Fiorella Caputo, and Andrea Molinelli. Aging Clin Exp Res, 2018 vol. 30 (11) pp. 1399-1402.
- (5): Improving medicolegal death investigative gaps of fatal elder abuse. Stacy A Drake, Sabrina Pickens, Dwayne A Wolf, and Kathleen Thimsen. J Elder Abuse Negl, 2019 vol. 31 (1) pp. 56-65.
- (6) : The circumstances surrounding the death of 105 elders as a result of resident-to-resident incidents in dementia in long-term care homes. Eilon Caspi. J Elder Abuse Negl, 2018 vol. 30 (4) pp. 284-308.

Jurisprudence pénale citée

- Cour d'Appel de CAEN, Chambre des Appels correctionnels, 2 Juillet 2010 ()
- Cour de cassation, Chambre criminelle, 4 octobre 2011, 11-81.699, Inédit ()
- Cour de cassation, Chambre criminelle, 15 septembre 2015, 14-84.303, Inédit ()
- Cour d'appel de Montpellier, 8 mars 2016, n° 14/02436 ()
- Tribunal de grande instance de Lyon, 4e chambre, 6 juin 2016, n° 15/00533 ()
- Tribunal de grande instance de Nanterre, 2° chambre, 2 février 2017, n° 14/04726 ()
- Tribunal de grande instance de Marseille, 10° chambre civile, 6 juillet 2017, n° 16/00477 ()
- Cour d'appel de Paris, Pôle 2 - chambre 3, 7 mai 2018, n° 16/10689 ()

Jurisprudence administrative citée

- Tribunal administratif de Grenoble 14 février 2014 n° 1205049 ()
- Tribunal administratif de Besançon, 22 décembre 2014, n° 1301425 ()
- Tribunal administratif de Toulon 5 février 2015" n° 1202884 ()
- Tribunal administratif de Melun 31 juillet 2015 n° 1303620 ()
- Tribunal administratif d'Orléans 24 mars 2016 n° 1500710 ()

Tableaux :

Tableau A : récapitulatif de la jurisprudence pénale : recherche de responsabilités suite à un décès survenu en EHPAD (page 33).

Tableau B : récapitulatif de la jurisprudence administrative : recherche de responsabilités suite à un décès survenu en EHPAD (page 41).

MOTS CLES : Décès, EHPAD, recherche des responsabilités.

