

DOSSIER CANDIDATURE

EXPERIMENTATION RELATIVE À LA CRÉATION D'UN
« GUICHET D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT
DES RÉCLAMATIONS EN SANTÉ (GAARS) »

En application de l'article 158 de la loi n°2016-41 du 26 janvier
2016 de modernisation de notre système de santé

CONSEIL TERRITORIAL DE SANTE DES DEUX-SÈVRES
« Formation organisant l'expression des usagers »

INTRODUCTION

Un appel à candidature a été diffusé par l'Agence régionale de santé de la Nouvelle Aquitaine en date du 13 février 2018, suite au décret n° 2017-121 du 31 janvier 2017 et l'arrêté du 5 mai 2017.

Considérant que la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 tend à assurer la promotion de conditions de vie favorables à la santé, l'amélioration de l'état de santé de la population, la réduction des inégalités sociales et territoriales et l'égalité entre les femmes et les hommes, et à garantir la meilleure sécurité sanitaire possible et l'accès effectif de la population à la prévention et aux soins, elle vise à rassembler TOUS les acteurs de la santé autour d'une stratégie partagée et notamment :

- Permettre de garantir les droits à la protection de la santé de chacun,
- Permettre la surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et de l'identification de ces déterminants, notamment ceux liés à l'éducation et aux conditions de vie et de travail, selon le concept d'exposome, entendu comme l'intégration sur la vie entière de l'ensemble des expositions qui peuvent nuire à la santé humaine.
- Renforcer l'information de la population et favoriser sa participation, directe ou via les associations, au débat public sur les questions de santé, les risques sanitaires et aux processus d'élaboration et de mise en œuvre de la politique de santé,
- Renforcer l'effectivité de la démocratie en santé dans un versant relatif aux voies de recours dont disposent les usagers du système de santé, il apparaît que cet objectif est pleinement légitime et il paraît essentiel que les usagers aient une meilleure connaissance des voies de recours qui s'offrent à eux.

Sur ce point, il est primordial que les autres acteurs du système de santé, et notamment les établissements et professionnels de santé, s'approprient ces dispositions qui découlent pour l'essentiel de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des citoyens et prennent en considération les procédures de gestion des plaintes et réclamations parmi les outils visant à améliorer la qualité de la prise en charge dans les établissements sanitaires et médico-sociaux.

La réflexion de la Commission des relations avec les usagers du CTS 79 sur les questions soulevées par l'appel à candidature s'inscrit dans le contexte du principe de responsabilité, visant à remettre le Citoyen au cœur de la démocratie et lui permettre d'être acteur dans la définition et le fonctionnement du système de santé : « *Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible.* » Mais aussi dans les domaines : sanitaire, médico-social et environnemental

Il convient donc, après avoir tenté un état des lieux synthétique des voies de recours qui s'offrent actuellement aux citoyens, de faire part de l'intérêt de la procédure expérimentale définie par le décret du 31 janvier 2017.

I - LES DISPOSITIONS ACTUELLES ET DIAGNOSTIC

La loi, dans le contexte de la démocratie en santé a traduit une volonté d'amélioration du dispositif en permettant d'exprimer des réclamations ou des plaintes.

A - LES DIFFERENTS TYPES DE RECOURS

1. LES VOIES DE RECOURS FORMALISEES ISSUES DE LA LOI DU 4 MARS 2002

Les voies de recours offertes à l'utilisateur sont multiples et répondent à des finalités distinctes :

- la recherche de l'indemnisation d'un préjudice par des mécanismes mettant en jeu la responsabilité civile ou la responsabilité administrative des professionnels et établissements de santé ;
- la recherche d'une sanction pénale ;
- la mise en cause d'une responsabilité professionnelle et/ou déontologique.

Ces différents mécanismes peuvent avoir un effet cumulatif.

- **Les recours en réparation d'un préjudice lié aux soins : accidents médicaux fautifs et non-fautifs**

La loi du 4 mars 2002 a unifié les mécanismes de mise en cause de la responsabilité et elle a maintenu le principe fondamental de la responsabilité fondée sur une faute prouvée (accident médical fautif) tout en ouvrant une possibilité de responsabilité sans faute (accident médical non fautif) dont la réparation est alors à la charge de la solidarité nationale.

Elle a également consacré un régime spécifique pour la réparation des infections nosocomiales.

La loi a également instauré des mécanismes de règlement amiable en créant les Commissions d'indemnisation des accidents médicaux ou Commissions de conciliation et d'indemnisation.

- **Les recours en réparation des autres préjudices**

La responsabilité civile ou administrative des établissements et professionnels de santé peut également être engagée en vue d'assurer la réparation de préjudices autres que ceux découlant d'accidents liés aux soins (chute à l'occasion d'une circulation dans l'enceinte de l'établissement, erreur administrative etc.).

- Les recours devant le juge pénal

Ces recours sont possibles dès lors que les faits générateurs peuvent recevoir une qualification pénale. Après dépôt de plainte auprès des services de police ou de gendarmerie, l'initiative des poursuites appartient au Procureur de la République.

La victime a la faculté de se porter partie civile. Il en est de même des Associations des usagers du système de santé.

- Mise en cause de la responsabilité professionnelle

L'établissement de santé employeur a la faculté d'engager une action disciplinaire à l'encontre de l'un de ses agents ou préposés en cas de faute professionnelle.

Ainsi, une plainte d'un usager est susceptible de constituer un signal d'alerte sur le comportement fautif d'un agent.

Les procédures disciplinaires sont engagées dans le cadre des règles propres à la Fonction publique hospitalière (le directeur de l'établissement public de santé est investi du pouvoir disciplinaire ; pour le personnel médical – praticiens hospitaliers – cette prérogative appartient au Centre National de Gestion) ou au Code du travail (établissements de santé privés à but lucratif ou d'intérêt collectif).

Les personnels médicaux et paramédicaux relevant d'une profession réglementée (4ème partie du Code de la santé publique) relèvent au surplus d'une responsabilité déontologique gérée par les structures ordinales (les trois ordres des professions médicales : médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes ; les ordres de certaines professions paramédicales : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes ...).

2. LES AUTRES TYPES DE RECOURS

- La gestion des réclamations

Hormis les recours visant notamment à la réparation d'un préjudice découlant d'un accident médical, la Loi du 4 mars 2002 a instauré une voie d'expression des réclamations par les usagers au sein des établissements et services de santé et établissements médico-sociaux.

Tel est le rôle de la Commission des usagers (CDU) où représentants des usagers et médiateurs (médicaux et non-médicaux) jouent un rôle déterminant dans l'analyse des plaintes dont ils sont saisis. Le plaignant est susceptible ensuite de formuler une plainte devant la juridiction ou la CIAM dès lors qu'il aura obtenu de la CDU un avis reconnaissant un dysfonctionnement ou justifiant de la pertinence totale ou partielle de sa réclamation.

La législation psychiatrique, depuis la loi du 27 juin 1990, a instauré une Commission départementale des soins psychiatriques chargée de veiller au bon déroulement des procédures et qui peut être saisie par les usagers.

Le livret d'accueil des établissements doit indiquer l'identité et les coordonnées des représentants des usagers, ceux-ci peuvent être saisis pour relayer une réclamation auprès des directions des établissements.

- Les autres recours auprès des pouvoirs publics ou d'autres organismes.

Les citoyens peuvent exprimer une plainte ou une réclamation à l'Agence Régionale de Santé ou à l'une de ses délégations territoriales qui saisissent les établissements ou professionnels concernés aux fins d'explications sur la teneur de la plainte et son suivi.

Peuvent également être saisis :

Le Défenseur des droits (DDD) et le Contrôleur général des lieux de privation des libertés (CGLPL), autorités indépendantes,

Le Ministère chargé de la santé et de la protection sociale, voire parfois le Présidence de la République.

Le signalement peut être effectué par le plaignant en sa qualité d'assuré auprès des Commissions de Recours Amiables des organismes d'assurance maladie.

La saisine des parlementaires et élus locaux intervient dès lors qu'ils peuvent être également président ou membre du conseil de surveillance de l'établissement.

3. LES VOIES DE RECOURS CONNEXES DANS LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

- Une gestion des plaintes par la voie juridictionnelle

Elle peut être formalisée suivant les schémas décrits ci-dessus pour le secteur sanitaire.

- la saisine directe des établissements et des services médico-sociaux : le rôle subsidiaire du Conseil de la vie sociale

- la saisine de la « personnalité qualifiée » désignée par arrêté du Conseil Départemental, cosigné du Préfet et du Directeur de l'ARS est prévu par l'article L. 311-5 du Code de l'action sociale et des familles. La personnalité qualifiée doit d'une part permettre au plaignant de faire valoir ses droits. Il doit également rechercher avec le Directeur de l'établissement des possibilités de médiation, ces deux aspects pouvant se révéler sources d'antagonismes.

- la saisine non formalisée des services de l'Agence régionale de santé et du Conseil départemental, autorités de contrôle et de tarification.

Concernant le diagnostic sur le territoire des Deux-Sèvres, le Directeur Départemental de l'ARS nous propose deux documents de référence qui décrivent la situation. ([cf.annexe 1](#)).

Le premier est un portrait du Département réalisé par l'ARS.

Le deuxième est une première version d'un panorama de l'état de santé des habitants du territoire des Deux-Sèvres, au travers :

- d'un état des lieux des déterminants de santé de la région et de ses départements,
- des impacts des actions de prévention qui ont été menées,
- d'un diagnostic de l'offre en structures, services et ressources humaines,
- des indicateurs de mortalité, morbidité et recours aux soins des Deux-Sévriens.

Ces diagnostics sont à approfondir et à détailler au niveau le plus décentralisé et dans les meilleurs délais pour cerner les origines et spécificités locales des demandes en réclamations pour un suivi plus pertinent de ces dernières.

1. LA COMPTABILISATION DES PLAINTES ET DES RECLAMATIONS EN DEUX-SÈVRES

En matière de recours et de réclamations en santé et médico-social, la Direction Départementale de l'ARS indique ne disposer que des signaux qui sont lui sont adressés. Il n'existe pas de bilan collectif des plaintes et réclamations enregistrées par les Etablissements de santé, les Conseils des Ordres, les Organismes de protection sociale, les Etablissements Médico Sociaux, CVS ou les personnes qualifiées désignées dans les EHPAD.

Chaque acteur gère ses statistiques sans qu'une comptabilisation départementale soit effectuée.

Pourtant certaines données existent notamment dans les rapports annuels d'activité. Au titre d'exemple, au CH de Niort le rapport d'activité 2017 communiqué à la CDU fait état de 153 réclamations écrites, la moyenne des 5 dernières années étant de 177, avec un temps moyen de réponse en 2017 de 89 jours pour environ 75000 séjours.

Le Défenseur des Droits signale pour sa part avoir chaque année 2% de réclamation sur la qualité des soins dans les CH du département. Les réclamants sont invités à solliciter le service qualité de l'établissement concerné.

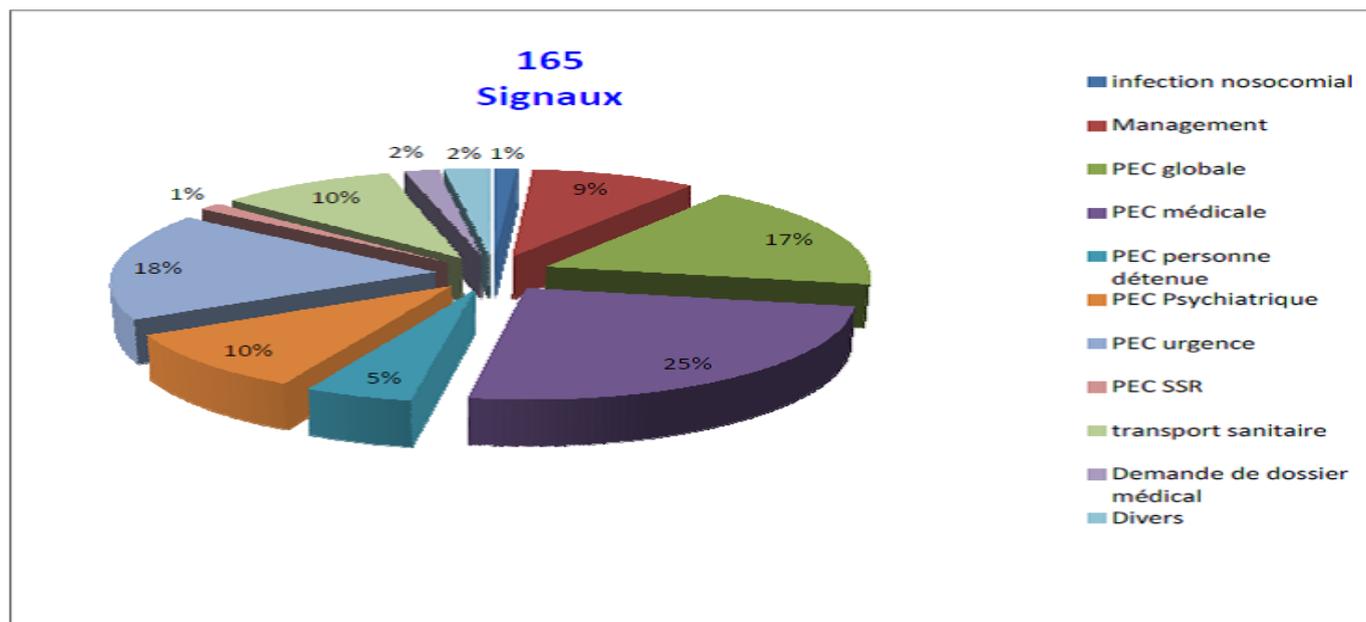
L'ARS des Deux-Sèvres, déclare recevoir un volume d'environ 180 réclamations par an, avec une évolution constatée de +15 % par an. La répartition des signalements reçus est stable : 25% en ambulatoire, 25% en sanitaire, 50% en médico-social.

L'espace des usagers du CH de Niort, issu à l'origine d'un partenariat avec le CISS Poitou-Charentes, a recueilli, en 2017, 1523 sollicitations directes ou indirectes (mail/téléphone) dont 117 personnes qui voulaient formaliser une réclamation.

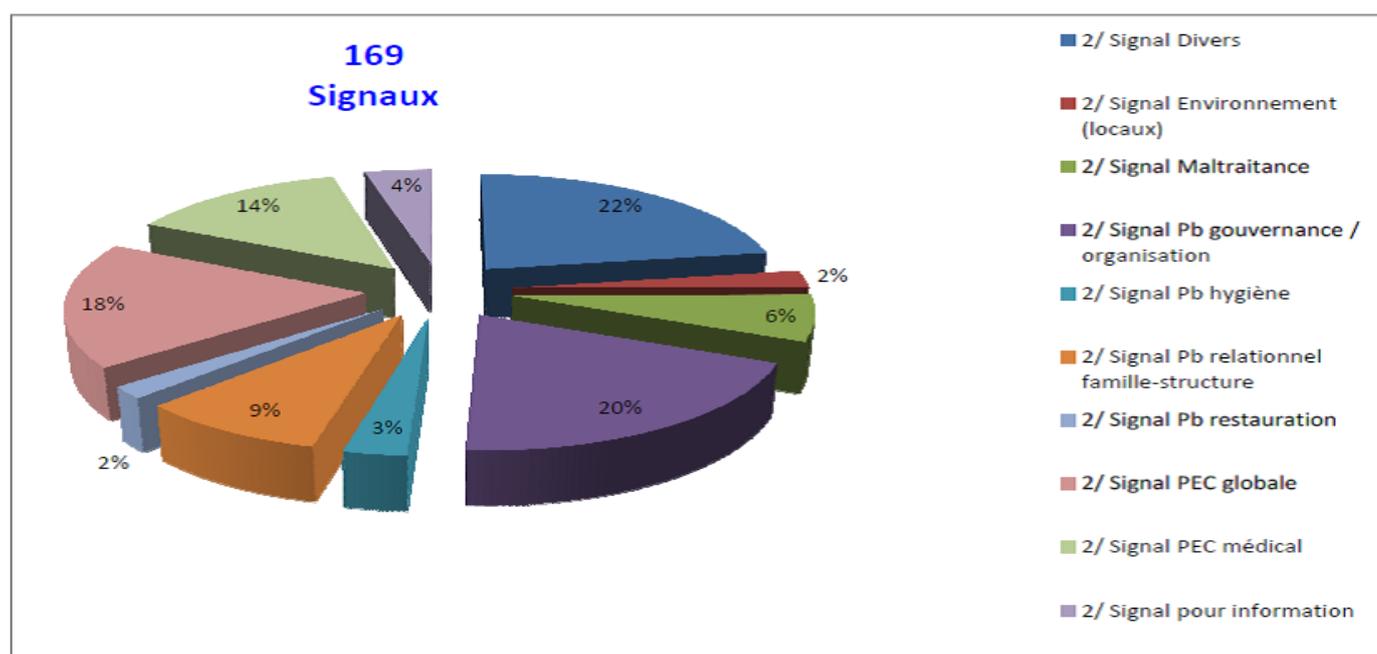
2. TYPOLOGIE DES PLAINTES ET DES RECLAMATIONS

Le Directeur de l'ARS nous a communiqué des graphiques établis sur les données enregistrées dans l'ancienne région Poitou Charentes en précisant que la ventilation était identique en Deux Sèvres. Ci-après les tableaux transmis par l'ARS

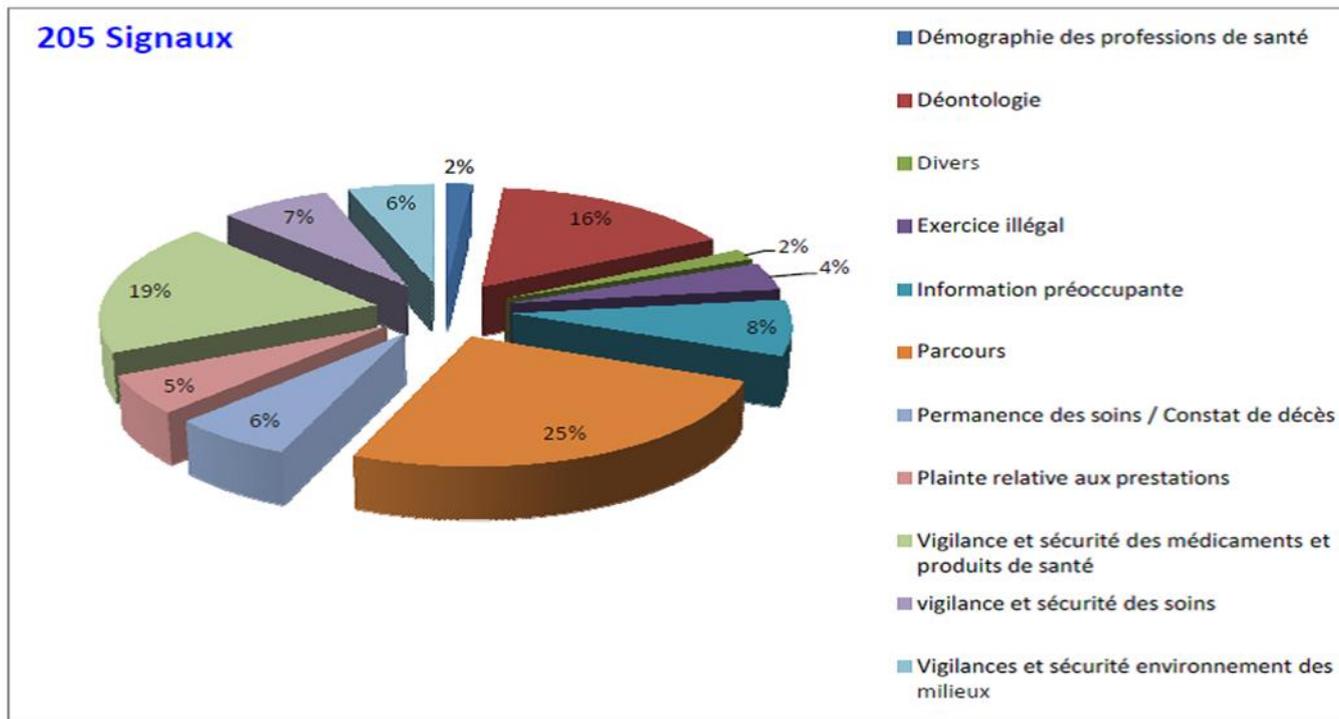
Typologie des signaux dans le secteur sanitaire (hors EIG)



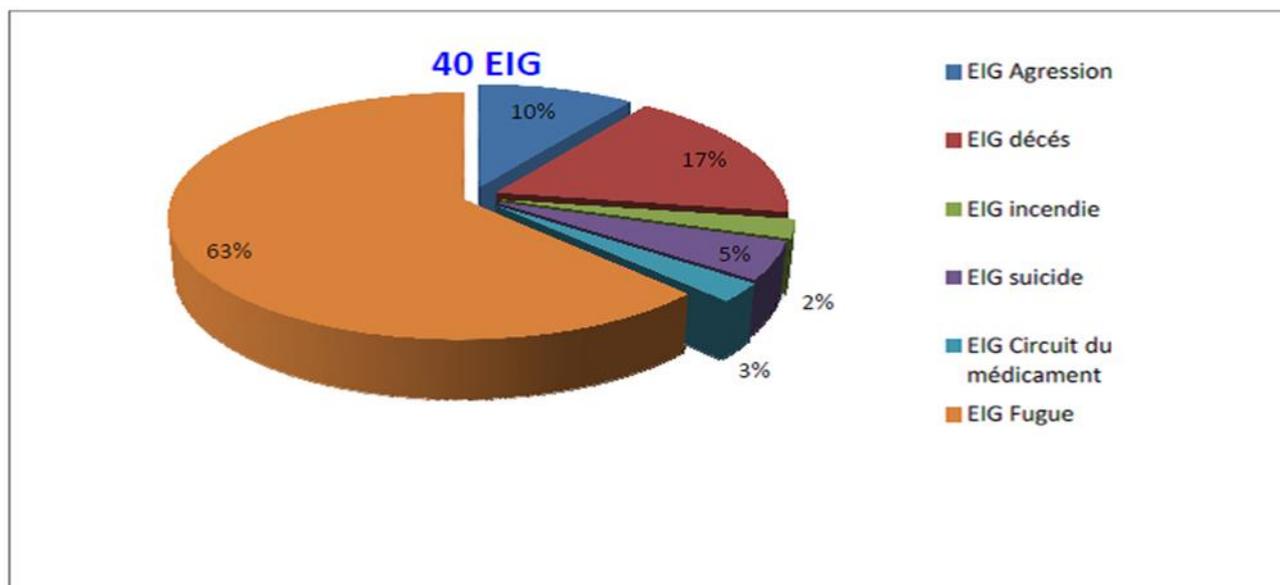
Typologie des signaux dans le secteur médico-social (hors EIG)



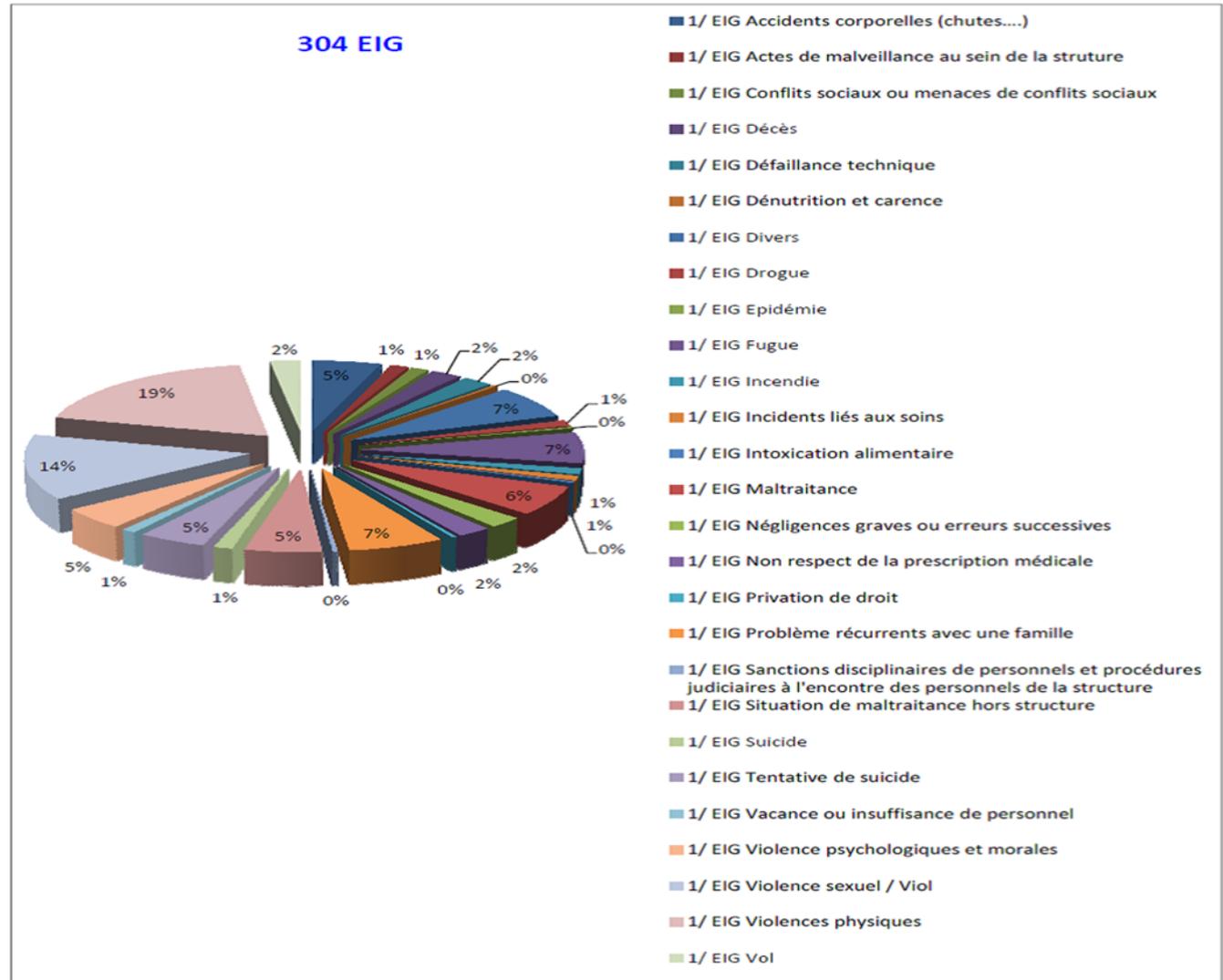
Typologie des signaux dans le secteur ambulatoire



Typologie des EIG dans le secteur sanitaire



Typologie des EIG dans le secteur médico-social



II - L'ADHESION DES PARTENAIRES

A - UN DISPOSITIF REPOSANT SUR LES ASSOCIATIONS D'USAGERS ET LE BÉNÉVOLAT

Le nouveau Guichet d'accueil et d'accompagnement reposerait sur « *la mobilisation d'associations représentant les citoyens et usagers du système de santé* ». Ceci découle des dispositions de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 qui a renforcé l'institutionnalisation des associations agréées d'usagers en créant l'Union Nationale et les Unions Régionales des associations d'usagers du système de santé et qui a introduit le concept d'exposome vie entière concernant les citoyens en recherche de préservation de leur état de bien-être(santé) optimal.

L'appel à candidature indique que le fonctionnement du Guichet unique « *doit donc reposer sur un engagement fort des partenaires et des acteurs autour de cette expérimentation* ».

- ***L'association « France Assos Santé » est pressentie comme support pour la mise en place du dispositif, le CTS79 restant le maître d'œuvre de l'expérimentation.***

B - L'ENGAGEMENT DES PARTIES PRENANTES

Afin de constituer ce dossier de candidature, des contacts ont été pris avec différents partenaires :

- Les institutions compétentes en matière de recours et réclamations
- Les collectivités partenaires
- Les associations d'usagers

Le Conseil Territorial de Santé des Deux-Sèvres, avant de s'engager, a souhaité évaluer l'impact de la mise en place du dispositif GAARS sur les partenaires et instances impliquées. Pour ce faire un courrier d'engagement leur a été adressé. A ce jour 16 partenaires ont accepté de s'investir dans la mise en œuvre du dispositif et ces données sont en constante évolution.

Vous trouverez le courrier transmis ([cf. annexe 2](#)), un tableau des réponses à ce jour ([cf. annexe 3](#)) et les courriers d'engagement reçus ([cf.annexe 3 suite](#)).

Considérant :

- l'activité des espaces des Usagers dans les hôpitaux de Niort et de Melle/Saint Maixent (cf. annexe 4) où des permanences sont tenues avec l'assistance et le soutien des principales Associations de Malades du département. Ce qui permet de disposer localement des compétences requises pour assumer rapidement et avec efficacité la mission d'accueil et d'accompagnement des Usagers de soins mais aussi des citoyens qui souhaiteraient exprimer :

- une réclamation en santé avec l'aide des Associations
- la complexité du système actuel, relatif à la prise en charge des plaintes, réclamations et demandes de médiation, la mise en place du Guichet permettra d'enrichir les dispositions prévues par les textes énoncés en préambule notamment dans les secteurs social et médico-social (établissement personnes âgées et handicapées). Cela participera à améliorer et à compléter le dispositif d'information des usagers mis en place en Deux-Sèvres par France Assos Santé nouvelle-Aquitaine

- que la mise en place du Guichet permettra d'ajouter un point d'entrée supplémentaire ouvert à l'ensemble des usagers sur le Département soit directement ou via une Association.

- que l'analyse des signalements ou des réclamations santé formulées pourra permettre d'améliorer les conditions d'accès et de prise en charge des soins des usagers du système de santé ou ceux des établissements de santé, médico-sociaux, de personnes âgées, handicapées ou de petite enfance, et d'une manière générale permettre aux associations de Citoyens de participer au débat public sur les questions de santé, sur les risques sanitaires et être associés aux processus d'élaboration et de mise en œuvre de la politique de santé sur le territoire (cf rapport ARS sur les plaintes et les réclamations santé)

Pour ces motifs, le CTS des Deux Sèvres décide de répondre favorablement à l'APPEL A CANDIDATURE visant à mettre en place à titre expérimental pour 5 ans, d'un Guichet d'Accueil et d'Accompagnement des Réclamations en Santé (GAARS) en Deux Sèvres.

III - LE GAARS, DISPOSITIF EXPERIMENTAL PROPOSÉ

A - UN « GUICHET UNIQUE »

L'appel à candidature porte sur l'instauration d'un « guichet unique » dont la finalité est ainsi définie : « *Le Guichet d'Accueil et d'Accompagnement des Réclamations en Santé a vocation à intervenir à titre subsidiaire. Sa saisine n'est pas obligatoire, pas plus qu'il n'a vocation à intervenir en remplacement des institutions compétentes* ».

Le guichet devrait « *orienter l'utilisateur vers le dispositif adapté à sa demande* ».

Le guichet ne se superpose pas aux dispositifs préexistants.

1. OBJECTIF DE L'EXPÉRIMENTATION

L'objectif général consiste à renforcer le poids de la démocratie en santé dans les politiques territoriales en :

- Améliorant au plan individuel le service rendu aux Citoyens qui s'estiment victimes d'un manquement au respect de leurs droits en accompagnant la demande vers l'instance existante et en proposant un service lorsqu'il n'existe aucune voie officielle.
- Assurant la mise en œuvre d'un dispositif de collecte d'informations et de veille au service de l'amélioration de la qualité de prise en charge sur les territoires.

2. OBJET DES DEMANDES

Il pourra s'agir:

- d'informations, de renseignements, délivrés à :
 - un citoyen et ou un usager de soins,
 - un proche,
 - un tiers,
 - une association d'utilisateurs,

qui souhaitent s'informer, connaître les textes et instances à saisir pour exprimer un manquement en matière de respect de ses droits en santé,

- de plaintes, l'usager pouvant saisir le Guichet en parallèle de sa plainte pour une tentative de règlement amiable par une médiation avant saisine du juge. (hors cas de plainte devant les Conseils des ordres professionnels),
- de réclamations : le guichet accompagne le demandeur dans sa démarche d'expression d'un mécontentement sur le service dont il a bénéficié afin d'obtenir une réponse,
- de médiation entre 2 parties afin de parvenir à un accord en vue de la résolution amiable du différent avec l'aide d'un tiers impartial, indépendant, neutre.

Au-delà de la mission d'orientation des demandeurs égarés dans le dédale des voies de recours, les attributions du GAARS se déclinent en termes d'un accompagnement particulièrement développé du plaignant :

- L'orientation des demandeurs dans leur démarche
- La facilitation des démarches dans la constitution du dossier de plainte ou de réclamation
- L'assistance dans l'expression de leurs griefs à l'encontre : des établissements sanitaires ou médico-sociaux, professionnels de santé ou autorités administratives, mis en cause
- Le suivi des demandes, le Guichet étant en mesure d'être informé sur les suites réservées aux plaintes et réclamations, le contrôle de la qualité, de la célérité et de la clarté des réponses fournies.

Ainsi donc, au-delà de l'information et de l'orientation de l'usager, le Guichet aurait un **rôle très opérationnel** dans la prise en considération des plaintes et réclamations et sans se substituer aux instances délibératives prévues par les textes.

B – RECENSEMENT DES MOYENS À DÉPLOYER POUR L'EXPÉRIMENTATION EN DEUX-SÈVRES

Ces points seront à détailler, compléter, chiffrer ultérieurement si l'expérimentation est validée en Deux-Sèvres.

- **Moyens Humains**
 - 1 ETP/2ans Chargé de mission (relations avec les institutions/partenaires/bénévoles)
 - 1 ETP/2ans puis 0.5/3 ans en Secrétariat accueil (accueil/information physique et téléphonique des demandeurs)
 - Associations malades adhérentes ou non à France Assos Santé Nouvelle-Aquitaine – CLIC – réseaux gérontologiques – Maisons Service Public – Défenseur des Droits)
 - Compétences Médicales pour les expertises et médiations (prise en charge des frais d'expertise)

- **Moyens financiers**

L'enveloppe allouée par l'ARS est définie à 100 000 les deux premières années puis réduite à 50 000€ au-delà pendant les 3 années suivantes mais « quid » au-delà...

- **Moyens techniques**

- Locaux avec permanences à Niort et/ou Parthenay, et les charges liées à l'occupation.

- Permanences ponctuelles dans certains lieux (CLS, Maisons Service Public, Mairies, Associations Gérontologiques/CLIC...) avec les charges liées aux déplacements.

- **Communication et partenariat**

- Communication orale, distribution de plaquettes d'Information et Relations partenariales (presse département – PQR – réseau des Associations de malades 79 – CLIC – réseaux gérontologiques – Maisons Service Public – Défenseurs des Droits – organismes partenaires qui approuvent l'expérimentation)

- Convention d'engagement des associations/organismes partenaires (voir la liste des instances/partenaires/bénévoles/déjà contactés et identifier les « oubliés »)

- **Moyens Juridiques et Formation**

- Formation, Documentation juridique et expertise juridique de France Assos Santé (France Assos Santé – ARS – Partenaires impliqués – Associations de citoyens)

- Procédures déployées dans les espaces des usagers par France Assos Santé

- Relation avec les services juridiques des hôpitaux / conseils des ordres / défenseurs des droits / organismes sociaux (CPAM MSA RSI etc...)

- **Tableaux de bord / statistique / reporting**

- Mise en place des tableaux de bord pour l'établissement du rapport annuel d'activité et pour les modalités de pilotage de suivi et de rapport d'activité au CTS – ARS - CRSA

- Enregistrement des sollicitations et/ou - plaintes - réclamations – médiations avec résultats / délais de traitement, puis reporting annuel dans le cadre d'un rapport d'activité au CTS / à l'ARS NA/ aux Partenaires /

- Matériel informatique - connexion web – imprimante

- **Autres Acteurs à mobiliser**

- ARS, France Assos Santé Nouvelle-Aquitaine (aide logistique/ingénierie/formation/documentation)

- Conseil Départemental (pour les locaux/lieux de permanence /tél /informatique /web/ communication)

- Bénévolat des associations santé (permanences/documentation/assistance réseau)

- Points à examiner

- Indemnisation des déplacements (salariés/Bénévoles)
- Coût des charges locatives/matériel/frais de fonctionnement/frais d'expertises
- Organisation de la réception du public dans les lieux d'accueil (Niort et/ouParthenay)+les éventuelles permanences (Melle/St Maixent/Thouars/Bressuire)
- Organisation des déplacements et prise en charge des frais

D – RETROPLANNING

Fin juin 2018	Décision su déploiement de l'expérimentation
Sept à Déc	Recrutement
Sept à Déc	Recherche et installation dans les locaux
Sept à déc	Développement des partenariats
Janvier 2019	Lancement expérimentation/budget prévisionnel Année N
Janvier	Création des supports/tableaux de bord/organisation /reporting
Janvier à Février	Campagne communication Presse
Janvier à Mars	Installation/Formation des personnels
Janvier à Mars	Développement des partenariats
Janvier/Juillet/Oct	Bilan à 3 mois/6 mois/9 mois / reporting au CTS-ARS
Janvier 2020	Bilan à 12 mois / Evaluation fonctionnement / Personnel
Janvier 2020	Reporting au CTS-ARS / Budget prévisionnel Année N+1