

Séance plénière du 4 Février 2016

COMPTE-RENDU

Ordre du jour

Thème :

- Bilan des réclamations et des événements indésirables graves concernant les établissements sanitaires et médico-sociaux de l'Essonne.
- Instances départementales déclinées dans le cadre du comité national de la bientraitance et des droits.

M. Philippe NASZÁLYI, (président de la Conférence de Territoire), ouvre la séance à 10h10

Il présente les excuses des membres qui n'ont pu être présents à cette séance plénière :

I- Membres excusés

Mesdames Anne BERTRAND-BOUDON, Annette DELABAR, Françoise ELLIEN, Catherine GUATTERIE, Isabelle GUINOT-MICHELET, Annie LABBE, Françoise MARHUENDA, Marie-Catherine PHAM

Messieurs Tonny ABREU, Jean-Pierre BAUDRY, Michel LECUYER, Eric SIRÉ

Le président M. Philippe NASZÁLYI installe les nouveaux membres de la conférence de territoire :

- M. Franck ZANIBELLATO, directeur de l'Hôpital Privé du Val d'Yerres, en remplacement de Mme Martine EUVRARD (Titulaire - Collège 1 – représentant des personnes morales gestionnaires dans les établissements de santé)
- M. Ugo CRES, -directeur de l'hôpital privé Claude Galien, en remplacement de M. Alain CARRIÉ (Collège 1 – Titulaire - représentant des personnes morales gestionnaires dans les établissements de santé)

- M. Nicolas CHAMP, directeur de la clinique du Mousseau, en remplacement de Mme Nolwenn MARE (Suppléant - Collège 1 – représentant des personnes morales gestionnaires dans les établissements de santé)

- M. Eric AUGER, directeur d'un SESSAD à Évry et d'un IME à Bures-sur-Yvette en remplacement de M. Eric ZOLLA. (Suppléant - Collège 2 – représentant des personnes morales gestionnaires d'institutions accueillant des personnes handicapées dans les établissements sociaux et médico-sociaux)

- M. Le Dr Nicolas NICOLAON, président de la CME (commission médicale d'Établissement) du CH Arpajon, en remplacement du Dr RIVOAL. (Suppléant - Collège 1 – représentant des présidents de commission médicale dans les établissements de santé)

Les mandats de la conférence de territoire sont définis pour l'instant jusqu'au 31 mars. La prorogation des mandats va être prochainement réalisée par la ministre jusqu'au 31 décembre 2016.

- Agenda :

- 22 mars 2016 : Réflexions du CESEE (conseil économique, social et environnemental de l'Essonne) autour de l'accès aux soins dans notre département. M.NASZALYI a été saisi par le Président du CESEE (M.MESSINA) afin de participer aux travaux, ainsi que M.HUGUET, délégué territorial. La matinée sera organisée en deux temps : auditions sous forme plénière puis travaux de groupe autour de témoignages d'acteurs de terrain (mise en place de structures d'exercice collectif, projet de coordination des acteurs de santé...).

La CT pourrait être force de propositions lors de sa prochaine séance afin de contribuer à ce débat.

- Semaines de la santé mentale : Un colloque est organisé à l'université d'Évry le 24 mars au matin consacré au Regard sur le handicap. L'Unafam et la Ville d'Évry organisent leur manifestation le 22 mars. Il en profite pour renouveler ses remerciements à Madame Ramel qui a sensibilisé la conférence à ces semaines d'information sur la santé mentale.

1ère Présentation par l'ARS : Réclamations/ EIG – événements indésirables graves/ Inspections dans les établissements en 2015.

Mme Zahira KADA, responsable de la cellule réclamations-inspections à la Délégation territoriale de l'Essonne de l'ARS.

L'objectif de l'Agence vise l'amélioration de la qualité des prises en charge et au développement de la culture de la démarche qualité.

Il est rappelé que l'établissement reste le premier interlocuteur des usagers. Il lui appartient de construire et renforcer le lien avec ses usagers.

Rappels des définitions

Réclamation : pour l'ARS, la réclamation est toute expression de mécontentement.

Requérant : c'est la personne qui réclame. Les réclamations proviennent de différents types de profils (usagers, famille, professionnels...)

Le mis en cause : c'est celui qui est désigné par le requérant responsable de la situation dénoncée. Le plus souvent, il s'agit de l'établissement ou du service dans lequel a été pris en charge l'utilisateur.

À noter que généralement, l'Agence est plutôt interpellée en deuxième intention, lorsque l'utilisateur n'a pas obtenu de l'établissement une réponse qui le satisfasse.

Données chiffrées (cf diaporama).

Procédure classique : l'ARS envoie systématiquement un accusé réception de la réclamation, elle demande des informations d'explications et de contexte au mis en cause, elle analyse les réponses au regard des éléments de la réclamation, et apporte une réponse circonstanciée au requérant. Elle peut également, mettre en place des actions spécifiques en cas d'observation de dysfonctionnements (injonctions, rappels à la loi).

Il existe un objectif de délai de réponse défini au niveau national. Le constat est qu'ils sont encore globalement trop longs. La clôture d'un dossier doit être faite sous 90 jours. C'est pourquoi les établissements reçoivent des rappels à des échéances prédéterminées.

Le champ de contrôle de l'ARS est aujourd'hui mieux connu des usagers.

Motifs les plus rencontrés dans les réclamations (cf diaporama).

Pourquoi y a-t-il plus de réclamations aujourd'hui ?

En dehors d'une judiciarisation de la société et notamment de la santé et des prises en charge associées, le champ de contrôle est aussi mieux connu des usagers aujourd'hui.

Quels sont les motifs les plus rencontrés dans les réclamations (cf diaporama) ?

Exemples :

- prise en charge de la fin de vie (non empathique)
- délais d'attente aux urgences
- Les inspections (contrôle sur site), sont réalisées à la demande du Directeur général de l'Agence régionale de santé, par des personnes habilitées par le Code de Santé Publique (rappels des 10 principes déontologiques de l'inspecteur = cf diaporama).

La politique d'inspection vise à lutter contre les dysfonctionnements. Elle n'entre pas dans une logique de répression. Ce n'est plus uniquement un outil répressif. On note une stabilisation du nombre d'inspections depuis 2012 dans l'Essonne.

On distingue les inspections programmées, des inspections inopinées.

Un PRIC (programme régional d'inspections-contrôles) est élaboré annuellement. Il est décliné au niveau régional et négocié au niveau national. Le champ d'inspections est très large, plus de 100 items de santé publique.

Après chaque inspection, l'ARS rédige un rapport d'inspection, d'abord un rapport initial soumis à un contradictoire. Le rapport final reprendra les réponses de l'établissement qui apparaîtront en l'état dans le rapport final. Ce dernier contiendra également les propositions de décisions.

- Injonctions (définition – cf diaporama)

Les sanctions sont prévues par les différents codes – code de la santé publique et code de l'action sociale et des familles. Les recommandations de la HAS (haute autorité de santé) sont opposables.

Les dysfonctionnements relevés par l'ARS lors des inspections :

- Exclusion des outils de la loi du 2 janvier 2002. Ils sont désormais mis en place par les Établissements sanitaires et médico-sociaux.
- Organisation des soins (non-respect du secret médical, délégation de tâches non appropriée, manque de formalisation et d'application des procédures...)

Les origines des dysfonctionnements sont souvent dues à une perte du sens des pratiques quotidiennes.

Les automatismes des professionnels, les personnes deviennent des « objets de soins » et n'ont plus la qualité de personnes soignées.

Certaines problématiques sont liées au management.

- **EIG : Événement Indésirable Grave.**

L'objectif de l'Agence est de corriger les erreurs. Les EIG donnent également lieu à des contrôles sur site.

Tout EIG doit être déclaré à l'Agence, suite à la loi du 21 juillet 2009 « HPST » - hôpital patient santé territoire. Une Plateforme est ouverte 7j/7, 24h/24 au numéro suivant : 0825 811 411

Il faut dissocier le traitement de l'EIG de la personne ayant réalisé l'acte. L'analyse de l'erreur ou du dysfonctionnement devient source d'amélioration. Cette politique n'est pas encore complètement entrée dans les automatismes des établissements.

- La DT 91 organiser des RETEX (Retour d'Expérience) qui visent à améliorer les bonnes pratiques en organisant des échanges entre établissements eux-mêmes, concernant :
 - 2013 : établissements Personnes Handicapées (PH) ;
 - 2015 : établissements Personnes Âgées (PA) ;
 - 2016 : certainement auprès des établissements de santé.

De nombreux éléments de progrès ont déjà été identifiés.

Débat avec l'assemblée

René MICHALET (collège 8 – représentant des associations agréées des usagers) :

Pourquoi des plaintes des patients parviennent-elles à l'ARS ? Est-ce que les représentants des usagers sont sollicités ? Lorsqu'une plainte est adressée à un établissement privé, ce dernier la transfère-t-elle au médecin libéral ?

Le problème le plus souvent, réside dans le fait que l'établissement privé n'a aucun pouvoir hiérarchique vis-à-vis d'un médecin. Il s'en suit que :

- d'une part, le médecin peut répondre ou non à la plainte des familles ou des patients ;
- d'autre part, l'établissement n'est pas informé de la réponse donnée, sauf si une médiation est envisagée.

Un guide de 2013 sur la conduite de la médiation existe.

Une situation s'étant présentée, il y a quelques jours est évoquée en séance en exemple.

Si le plaignant sollicite l'ARS ensuite, celle-ci demande une information à l'établissement (cf le circuit indiqué au début).

Comment donc améliorer cette situation ? À quoi servent les représentants des usagers ? D'autant que l'Agence nomme elle-même ces représentants des usagers.

Michel HUGUET : précise le rôle de l'ARS. L'agence vérifie si l'organisation des soins a été satisfaisante et est conforme aux textes. Mais l'ARS n'est pas une instance « qui rend justice » ou expertise médicalement.

Depuis la Loi HPST, l'agence peut toutefois suspendre de façon temporaire des médecins libéraux, en saisissant l'Ordre, dans des conditions précises (risque manifeste pour la santé des patients).

Le rôle des représentants des usagers est réalisé à travers les CRUCPC (Commissions des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge), dont le bilan régional vient d'être communiqué.

Concernant le rôle des représentants des usagers, il pourrait être intéressant d'élaborer une grille/ un baromètre des événements.

René MICHALET : De nombreuses années ont été nécessaires pour accéder aux dossiers des patients.

Thierry de Montgolfier (Collège 1 – représentant des personnes morales gestionnaires dans les établissements de santé) : indique que son établissement essaie d'être transparent notamment vis-à-vis des usagers et de donner accès au dossier.

Ainsi en est-il d'une chute la nuit d'une personne âgée qui n'a pas appelé l'aide-soignante pour ne pas déranger. L'établissement a le réflexe de communiquer avec la famille, mais pas encore avec l'Agence pour le déclarer en EIG.

Il indique qu'il est souvent difficile de communiquer des éléments médicaux à un membre qui n'est pas tuteur et qui pourtant s'occupe de son proche.

Philippe VASSEUR (Collège 1 – représentant des personnes morales gestionnaires dans les établissements de santé) indique comment est organisée l'information dans son établissement, il rappelle aux usagers qu'ils peuvent accéder à la CRUCPC.

Olivier FOUQUET (Collège 2 – représentant des personnes morales gestionnaires d'institutions accueillant des personnes handicapées dans les établissements sociaux et médico-sociaux) :

Le personnel de la structure est la première réponse que l'établissement peut apporter. Mais il souligne les contraintes des effectifs et les difficultés à organiser l'accompagnement à l'hôpital de la personne handicapée, trop lourd financièrement. Il faudrait un professionnel pour un usager pour une prise en charge optimum.

Franck ZANIBELLATO (Collège 1 – représentant des personnes morales gestionnaires dans les établissements de santé et représentant de la fédération de l'hospitalisation privée) indique qu'il existe des séminaires de formation des représentants des usagers sous la forme de retour d'expérience autour des incidents ayant eu lieu dans l'établissement.

L'établissement vérifie les conditions de prise en charge des patients sont bonnes (RMM *revue de mortalité et de morbidité* et les CREX *Comité de retour d'expérience* sont présentées au président de la Commission médicale d'Établissement CME).

Enfin il précise que tout patient a une assurance et celle-ci peut engager une médiation à l'amiable.

Michel HUGUET : indique au regard ces deux interventions, que la première pose la question du parcours de santé de la personne handicapée. L'enjeu d'un établissement médico-social est d'être un lieu de vie, qui doit être sécurisé. Il y serait intéressant de réfléchir à des conventionnements avec les structures d'hospitalisation, lieux d'interventions ponctuelles, pour les interventions réciproques santé /médico-social. Au regard de la seconde, il serait intéressant de partager ces expériences et voir comment transposer les dispositifs qui fonctionnent dans d'autres établissements pour imaginer des améliorations des circuits.

Philippe NASZÁLYI rappelle le séminaire du 3 février qui s'est tenu ici, à l'ARS et qui concernait notamment le lien entre ville – hôpital sur le territoire centre-Est Essonne.

Il précise que cela porte sur les problèmes relatifs à l'hospitalisation, entrée et sortie d'hospitalisation. On peut vite basculer vers la maltraitance pour une prise en charge inadaptée (exemple de la nutrition des personnes âgées dans les services hospitaliers).

Nicolas CHAMP (Collège 1 – représentant des personnes morales gestionnaires dans les établissements de santé). Le droit civil indique que le médecin a une obligation de moyens et non de résultat. Les familles n'ont pas cet aspect en tête.

Il indique que le directeur n'est pas complètement démuni à l'égard des médecins libéraux exerçant dans son établissement.

Jean-François CHABENAT (Collège 4 – représentant les professionnels de santé libéraux) signale qu'il existe des conseils départementaux de l'Ordre et qu'il est possible de faire appel aux conciliateurs (code de déontologie).

René MICHALET fournit des informations pour les usagers et leurs familles, mais rappelle qu'il n'est pas possible de porter plainte pour autrui.

Sylvie BARROS (Collège 4 – représentant les professionnels de santé libéraux – Infirmiers) indique qu'il y a de nombreux signalements. L'Ordre adresse la démarche à suivre pour porter plainte. L'Ordre ne fera rien sans plainte et souvent l'utilisateur ensuite se rétracte.

Philippe NASZÁLYI tout en regrettant l'absence permanente et sans excuse de l'Ordre des médecins de l'Essonne, souligne que les procédures ne sont pas toujours adaptées surtout si la personne est en situation de vulnérabilité.

Jean-Claude GALINAND (collège 8 – représentant les usagers pour les associations de retraités et de personnes âgées) : Les EHPAD sont concernés par ces problématiques d'aide aux prises de repas. La famille a peur des représailles. L'utilisateur n'est plus valide pour le faire. Il relate une situation récente difficile dont il a eu connaissance mais concernant un établissement parisien. Les représentants des usagers doivent avoir leurs coordonnées correctement affichées dans les établissements, car elles sont souvent mal placées.

Charles RIVET (Collège 2 – représentant des personnes morales gestionnaires d'institutions accueillant des personnes handicapées dans les établissements sociaux et médico-sociaux) : A vécu une inspection de l'Agence. Plusieurs injonctions ont été prises pour des problèmes de formation, générant des problèmes financiers pour dégager des budgets de formation. L'établissement a fait l'analyse de ses manquements mais regrette de n'avoir pas été accompagné par l'ARS pour élaborer son plan d'action.

Mme Zahira KADA apporte un complément de réponse à M. GALINAND sur la philosophie de la réclamation en réponse à M. GALINAND. Nous exploitons les plaintes pour changer le regard sur la réclamation et nous travaillons en collaboration avec les établissements.

Jean-Guy PERILLAT (Collège 1 – représentant des présidents de commission médicale dans les établissements de santé) : Pour les personnes vulnérables, le dispositif de la personne de confiance est à développer. Pour les EIG, il relève que la définition qui est très précise mais présente des difficultés pour mesurer la gravité des situations. Les établissements organisent des retours d'expériences. Y a-t-il une centralisation de ces RETEX pour bénéficier de celles des autres établissements ?

Mme Zahira KADA : il y a beaucoup de requalification des EIG. (65 % d'entre eux).

Michel HUGUET : souligne que les échanges de bonnes pratiques se font via le RETEX précités. Le siège a mis en place un CAR (un centre d'analyse des risques) ayant pour ambition de recueillir tous les signaux tant relatifs aux dysfonctionnements du système de santé pour analyser la qualité de l'offre en santé en IDF. Un outil de synthèse d'accompagnement est expérimenté avec les établissements d'Ile-de-France.

Mme Marie-France MAUGOURD (médecin gériatre, ancien membre de la Conférence et invitée permanente) : Elle précise que par son expérience à l'Hôpital Clémenceau, le dialogue avec les familles est fondamental. Tout ce qui est dit, doit être pris en compte et doit faire l'objet d'une analyse. Les représentants des usagers doivent être sollicités car il faut faire alliance avec les familles. Elle répond à M. MICHALET, pour préciser qu'il peut se rapprocher de l'Ordre des Médecins pour signaler les médecins qui ne veulent pas rencontrer les familles.

M. Bernard DUPORTET (médecin, ancien membre de la Conférence et Invité permanent) : des signalements parviennent au « 3977 », dispositif d'écoute. Depuis 2008, ce dispositif a enregistré plus de 68 000 dossiers. Les résultats sont sous-utilisés. Il faudrait un vrai observatoire de la maltraitance pour en faire un nouvel outil.

Il fait le constat sur les signalements, qu'il n'y a pas que l'établissement qui est en cause mais interviennent des problématiques au niveau social, économique, familial.... Il s'agit ensuite d'une problématique éthique. Il faudrait travailler ce sujet au sein des instances départementales du CNBD.(comité national de la bientraitance et des droits)

Philippe VASSEUR (Collège 1 – représentant des personnes morales gestionnaires dans les établissements de santé) : il faut proposer systématiquement un entretien, car cela désamorce considérablement le problème et les familles y répondent favorablement.

Philippe NASZÁLYI : conclut qu'il faut considérer la personne et humaniser les prises en charge.

2^{ème} présentation : CRIPPA, cellule de recueil des informations préoccupantes personnes âgées et personnes handicapées : cf diaporama

En l'absence totale des représentants du Conseil départemental de l'Essonne, le Président remercie **Mme Zahira KADA** de bien vouloir accepter de présenter le 2^{ème} volet de l'ordre du jour consacré à la CRIPPA, cellule de recueil des informations préoccupantes personnes âgées et personnes handicapées

Rappel du contexte.

L'Essonne s'investissait déjà sur cette problématique avant la mise en œuvre de l'Agence via le DISCEPAH (dispositif de surveillance et contrôle des établissements accueillant des personnes âgées ou des personnes handicapées). L'Essonne est intervenue en s'engageant dans une expérimentation de déploiement des objectifs du CNBD, lancé en Décembre 2013 par la DGOS (direction générale de l'organisation des soins).

Est visée une culture commune des informations préoccupantes par les institutions afin ensuite de traiter de concert ces informations. Pour ce faire 3 outils ont été créés.

(Présentation des procédures mises en place. Les Informations Préoccupantes en Établissements SMS – cf diaporama.)

Questions / observations :

M. Bernard DUPORTET (médecin, ancien membre de la Conférence et Invité permanent):

Les transmissions par courrier et par mail doivent être sécurisées. Le fichier permet l'enregistrement des suivis, de centraliser les informations. Cette base est accessible au responsable de département pour enrichir la culture commune et d'avoir un historique. Il note le bon rapport de coopération et le travail d'analyse pluridisciplinaire des situations.

Pour lui il y a problème avec le consentement, s'il n'est pas donné (par la personne ou par son représentant) mais la situation doit être toutefois analysée, même sans consentement. Il faut enclencher les actions.

Parfois l'usager ne veut pas que les professionnels engagent une quelconque action. Cela se confronte au principe de non-assistance à personne en danger. L'équilibre est difficile. Il conviendra d'avoir un travail d'analyses et critiques avec la mise en place d'un comité d'éthique.

Jean-Claude GALINAND (collège 8 – représentant les usagers pour les associations de retraités et de personnes âgées) : le CODERPA ne connaissait pas cette instance. Il prépare une entrevue avec le Président du Conseil Départemental et va lui en parler.

Philippe NASZÁLYI aurait souhaité que la Conférence de Territoire soit sollicitée pour ces travaux de déploiement du CNDB. La démocratie ne doit pas être segmentée et doit être collégiale. Elle appartient à tous.

Michel HUGUET : comprend le souhait d'être partie prenante à ce type d'expérimentation. Ces sujets préexistaient à l'Agence et donc à la conférence de territoire. Il y a eu une démarche d'expérimentation progressive.

Mme Marie-France MAUGOURD (médecin gériatre, ancien membre de la Conférence et invitée permanente): l'association de Gériatologie de l'Essonne que préside Bernard Duportet, s'était rapprochée d'ALMA dans le cadre de ce comité d'experts, qui a fonctionné pendant 10 ans avant que le conseil départemental se charge du sujet. Les assistantes de la CRAMIF aidaient ce comité d'experts. Car la maltraitance est fréquemment un acte du domicile. Le problème est maintenant d'aller vers la personne.

Le Président passe ensuite la parole à une invitée à cette conférence à **Mme Corinne VAUTRIN** (Auxiliaire de Vie Sociale à domicile) pour un témoignage sur un cas de maltraitance à domicile qui s'intègre parfaitement dans le sujet.

M. Bernard DUPORTET (médecin, ancien membre de la Conférence et Invité permanent) : la sauvegarde de justice est un dispositif qui protège et permet ensuite une gestion apaisée de la situation. Il est important que le parquet soit présent et de manière très régulière et note une progression dans les relations avec le parquet du TGI d'Évry. Aujourd'hui on donne l'information au parquet sans nécessairement avoir un dépôt de plainte afin d'échanger sur la réponse la plus adaptée à apporter.

Il faut communiquer sur la bonne utilisation du 3977. Les professionnels sont formés.

Il y a un défaut de communication autour des dispositifs existants et donc un travail à mener auprès du grand public.

Mme Marie-France MAUGOURD (médecin gériatre, ancien membre de la Conférence et invitée permanente) a déjà eu le cas d'un contact avec le juge en tant que médecin expert. L'expertise médicale a conclu au besoin d'une sauvegarde de justice et le placement de la personne sous tutelle.

Jean-Claude GALINAND (collège 8 – représentant les usagers pour les associations de retraités et de personnes âgées) : Il y a 80 Conseils de Vie Sociale en Essonne (CVS réunis tous les 2 mois). Mais comment mettre en place des dispositifs identiques pour les situations à domicile ?

Philippe NASZÁLYI : en effet, il y a des difficultés pour toutes les personnes isolées. Au lieu de faire un signalement, il vaut mieux passer par le 3977 pour avoir de bonnes pratiques et bénéficier du dialogue. La communication est fondamentale.

M. Bernard DUPORTET (médecin, ancien membre de la Conférence et Invité permanent) précise que dans le fonctionnement de la cellule, le parquet doit être présent. Dépôt de plainte ou non, il informe le parquet pour avis, afin d'établir une procédure adaptée à la personne. Le parquet découvre des situations inhabituelles. Une communication est à faire sur le 3977, constitué d'une équipe de psychologues formés pour gérer les situations.

Les enfants ne font pas parti de ce système car ils rentrent dans un cadre réglementaire spécifique. Pour l'enfance handicapée, le numéro d'appel est le 119.

Philippe NASZÁLYI : Effectivement il y a une énorme communication à faire également pour les enfants, pour désamorcer la souffrance immédiate.

Mme Zahira KADA rappelle la compétence de l'ARS sur les signalements relatifs aux Personnes Handicapées accueillies en établissements. Le dispositif du CNBD ne traite pas de l'enfance, par contre l'ARS traite les problèmes de prise en charge aussi pour les enfants en situation de handicap.

En institution, l'ARS est compétente mais non en milieu familial.

Philippe NASZÁLYI clôt les riches débats qui une fois encore débordent du temps imparti. Il remercie vivement **Madame Zahira KADA** d'avoir si brillamment rempli ce double rôle pour des questions fort importantes pour notre territoire en santé et les usagers.

Il indique que la prochaine Conférence de territoire se déroulera le 10 mars 2016 à 10h00 à la Délégation territoriale de l'Essonne de l'ARS.

Réservez vos agendas :

- 10 mars :
 - Territoires et démocratie en santé
- 14 avril :
 - La métropole du Grand Paris (cadre institutionnel, aménagements des territoires, cartographie, enjeux en matière d'offre de soins).