



# Enquête AdESM sur les conditions de mise en œuvre de la loi du 14 décembre 2020 sur l'isolement et la contention

Présentation des résultats à l'occasion de la  
Journée AdESM droits et libertés des patients – 17 juin 2021



## Présentation de l'enquête

- Grille de questions co-construite avec le Bureau National et le groupe AdESM droits et libertés des patients
- Période d'enquête : du 1<sup>er</sup> mars au 23 avril 2021
- Cible de l'enquête : 200 adhérents du réseau AdESM
- Nombre de réponses : 96 soit une participation de 48 %

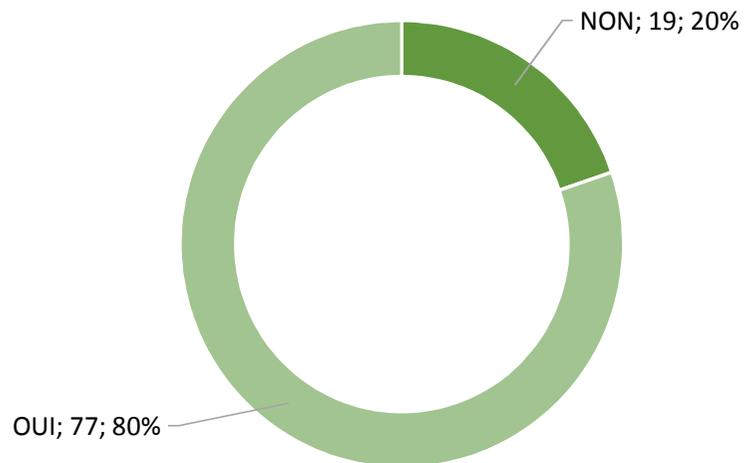


## Résultats de l'enquête

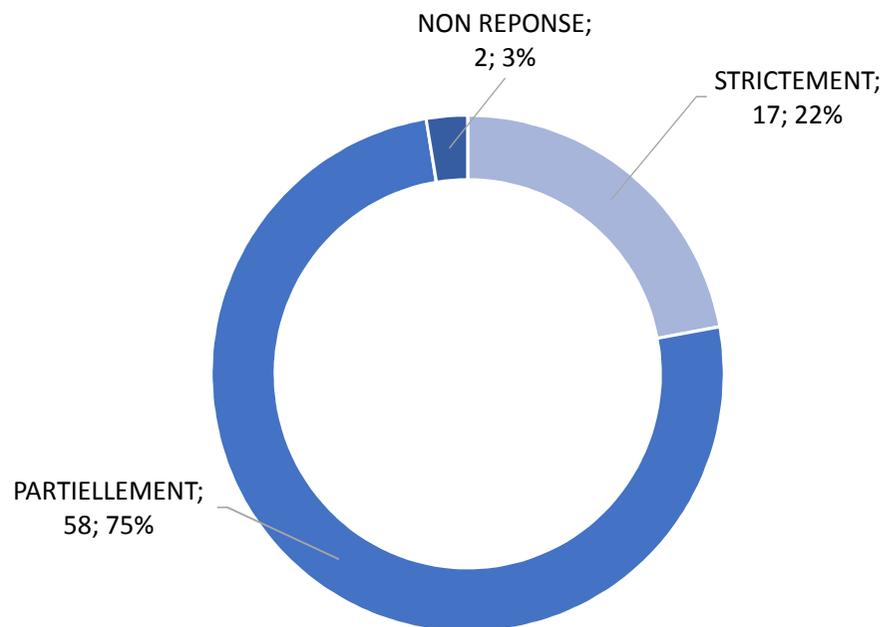
- Présentés de manière anonyme
- Découpés en 15 points

## 1 - Avez-vous mis en application le nouvel article L.3222-5-1 du code de la santé publique dans votre établissement ?

Avez-vous mis en application le nouvel article L.3222-5-1 du code de la santé publique dans votre établissement ?



Si « oui », strictement ou partiellement ?





## 1 - Avez-vous mis en application le nouvel article L.3222-5-1 du code de la santé publique dans votre établissement ? Précision pour les applications partielles.

### Adaptations concernant les durées d'isolement et de contention :

- Bien que 10 établissements pour l'isolement et 17 pour la contention précisent respecter les durées de décision prévues par la loi, ils affirment pour autant ne pas appliquer strictement le nouvel article.
- 11 établissements témoignent de la complexité de respecter ces durées et précisent « faire au mieux » tout en faisant preuve d'une certaine souplesse (patients vus si possible 2 fois par jour).
- 6 établissements soulignent qu'ils pratiquent peu la contention.
- 9 établissements ne procèdent pas à des renouvellements la nuit, 1 établissement explique faire intervenir si nécessaire le médecin généraliste de garde et 1 autre explique que les internes renouvellent la nuit mais que ce sont les psychiatres qui réalisent les certificats.
- 2 établissements insistent sur la difficulté à calculer les délais sur 15 jours et donc à repérer les situations nécessitant une information.
- 2 établissements précisent appliquer les recommandations de la HAS pour l'isolement : 12h en initial puis renouvellement de 24h.
- 1 établissement anticipe de 4h la transmission de l'information au JLD avant la durée maximum prévue.

### Autres adaptations :

- 4 établissements ne procèdent qu'à l'information auprès du JLD et 9 établissements précisent que cette information n'intervient pas nécessairement dans les délais strictement prévus et que des protocoles particuliers ont été négociés avec le JLD concernant le week-end et les jours fériés.
- 6 établissements en accord avec leur JLD sont en attente des textes d'application pour mettre en place le nouvel article à la lettre et 1 établissement explique qu'un protocole a simplement été mis en place pour gérer l'éventualité d'une saisine par un patient ou un tiers.
- 1 autre établissement précise que le JLD contrôle les mesures des patients concernés par le contrôle à 12 jours et 6 mois dans le cadre des SSC.
- 1 établissement explique organiser le respect du secret médical opposable au tiers en recueillant le consentement du patient à son admission.

**2 - En ce qui concerne l'information donnée au patient, à ses proches, au JLD et au procureur en cas de dépassement de la durée maximum d'isolement et de contention, qui délivre cette information ? Préciser le cas échéant si l'organisation est différente entre la journée, la nuit, le week-end et les jours fériés.**

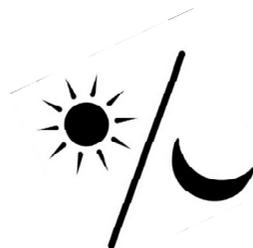
**A noter :**

- Les secrétariats médicaux interviennent quasiment toujours que ce soit pour la production ou l'envoi de l'information ou de l'avis médical.
- 9 établissements expliquent ne pas procéder à l'information la nuit et/ou les week-ends/jours fériés mais seulement en journée par : le psychiatre seul ou avec le bureau des admissions (BA) / le BA + l'équipe de soins / le bureau des soins sans consentement (BSSC). Des boîtes de dépôts sont parfois prévues la nuit pour gestion le lendemain.

**Pour 22 établissements l'information est réalisée sans distinction jour/nuit/week-end/jours fériés par :**

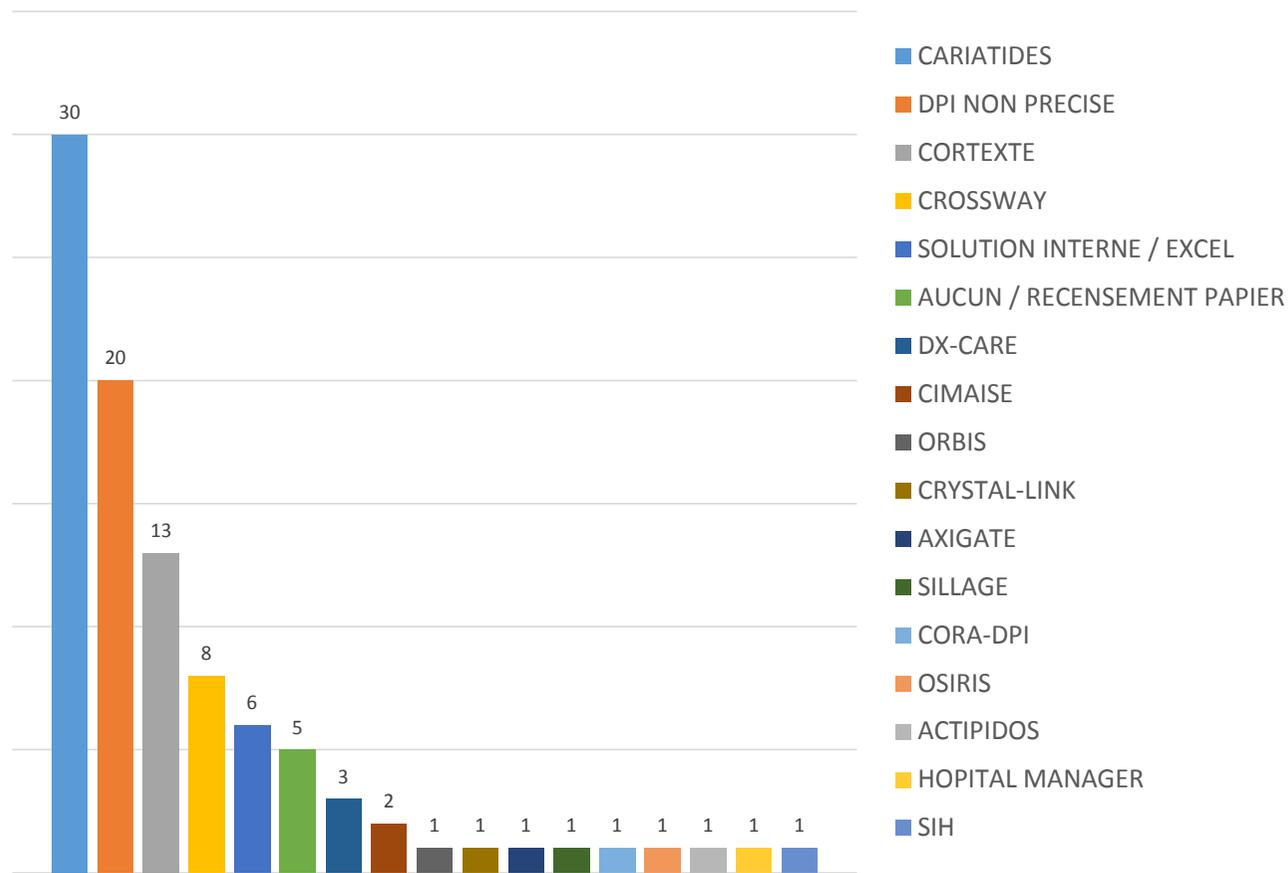
- Le psychiatre
- Le psychiatre + BA ou IDE ou CDS ou BSSC
- Les IDE et/ou le BA et/ou le CDS

**Pour 32 établissements l'information est réalisée en distinguant la journée et nuit/week-end/jours fériés**



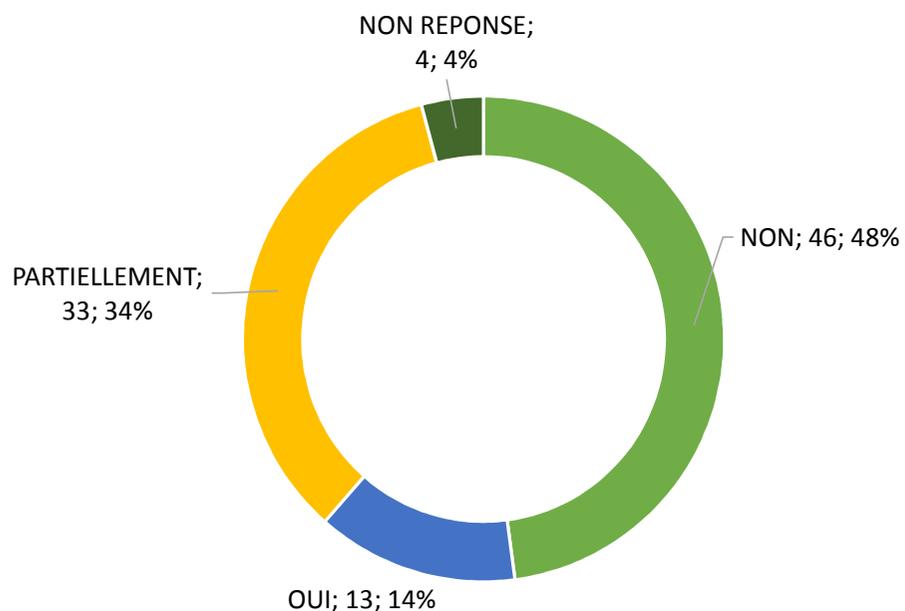
Jour	nuit/week-end/jours fériés
Psychiatre	Psychiatre / interne / CDS de garde ou Bureau des soins infirmiers / IDE régulateur
Psychiatre + BA	BA ou psychiatre / interne / directeur / CDS de garde
Psychiatre + BA ou BL ou BSSC	Psychiatre / interne / BSSC / CDS / directeur de garde ou standard
Psychiatre + IDE coordonnateur ou CDS	IDE ou psychiatre / directeur / CDS de garde
BA	Standard ou IDE ou psychiatre de garde

### 3 - Quel système d'information est utilisé par votre établissement pour recenser ces mesures ?



## 4 - Est-ce que votre système informatique est adapté pour venir en support de ces nouvelles obligations ? Et sinon quelles sont les évolutions souhaitées ?

Est-ce que votre système informatique est adapté pour venir en support de ces nouvelles obligations ?

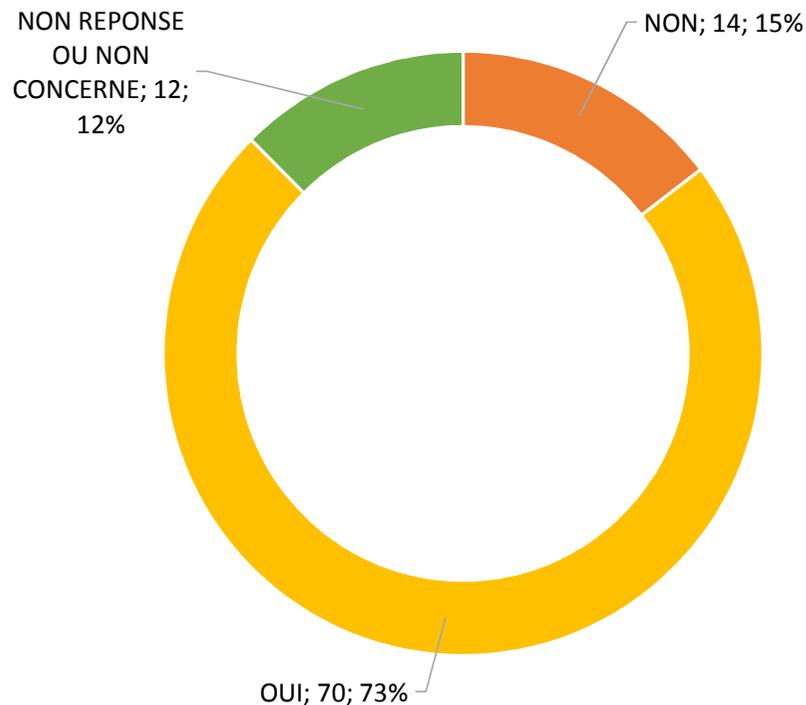


Évolutions souhaitées :

- Performance et respect réglementaire du calcul et cumul des délais
- Alerte et cadrage sur les dépassements des délais
- Maquettes courriers et certificats alimentés par des champs automatiques et en libre saisie
- Transfert automatisé des données vers les JLD
- Gestion automatisée de l'information aux tiers et au JLD
- Avoir une vision globale des chambres/salles d'isolement
- Générer des registres individualisés
- Créer des salles d'audience virtuelles avec le JLD
- Avoir un outil qui centralise toutes les fonctionnalités

## 5 - Des contacts ont-ils été pris avec l'éditeur du DPI ? Si oui, avec quels résultats ?

Des contacts ont-ils été pris avec l'éditeur du DPI ?



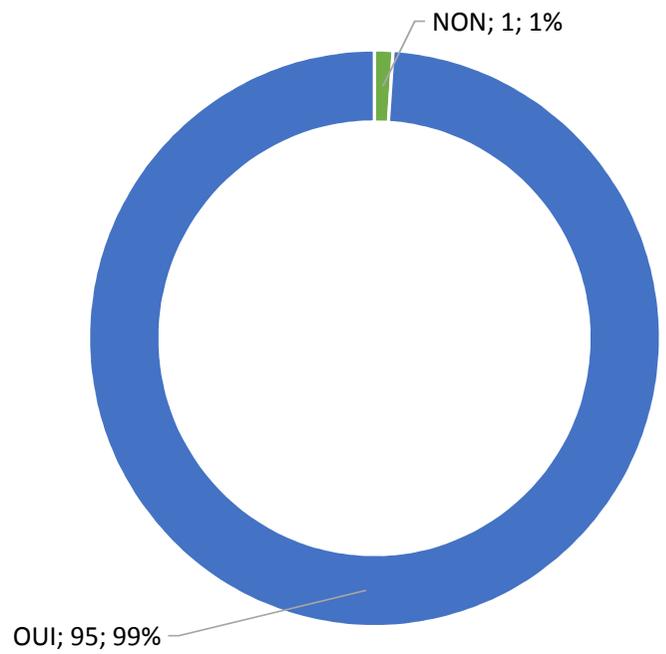
Résultats :

- Pour 11 établissements, pas de solutions concluantes proposées ou échec des mises à jour
- Pour 6 établissements, attente d'une nouvelle version de l'éditeur
- Pour 29 établissements, en attente de retours, des échanges ou phase de test sont en cours, voire des groupes de travail sont constitués avec l'éditeur
- Pour 3 établissements, des solutions partielles ont été proposées (alerte sur les délais) et d'autres sont en cours d'études
- Pour 9 établissements, des solutions concluantes ont été proposées (alerte sur les délais + aide à la transmission des infos au JLD)

**A noter :**

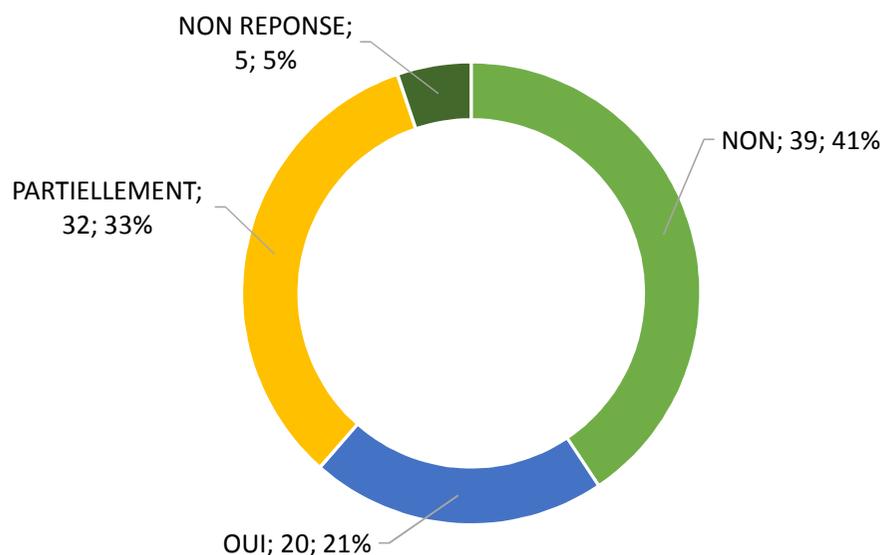
La DGOS en collaboration avec l'ATIH a constitué un groupe de travail afin de produire, en principe cette année, un cahier des charges à destination des éditeurs.

6 - Existe-t-il une astreinte ou une garde de psychiatre dans votre établissement ?



## 7 - Cette organisation est-elle adaptée pour répondre au nouveau dispositif prévu par la loi ? Est-il question d'apporter des modifications (mise en place d'une garde sur place, par exemple) pour répondre aux nouvelles obligations ?

Cette organisation est-elle adaptée pour répondre au nouveau dispositif prévu par la loi ?



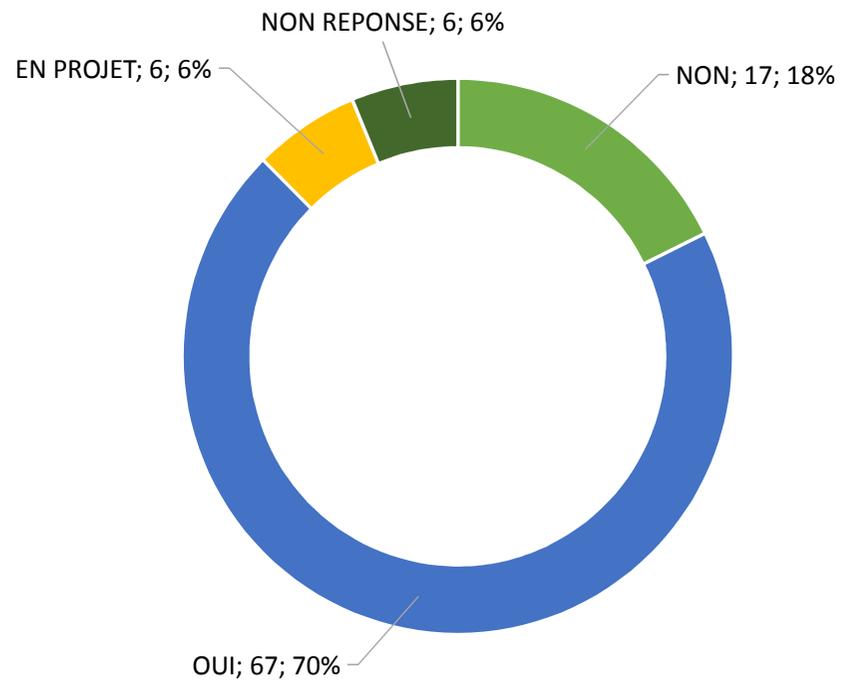
### Modifications envisagées :

- 11 établissements envisagent d'organiser une garde sur place ou une astreinte
- 2 établissements ont mis en place une garde sur place
- 8 établissements ont réorganisé la garde sur place ou le dispositif existant

### On note les freins suivants :

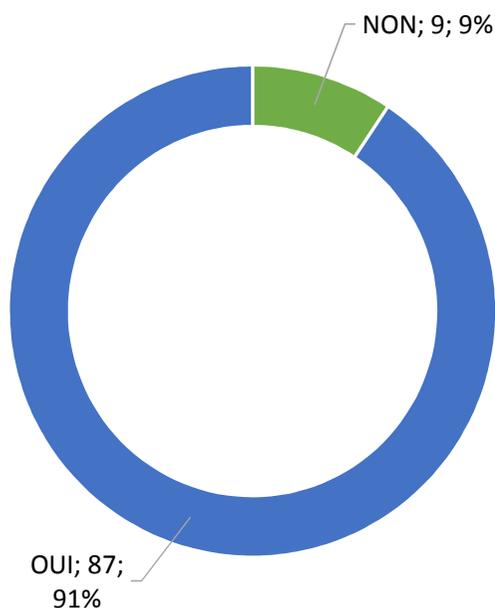
- 16 fois « manque d'effectifs médicaux ou administratifs »
- 6 fois « manque de moyens financiers »
- 7 fois « perte d'attractivité des postes médicaux »

## 8 - Est-il prévu ou déjà effectif d'organiser une astreinte administrative ?



**9 - Avez-vous eu une concertation avec le JLD qui supervise votre établissement ? Si « oui », pouvez-vous synthétiser en quelques mots l'état d'esprit de ce magistrat vis-à-vis de son nouveau rôle ?**

**Avez-vous eu une concertation avec le JLD qui supervise votre établissement ?**



Pour 43 établissements :  
En recherche de consensus, conciliant avec les établissements et en co construction pour arriver à une application de la loi permettant de concilier les contraintes de moyens pour nos deux administrations

Pour 13 établissements :  
Volonté d'une application rapide et stricte de la loi mais tout en comprenant les difficultés des structures hospitalières, et seulement 2 établissements parmi eux témoignent d'une complexité de dialogue avec leur JLD

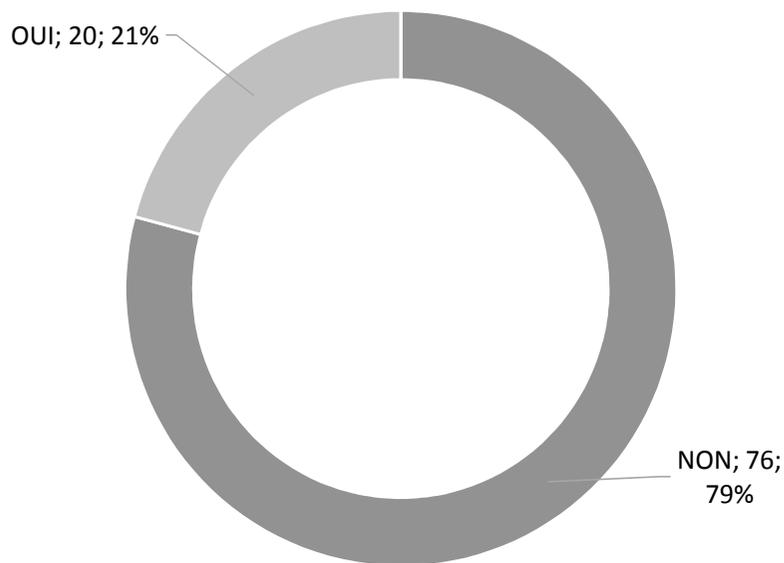


Pour 17 établissements :  
Position d'attente jusqu'à la parution du décret

Pour 17 établissements :  
Perplexité face à la capacité de tenir le rôle de contrôle que la loi leur attribue faute de moyens humains

**10 - Avez-vous déjà eu des recours présentés au JLD dans ce cadre ? Si « oui », combien (préciser l'origine du recours) ? Décisions rendues et nombre de mains levées ?**

**Avez-vous déjà eu des recours présentés au JLD dans ce cadre ?**

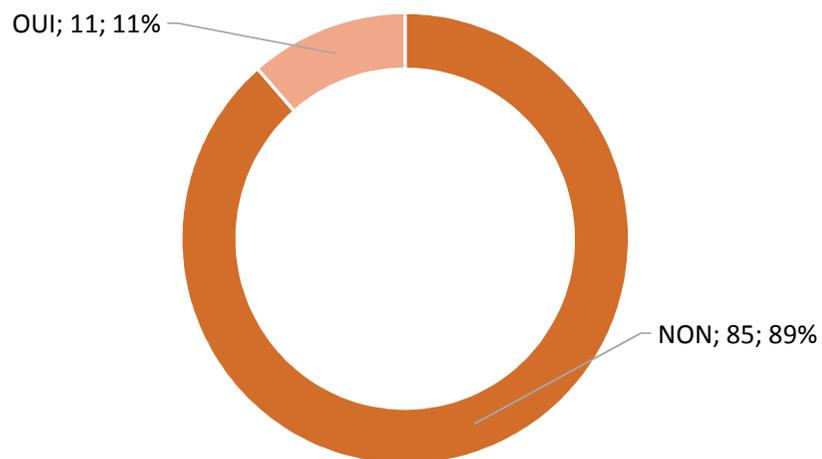


**Si « oui », combien de fois et suites données ? Parmi les 20 :**

Nombre d'établissements	Nombre et origine des recours	Suites données
2	Pas de précisions	
6	1 recours patient	5 sans suites / 1 mise en attente par JLD faute de décret
1	1 recours tiers	Sans objet car la mesure était terminée
3	2 recours patient	Sans suites (dont 2 sans objet car la mesure était terminée)
2	2 recours avocat	Sans suites ( dont 2 rejetées en appel)
1	3 recours patient	3 mains levées
1	4 recours patient	2 sans suites / 2 mises en attente par JLD faute de décret
2	5 recours patient	Sans suites
1	8 recours patient	Sans suites
1	45 recours patient + 1 recours tiers	12 mains levées (dont 1 en appel)

## 11 - Le JLD s'est-il déjà autosaisi ? Si « oui », combien de fois ? Décisions rendues et nombre de mains levées ?

Le JLD s'est-il déjà autosaisi ?



Si « oui », combien de fois et suites données ?  
Parmi les 11 :

Nombre d'établissements	Nombre d'autosaisines	Suites données
1	Pas de précisions	
8	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 ne précise pas</li> <li>- 3 sans suites</li> <li>- 4 mains levées</li> </ul>
1	4	Pas de précisions sur les suites données
1	« Nombreuses »	Main levée systématique

## 12 - Pouvez-vous décrire en quelques mots l'état d'esprit du corps médical de votre établissement par rapport à ce nouveau dispositif ?

Forte perte d'attractivité des structures publiques qui incite à prendre sa retraite plus vite ou envisager un départ vers le privé

Sentiment d'un manque de considération et d'une stigmatisation des psychiatres

Lassitude, mécontentement et fatalisme

Grandes inquiétudes face à la capacité d'assurer la permanence des soins

Dispositif chronophage et compliqué à mettre en œuvre qui sera contre productif compte tenu de l'objectif de réduction de ces pratiques



Volontaire pour développer des alternatives

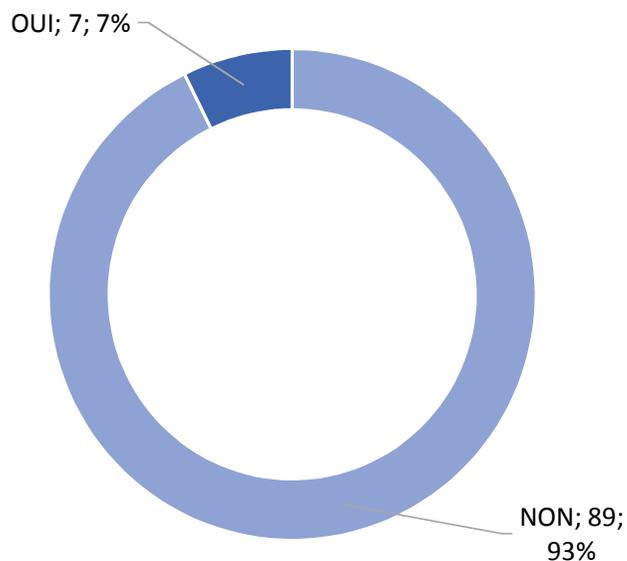
La lourdeur du dispositif entraîne une réticence face à l'application de la réforme dont le bien fondé est pourtant reconnu

Incompréhension face au manque de moyens pour appliquer la réforme comme pour développer des alternatives

Il apparaît évident que le nouveau dispositif a été construit en méconnaissance ou sans considération des réalités du terrain

### 13 - Avez-vous déjà des démissions ou des menaces de démission ? Si « oui », combien ?

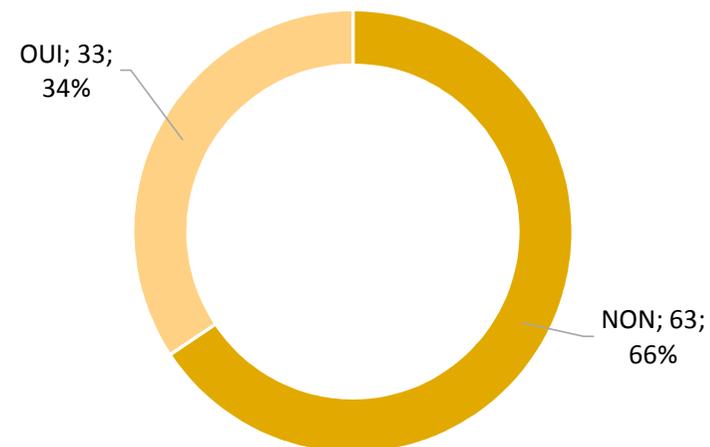
**Avez-vous déjà des démissions ?**



**Si « oui », combien ? Parmi les 7 recensés :**

- En moyenne 3 départs
- Principalement du personnel médical
- 2 établissements précisent que ce n'est pas uniquement dû à cette réforme mais que la charge de travail induite est une des raisons principales

**Avez-vous des menaces de démission du fait de ce nouveau dispositif ?**

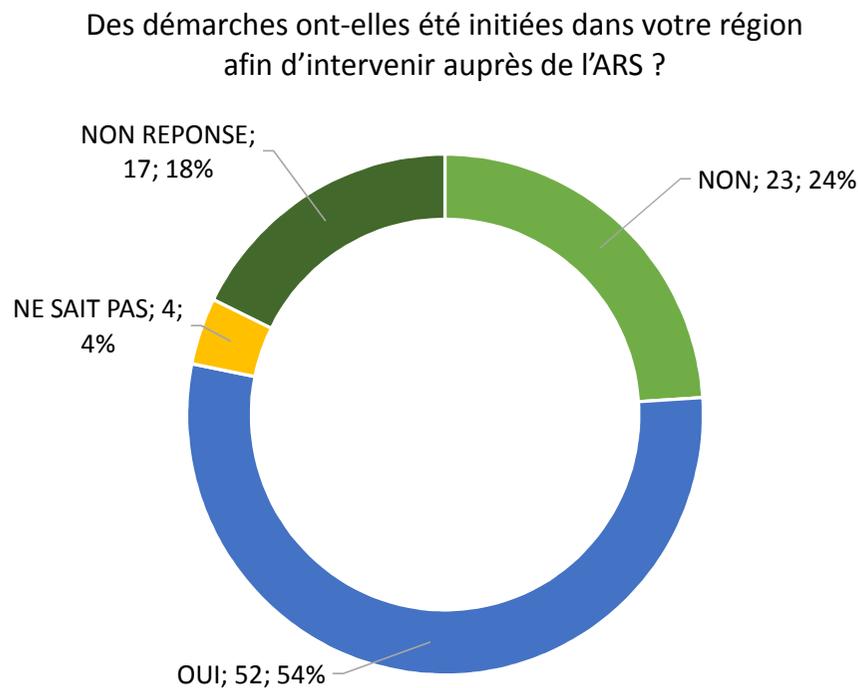


**On retient les expressions :**

- « Lassitude »
- « Tensions »
- « Perte d'attractivité du service public hospitalier »



## 14 - Des démarches ont-elles été initiées dans votre région afin d'intervenir auprès de l'ARS ? Si oui, quels types de démarches ?



### Types de démarches recensées parmi les 52 « OUI » :

- Courriers, lettres ouvertes et pétitions
- Alertes communes AdESM / FHF / Conférence PCME de CHS / Syndicats de psychiatres
- Alertes sur le financement en demandant des moyens concrets
- Sollicitation pour la création de groupes de réflexion et partage des protocoles
- Motions des CME d'établissement

## 15 – En conclusion, voici la synthèse des remarques ajoutées en fin de questionnaire :

### Ressenti :

- Démotivation des équipes face à une situation kafkaïenne de répétition ;
- Absurdité de la mesure, dispositif mal pensé
- Discrédit, défiance ;
- On fait déjà au mieux avec les moyens que nous avons
- Décalage entre l'objectif poursuivi qui est bon et la méthode pour l'atteindre, déconnexion par rapport à la réalité, une réglementation contreproductive ;
- Procédures plus administratives que protectrices, difficiles à appliquer ;
- Le Ségur fait référence à la confiance et à la simplification, on en est loin ;
- Une sorte de punition pour nous pousser à moins prescrire d'isolement et de contention sans aucune nouvelle alternative ;
- Recours systématique au juge contreproductif, extrême judiciaire ;
- Altération du lien de confiance avec les familles.

### Organisation et moyens disponibles :

- Effectifs médicaux insuffisants ;
- Exode des psychiatres vers le secteur libéral, le glas de la psychiatrie publique ;
- Locaux inadaptés ;
- Comment la justice va-t-elle pouvoir absorber une telle charge ?
- Aide financière nécessaire pour des renforts et des formations ;
- Adaptation des logiciels informatiques ;
- Organisation logistique de la saisine et de l'audience compliquée.

## 15 – En conclusion, voici la synthèse des remarques ajoutées en fin de questionnaire (suite) :

### **Problématique juridique :**

- Risque de rupture du secret médical dans l'information des proches sans accord du patient ;
- Incompréhension entre le rôle du psychiatre et celui du directeur ;
- Problématique des détenus ;
- Jugements rendus au fil de la semaine par des magistrats parfois non au fait de la problématique ;
- Situation des mineurs et des patients chroniques ;
- Quid de la gestion des situations en cas de levée de la mesure par le JLD si la dangerosité du patient existe encore, sécurité des autres patients et du personnel, le JLD invalide de fait la prescription médicale mais il ne la remplace par rien ;
- Risque d'interférence avec la prise en charge thérapeutique.

### **Propositions :**

- Obligation de retour d'expérience après chaque mesure pour voir si et comment elle aurait pu être évitée ;
- Publication et comparaison de données entre les établissements ;
- Incitation financière à la diminution ;
- Mission d'inspection dans les établissements qui présenteraient des taux élevés ;
- Formation des équipes à la désescalade ;
- Importance du développement des lieux d'apaisement.