

CGLPL

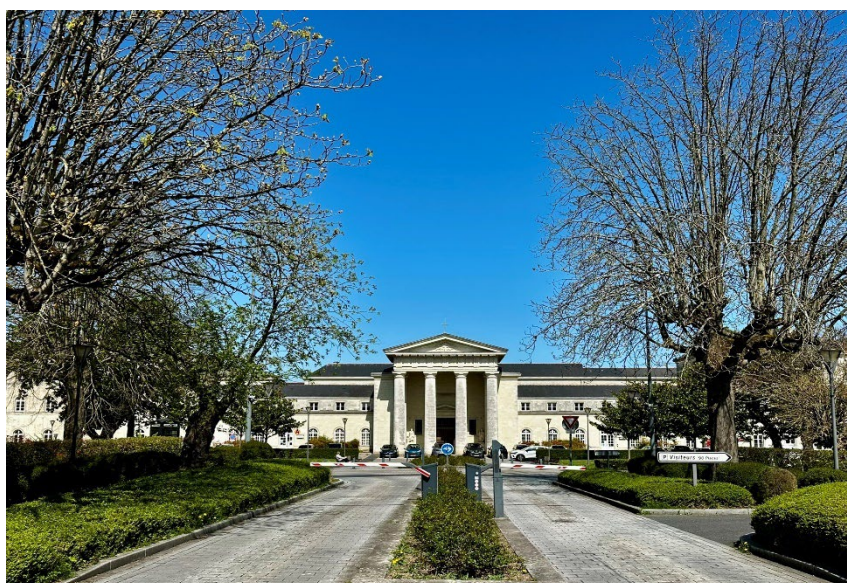
CONTRÔLEUR | GÉNÉRAL
DES | LIEUX | DE
PRIVATION | DE | LIBERTÉ

Rapport de visite :

31 mars au 9 avril 2025 - 2^{ème} visite

Centre hospitalier
universitaire Saint-Jacques
de Nantes

(Loire-Atlantique)



SYNTHESE

Sept contrôleurs et un stagiaire de l'École nationale de magistrature ont réalisé la deuxième visite, annoncée à la direction, de l'hôpital Saint-Jacques relevant du centre-hospitalier universitaire (CHU) de Nantes, du 31 mars au 9 avril. La première visite de contrôle avait été effectuée en 2012¹.

Le site Saint-Jacques regroupe la majeure partie des activités psychiatriques : les unités d'hospitalisation, les unités intersectorielles, une unité de médiations thérapeutiques. Les services des urgences somatiques et psychiatriques sont situés à moins de 3 km à l'Hôtel-Dieu, autre établissement relevant du CHU.

Le département de Loire-Atlantique comprend 13 secteurs de psychiatrie adulte et 5 de pédopsychiatrie. Cinq secteurs adultes et deux de pédopsychiatrie relèvent du CHU de Nantes. Les secteurs de compétence du CHU couvrent plus du tiers du territoire de la Loire-Atlantique et répondent aux besoins d'une population essentiellement urbaine d'environ 1 500 000 habitants.

Au total, 199 lits de psychiatrie adulte sont répartis au sein de 10 unités d'hospitalisation à temps plein. Cinq d'entre elles sont des unités ouvertes de 15 à 29 lits, les cinq autres, fermées, disposent d'une capacité de 14 ou 15 lits. Le taux d'occupation constaté est de 95 % sur l'ensemble de la structure. Les effectifs soignants et médicaux, hormis en pédopsychiatrie, paraissent adaptés à l'activité.

L'organisation de l'offre de soins de l'hospitalisation à temps complet dans le département ne répond plus aux besoins de la population. Le site Saint-Jacques accueille des patients relevant d'autres secteurs que les siens, impliquant à court terme des risques d'insuffisance de la capacité d'accueil, de sureffectif de patients et l'hospitalisation croissante de mineurs dans des unités pour adultes.

Cette situation suscite des atteintes graves aux droits fondamentaux des patients. Faut d'unité de pédopsychiatrie, la prise en charge des patients mineurs n'est pas strictement distincte de celle des adultes. 80 % des mineurs sont hospitalisés en unité fermée, au contact d'adultes en situation clinique de crise ou non stabilisés ce qui accentue le traumatisme de l'enfant. Les dossiers d'hospitalisation des mineurs sont fréquemment non conformes à la réglementation en raison du manque de signature du deuxième parent ou, pour les enfants placés par l'aide sociale à l'enfance, de l'absence d'une ordonnance de placement provisoire du juge des enfants. La prise en charge médicale est également défailante, aucun pédopsychiatre n'intervenant au quotidien dans ces unités.

L'établissement s'est très insuffisamment saisi des dispositions de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique. Les pratiques d'isolement et de contention sont réalisées dans des proportions excédant significativement la moyenne nationale, dans des espaces qui ne respectent pas l'intimité et, régulièrement, de manière illégale. Alors que l'isolement et la contention doivent être des pratiques de dernier recours, l'établissement est suréquipé en chambres d'isolement. Leur nombre est accru de celui des chambres sécurisées pour atteindre un taux d'équipement en espaces d'isolement de 20 % dans les unités fermées. Le respect des procédures n'est pas garanti, les renouvellements étant parfois décidés sans examen par un médecin de plein exercice. Des espaces d'apaisement créés dans chaque unité, avec peu de formations accompagnant leur usage, sont de fait peu investis par les

¹ [CGLPL, Rapport de visite du centre hospitalier universitaire Saint-Jacques de Nantes, août 2012](#) (en ligne).

patients et les soignants. Les placements des mineurs en chambre d'isolement ou sécurisées, justifiés de façon inappropriée par leur vulnérabilité, sont fréquents, illégaux lorsqu'ils concernent des patients en soins libres, et toujours contraires à leur intérêt supérieur. La transformation de la mesure de soins libres en soins à la demande du représentant de l'Etat aggrave la situation du mineur, au motif d'une inscription automatique dans le fichier Hopsyweb.

Les droits des patients hospitalisés en soins sans consentement ne sont pas toujours respectés. Les certificats médicaux qui fondent les décisions du directeur et du préfet ne sont pas systématiquement remis. Les voies de recours sont notifiées mais pas l'ensemble des droits des patients auxquels les soignants sont insuffisamment formés pour renseigner utilement les patients.

Des pratiques sécuritaires excessives sont mises en œuvre. Les patients hospitalisés en soins libres se voient imposer des permissions de sortie pour quitter l'unité ou font l'objet de déclarations de fugue auprès de la police en cas de départ spontané du service. Ceux hospitalisés en soins sans consentement sont soumis à des autorisations médicales et à l'accord du préfet dès la sortie de l'unité, y compris pour se rendre au rez-de-chaussée du bâtiment. Les nombreux refus du préfet, fondés seulement sur la nécessité de maintien de l'ordre public sans prise en compte de l'évolution clinique du patient, ont été signalés dans toutes les unités. Ils mettent en difficulté l'accès aux soins que constituent les activités thérapeutiques et les projets de préparation à la sortie. Enfin, un dispositif sécuritaire conséquent, associant un parc de caméras de vidéosurveillance, une équipe de sécurité et une équipe de sûreté pouvant intervenir dans les unités, se trouve peu compatible avec l'exercice professionnel attendu d'un établissement sanitaire.

Les équipes médicales et soignantes du service d'accueil des urgences psychiatriques et des unités de soins, impliquées et bientraitantes, assurent une prise en charge de qualité. Toutefois, des atteintes à la dignité des patients persistent, notamment lorsque ces derniers doivent attendre, parfois placés sous contention sur des brancards ou durant plusieurs jours, qu'une chambre se libère ou encore lorsque leur orientation en unité dépend davantage de leur statut juridique que de leur état clinique. L'absence d'une réévaluation systématique du patient par un médecin psychiatre à son arrivée dans l'unité empêche de tenir compte de l'évolution de son état clinique depuis sa prise en charge aux urgences et de réexaminer la pertinence d'une première orientation en chambre d'isolement. En outre, les patients pris en charge aux urgences ne font pas l'objet d'une évaluation somatique systématique. En revanche, la désignation d'un généraliste référent par unité, sa participation aux réunions cliniques et la richesse du plateau technique du CHU contribuent à la qualité de la prise en charge. Le temps de présence des généralistes dans les unités ne leur permet pas toutefois de remplir toutes leurs missions. De plus, la conciliation médicamenteuse n'est pas assurée par les pharmaciens.

Les restrictions à la vie quotidienne sont rares dans la très grande majorité des unités, les patients peuvent garder leurs effets personnels, les liens familiaux sont préservés et un livret d'accueil les informe des règles internes à l'hospitalisation. Les locaux sont confortables, propres et fonctionnels. Un accès à un espace extérieur autre qu'un fumoir grillagé fait défaut dans certaines unités situées en étage. Les chambres ne sont pas équipées de boutons d'appel. La présence d'un hublot sur les portes ne garantit pas le respect de l'intimité des patients.

Le rapport provisoire rédigé à l'issue de cette visite a été adressé le 28 août 2025 à la direction du CHU, aux autorités judiciaires, au préfet et à l'agence régionale de santé. La direction du CHU et l'ARS ont émis des observations respectivement les 25 et 24 septembre 2025, intégrées au présent rapport définitif à destination des ministres compétents.

SOMMAIRE

Bonnes pratiques : Ces pratiques originales qui sont de nature à favoriser le respect des droits des personnes privées de liberté peuvent servir de modèle à d'autres établissements comparables. L'administration est invitée à mettre en œuvre toute mesure utile (circulaire, guide technique, formation, etc.) pour les faire connaître et imiter.

Recommandations : Ces recommandations justifient un suivi par le ministre qui exerce l'autorité ou la tutelle sur l'établissement visité. Trois ans après la visite, ce ministre sera interrogé par le CGLPL sur les suites données à ces recommandations.

SYNTHESE	3
SOMMAIRE.....	7
RAPPORT.....	13
1. CONDITIONS DE LA VISITE.....	13
2. OBSERVATIONS DE LA VISITE PRECEDENTE	15
3. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	16
3.1. L'hôpital Saint-Jacques, établissement pivot du département, ne dispose pas d'une offre suffisante pour répondre aux besoins en pédopsychiatrie	16
Recommandation 1 :	18
L'agence régionale de santé des Pays de la Loire doit garantir le droit d'accès aux soins de psychiatrie générale et de pédopsychiatrie aux patients ligériens. L'établissement doit garantir le recrutement de pédopsychiatres et bénéficier d'une ressource de lits d'hospitalisation à temps complet répondant aux besoins.	
3.2. Le budget du pôle de psychiatrie consacre un faible montant aux activités thérapeutiques.....	21
Recommandation 2 :	22
La répartition des budgets alloués aux unités doit garantir un accès équitable et varié aux activités pour tous les patients.	
3.3. Les effectifs sont globalement satisfaisants mais le plan de formation est insuffisamment orienté vers les droits des patients.....	22
Recommandation 3 :	26
Chaque soignant doit bénéficier d'une formation sur les droits des patients hospitalisés en soins sans consentement, à la prévention des situations de crise et aux alternatives aux pratiques d'isolement et de contention.	
3.4. L'établissement porte une attention particulière au traitement des événements indésirables	26
Recommandation 4 :	28
Aucune fiche signalétique concernant des patients en soins libres ou en soins à la demande du directeur d'établissement ne doit être transmise au service de police en l'absence d'infraction ou de violation d'obligations particulières.	
3.5. Le comité d'éthique est actif	29
4. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT	30
4.1. L'unité d'accueil des urgences se trouve confrontée à l'insuffisance croissante des lits, notamment pédopsychiatriques.....	30

Recommandation 5 : 31

Il doit être mis fin à des pratiques conduisant à des hospitalisations arbitraires : les décisions d'admission en soins sans consentement et les certificats médicaux qui les fondent doivent être pris dans les délais légaux.

Recommandation 6 : 32

Les patients à présentation psychiatrique doivent bénéficier, en tant que de besoin, d'un examen clinique somatique et de la réalisation de tous les examens complémentaires sanguins et d'imagerie nécessaires lors de leur prise en charge dans le service d'accueil des urgences psychiatriques du centre hospitalo-universitaire.

Recommandation 7 : 34

Tout patient faisant l'objet d'une indication d'isolement ou de contention lors de son évaluation dans l'unité d'accueil des urgences psychiatriques doit être réévalué cliniquement par un psychiatre sénior dès son arrivée dans l'unité d'hospitalisation à temps complet, afin de statuer sur la pertinence du maintien des mesures coercitives.

4.2. La gestion des lits est tendue et le taux des mesures prises selon les procédures dérogatoires anormalement élevé 35

Recommandation 8 : 36

Le recours aux procédures dérogatoires que constituent les soins pour péril imminent et les soins à la demande d'un tiers en urgence doit rester exceptionnel.

4.3. L'information des patients, disparate selon les unités, est insuffisante..... 36

Recommandation 9 : 36

L'établissement doit éditer un livret d'accueil spécifique à la psychiatrie actualisé. Toutes les unités doivent délivrer un livret d'information complet et actualisé.

Recommandation 10 : 37

Les décisions portant admission en soins sans consentement et prolongation de tels soins doivent être motivées, afin de permettre au patient de connaître à leur seule lecture les raisons à l'origine de la mesure. Les certificats médicaux qui fondent ces décisions doivent y être joints et portés à la connaissance du patient. La liste des droits mentionnés dans l'article L. 3211-3 du code de la santé publique doit être remise.

Le médecin doit recueillir et consigner les observations du patient lors de la décision d'admission en soins sans consentement comme lors de toute modification concernant sa prise en charge et en faire mention dans les certificats médicaux.

5. LES CONDITIONS DE VIE 38

5.1. Les conditions d'hébergement sont de qualité mais ne garantissent pas toujours l'intimité du patient ni un accès extérieur 38

Recommandation 11 : 39

Tous les patients doivent bénéficier de conditions d'hébergement respectueuses de leur dignité et garantissant leur sécurité. Ils doivent pouvoir accéder à des espaces extérieurs végétalisés et disposer d'un système d'appel pour solliciter le personnel en cas de besoin. Les portes des chambres doivent garantir leur intimité, les hublots sont à proscrire.

5.2. L'hygiène est correctement assurée mais tous les patients ne peuvent pas entretenir leur linge aisément..... 40

5.3. Les biens du patient sont protégés..... 40

5.4. La qualité de la restauration est critiquée dans les unités	41
6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES	43
6.1. Tous les patients des unités fermées, même en soins libres, doivent obtenir une autorisation médicale préalablement à toute sortie	43
Recommandation 12 :	44
Le principe de libre circulation des patients au sein de l'établissement doit prévaloir pour tous les patients et ne peut être restreint que pour des raisons directement liées à leur état clinique. Aucun refus préfectoral ne doit entraver la qualité des soins dispensés, en s'opposant à l'octroi de permissions de sortie des unités dans l'enceinte de l'établissement, pour des motifs sécuritaires et systématiques.	
Recommandation 13 :	45
Les mesures de sécurité doivent être strictement proportionnées au risque présenté par les patients. Les agents de sécurité ne doivent pas intervenir physiquement auprès des patients, sauf en cas de danger immédiat et en dernier recours, et toujours sous la supervision du personnel soignant.	
6.2. Les restrictions de la vie quotidienne sont mesurées	46
6.3. Les liens avec l'extérieur sont préservés mais la confidentialité n'est pas toujours assurée.....	47
Recommandation 14 :	47
Les patients doivent disposer librement de leur téléphone personnel, les exceptions ne pouvant être justifiées que par l'état clinique du patient.	
Recommandation 15 :	48
Le dossier du patient doit être vérifié systématiquement par le standard avant une mise en relation ou un renseignement fourni aux proches.	
6.4. L'exercice du droit de vote est organisé <i>a minima</i>	49
6.5. L'accès aux cultes est assuré.....	49
6.6. La vie affective et sexuelle est peu prise en compte.....	49
Recommandation 16 :	50
La vie affective et sexuelle des patients doit être prise en compte et faire l'objet d'une réflexion institutionnelle. Les personnes privées de liberté conservent, au titre de leur droit à la vie privée, leur liberté sexuelle. Elle doit pouvoir s'exercer dans des lieux qui respectent la dignité.	
7. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION	51
7.1. Les chambres d'isolement ne respectent pas l'intimité du patient	51
Recommandation 17 :	53
La sécurité des patients ne saurait justifier des dispositifs intrusifs permettant de visualiser les sanitaires. Les chambres doivent comporter des toilettes avec abattant et lunette, un dispositif d'appel fonctionnel et accessible à tout moment, des repères temporels visibles, ainsi qu'un mobilier permettant de prendre les repas dans des conditions adaptées. En cas d'isolement, le patient doit pouvoir accéder à l'air libre et disposer, selon son état, d'une autonomie sur l'éclairage et sur l'ouverture de la fenêtre et des volets.	
Recommandation 18 :	53
Un patient isolé ou contenu doit l'être dans un espace spécifiquement adapté, distinct de sa chambre hôtelière. Les chambres sécurisées de toutes les unités,	

indûment comptées dans le capacitaire, ne présentent aucune garantie de sécurité ni pour les soignants ni pour le patient et doivent immédiatement être réhabilitées en chambre hôtelière.

7.2. Les mesures d'isolement et de contentions sont nombreuses et régulièrement illégales..... 54

Recommandation 19 :.....55

Toute décision d'isolement ou de contention, comme de leur renouvellement, doit être prise par un psychiatre après évaluation du patient. Chaque patient doit bénéficier de deux évaluations médicales par 24 heures en cas d'isolement et de deux évaluations par 12 heures en cas de contention.

Recommandation 20 :.....56

La chambre hôtelière doit être conservée afin que le patient puisse en disposer à l'issue de la mesure sans prolongation injustifiée de celle-ci. Le port du pyjama hospitalier doit être individualisé et adapté à l'état clinique, plutôt que systématique.

Recommandation 21 :.....57

Toutes les mesures d'isolement et de contention doivent être tracées. Le registre des décisions d'isolement et de contention doit respecter les dispositions légales et permettre une utilisation statistique pertinente.

7.3. Les mesures alternatives sont sous-investies et l'analyse de la pratique de l'isolement et de la contention est insuffisante..... 58

Recommandation 22 :.....59

Un outil doit être mis en place pour quantifier l'impact des espaces d'apaisement sur le nombre de mesures d'isolement et de contention ainsi que sur la durée de celles-ci.

Recommandation 23 :.....59

L'établissement doit inscrire dans son projet d'établissement et dans le projet médico-soignant l'objectif d'un recours adapté aux mesures d'isolement et de contention, et décrire les moyens mis en œuvre pour y parvenir. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement doit comporter des indicateurs spécifiques des pratiques d'isolement et de contention.

Le registre d'isolement et de contention doit faire l'objet d'une analyse trimestrielle accompagnée d'une discussion pluridisciplinaire au sein de chaque unité pour permettre de réduire le recours à ces pratiques. Le rapport annuel doit présenter les actions ayant pour objectif une réduction des mesures et décrire les moyens mis en œuvre.

8. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS 62

8.1. La commission départementale des soins psychiatriques remplit ses missions de contrôle 62

8.2. Les représentants des usagers sont associés à la vie de l'établissement..... 62

8.3. Le registre de la loi ne comporte pas toutes les mentions légales 63

Recommandation 24 :.....64

Les dates de délivrance des informations mentionnées aux alinéas a) et b) de l'article L. 3211-3 du code de la santé publique et, le cas échéant, la mention de la décision de mise sous tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice doivent figurer dans le registre de la loi.

	Recommandation 25 :	65
	Conformément aux dispositions du code de la santé publique, le représentant de l'État dans le département, le président du tribunal judiciaire et le maire de la commune, ou leurs représentants, doivent visiter l'établissement chaque année.	
8.4.	L'organisation mise en place par l'établissement et le tribunal garantit l'accès au juge	65
9.	LES SOINS	68
9.1.	Les patients hospitalisés bénéficient insuffisamment de certains des outils de soins psychiatriques diversifiés de l'établissement	68
	Recommandation 26 :	69
	Les patients hospitalisés doivent bénéficier d'une information systématique concernant l'existence du centre de référence en soins d'éducation thérapeutique et de remédiation cognitive et bénéficier largement des prises en charge proposées.	
	Recommandation 27 :	70
	Les patients doivent bénéficier d'une cafétéria conviviale quotidiennement accessible dans le bâtiment de psychiatrie, proposant des boissons, des aliments et des produits de première nécessité dont le tarif est compatible avec les revenus de ceux percevant une allocation adulte handicapé.	
	Recommandation 28 :	72
	Les patients de toutes les unités doivent, dans le cadre de leur contrat de soins, bénéficier d'activités de psychothérapie régulières et diversifiées et d'un accès à des sorties vers l'unité de médiation thérapeutique et le parc.	
	Recommandation 29 :	73
	Les patients hospitalisés doivent bénéficier d'une procédure de conciliation médicamenteuse d'entrée et de sortie et du contrôle pharmaceutique systématique des prescriptions médicamenteuses dont ils font l'objet.	
9.2.	Le temps de présence des généralistes dans les unités est insuffisant pour assurer pleinement les soins somatiques.....	73
	Recommandation 30 :	74
	Les patients doivent bénéficier d'évaluations, de suivis et de traitements somatiques répondant à leurs besoins et dispensés par un effectif adapté de médecins généralistes dans les unités de psychiatrie. Ils doivent également bénéficier de toute prise en charge hospitalière à temps complet nécessaire dans les services somatiques spécialisés, sans aucune forme de discrimination.	
9.3.	La sortie d'hospitalisation se heurte à un manque de places dans les structures d'aval et, pour les SDRE, à une politique restrictive du préfet	75
	Recommandation 31 :	78
9.4.	La recherche du consentement dans les soins guide la majorité des pratiques mais les outils d'appui sont insuffisamment déployés.....	78
	Recommandation 32 :	79
	Les soignants doivent connaître le rôle de la personne de confiance, laquelle doit être systématiquement contactée pour accepter sa désignation, contresigner le formulaire <i>ad hoc</i> , et être associée aux différentes étapes du projet de soins.	

Recommandation 33 : 79
L'établissement doit recruter des médiateurs de santé pairs et déployer la possibilité de rédiger des directives anticipées incitatives en psychiatrie.

Recommandation 34 : 79
Seul un médecin, après examen du patient et recherche de son consentement, peut décider, en dernier recours et selon la gravité de la situation clinique, de la nécessité d'une injection médicamenteuse non consentie, à réaliser en sa présence.

10. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES 80

10.1. Les mineurs sont hospitalisés dans les unités pour adultes et font l'objet de mesures d'isolement et de contention illégales..... 80

Recommandation 35 : 81
Les mineurs ne doivent pas être hospitalisés avec des adultes. Leur suivi doit s'exercer sous le contrôle étroit d'un médecin et d'une équipe formés spécifiquement à la pédopsychiatrie et dans des conditions garantissant leur protection contre toute forme de violence physique ou morale. Ils ne doivent pas être placés en chambre d'isolement pour leur sécurité en dehors de toute préconisation en lien avec leur état clinique, cela constitue un enfermement illégal et contraire à l'intérêt supérieur de l'enfant.

Recommandation 36 : 82
Toute admission à la demande des représentants légaux requiert une demande spécifique signée par les deux parents en cas d'autorité parentale conjointe. Si un seul parent en est titulaire, l'autre doit être informé, sauf décision judiciaire contraire. L'identité des titulaires de l'autorité parentale doit être systématiquement vérifiée, l'aide sociale à l'enfance ne pouvant se substituer qu'en vertu d'une ordonnance de placement provisoire ou d'un jugement de délégation. En cas de soins libres, le positionnement de l'adolescent doit être recherché et formalisé dès l'admission.

Recommandation 37 : 83
Les mesures d'isolement et de contention d'un mineur hospitalisé en soins libres sont dépourvues de base légale. La transformation de leur statut d'hospitalisation, de soins libres à soins sur décision du représentant de l'État, indépendamment de toute atteinte à l'ordre public dans le seul objectif de légitimer un placement à l'isolement, est illégale et stigmatisante. Considérant, en outre, que les mesures d'isolement et de contention sont contraires à l'intérêt supérieur de l'enfant, ces mesures doivent être proscrites.

Recommandation 38 : 83
Afin qu'aucun mineur ne demeure hospitalisé pour d'autres motifs que son état clinique, la direction de l'aide sociale à l'enfance doit impérativement concourir à la proposition de solutions de prises en charge adaptées aux mineurs protégés.

10.2. Les détenus sont souvent placés en chambre d'isolement même si leur état clinique ne le justifie pas..... 83

Rapport

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Contrôleurs :

- Valérie HAZET, cheffe de mission ;
- Caroline BELDA ;
- Clara BENHAMOU ;
- Agnès LAFAY ;
- Pierre LEVENE ;
- Bénédicte PIANA ;
- Julien STARKMAN ;
- Thibaut DAUMET, stagiaire.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, sept contrôleurs accompagnés d'un stagiaire ont effectué une visite du centre hospitalier universitaire Saint-Jacques de Nantes (département de Loire-Atlantique) du 31 mars au 9 avril 2025.

Il s'agissait d'une deuxième visite, un précédent contrôle ayant été réalisé du 20 au 24 août 2012².

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 31 mars à 14h00. Ils l'ont quitté le 9 avril à 14h30. La visite avait été annoncée la semaine précédente à la direction de l'établissement, à la directrice de cabinet du préfet de Loire-Atlantique, à l'agence régionale de santé (ARS) Pays de la Loire. Le président du tribunal judiciaire (TJ) de Nantes, le procureur de la République près ce tribunal ainsi que le bâtonnier de l'ordre des avocats de Nantes ont également été avisés de ce contrôle.

Dès leur arrivée, les contrôleurs ont été accueillis par le directeur général, le vice-président de la commission médicale de l'établissement (CME), le chef de pôle de psychiatrie et santé mentale et des représentants de chaque unité d'hospitalisation à temps complet.

Une salle de travail et un équipement en informatique regroupant l'ensemble des documents demandés ont été mis à leur disposition. Des affichettes signalant leur visite avaient été diffusées dans les unités.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir tant avec de nombreux patients qu'avec des membres du personnel de santé et des intervenants exerçant sur le site. Ils se sont rendus dans les services d'accueil des urgences psychiatriques et pédiatriques du site Hôtel-Dieu du centre hospitalier universitaire (CHU) de Nantes. Ils ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD) et se sont entretenus avec deux de ces magistrats.

² [CGLPL, Rapport de visite du centre hospitalier universitaire Saint-Jacques de Nantes, août 2012](#) (en ligne).

Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été avisées de la présence des contrôleurs et ont sollicité un entretien.

Une réunion de restitution a eu lieu, le 9 avril 2025, en présence des personnes qui avaient participé à la réunion de présentation, d'un représentant de l'ARS et de représentants des usagers.

Le rapport provisoire rédigé à l'issue de cette visite a été adressé le 28 août 2025 à la direction du CHU, aux autorités judiciaires, au préfet et à l'agence régionale de santé. La direction du CHU et l'ARS ont émis des observations respectivement les 25 et 24 septembre 2025, intégrées au présent rapport définitif à destination des ministres compétents.

2. OBSERVATIONS DE LA VISITE PRECEDENTE

La précédente visite du CGLPL réalisée en 2012 avait donné lieu à un ensemble de d'observations qui, du fait de leur ancienneté, n'offrent plus d'opportunité pertinente de comparaison. Les multiples évolutions législatives encadrant les soins sans consentement en psychiatrie ne permettent pas une analyse constructive des observations précédemment formulées.

3. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

3.1. L'HOPITAL SAINT-JACQUES, ETABLISSEMENT PIVOT DU DEPARTEMENT, NE DISPOSE PAS D'UNE OFFRE SUFFISANTE POUR REpondre AUX BESOINS EN PEDOPSYCHIATRIE

3.1.1. L'établissement et son environnement institutionnel

Le CHU constitue l'établissement support du groupement hospitalier de territoire (GHT) de Loire-Atlantique qui comprend 13 établissements hospitaliers et dessert un territoire d'environ 1 500 000 habitants³. Il est organisé en 12 pôles hospitalo-universitaires (PHU) selon une logique d'organe, de filière ou d'activité, et comprend neuf établissements⁴.

Les services du CHU sont destinés à l'accueil de 36 % de la population du département, issus de 5 des 13 secteurs de psychiatrie adulte, de 2 des 5 secteurs de psychiatrie enfant et adolescent, du service d'addictologie universitaire et du service médico-psychologique régional (SMPR) implanté au centre pénitentiaire de Nantes.

Au sein du CHU, le site de l'hôpital Saint-Jacques héberge le PHU 8 consacré exclusivement à la psychiatrie et à la santé mentale, et celui de l'Hôtel-Dieu comprend le service d'accueil des urgences (SAU) psychiatriques⁵ et le centre d'excellence thérapeutique de l'institut de psychiatrie (CETIP, cf. § 9.1.1).

Le site de Saint-Jacques, étendu sur 17 hectares au Sud de la ville de Nantes, regroupe également les services de rééducation fonctionnelle, de gériatrie et le plateau logistique du CHU. Il ne dispose pas d'une direction autonome, un directeur de site et une directrice des soins rattachés au pôle offre de soins assurent la direction de proximité du site. Les directions qualité, ressources humaines, budgétaires et immobilières relèvent de pôles distincts.

L'hôpital a été construit sur l'emplacement de l'ancien dépôt de mendicité de Saint-Jacques. L'ancien prieuré ainsi qu'un ensemble de bâtiments datant du 19^{ème} siècle sont toujours présents. Des bâtiments fonctionnels ont été construits en complément au fil des années. Les unités d'hospitalisation visitées sont toutes de construction récente.

3.1.2. L'organisation du pôle consacré à la psychiatrie et à la santé mentale

Les places d'hospitalisation à temps complet sont réparties entre cinq secteurs géographiques comprenant chacun une unité ouverte et une fermée pour une capacité totale de 199 lits de psychiatrie générale. Toutes sont susceptibles d'accueillir des personnes hospitalisées en soins sans consentement (SSC).

³ Source INSEE 1 457 806 habitants en 2021.

⁴ Hôtel-Dieu ; Hôpital Nord-Laennec ; Hôpital Saint-Jacques ; Hôpital femme-enfant-adolescent ; Le Tourville ; Hôpital Bellier ; Le Seilleraye ; Beauséjour et la Maison Pirmil.

⁵ Urgences psychiatriques avec un accueil à partir de 15 ans et 3 mois, et urgences médico-pédopsychiatriques : accueil jusqu'à 15 ans et 3 mois.

	Secteur 1	Secteur 2	Secteur 3	Secteur 4	Secteur 5
Unités fermées	Gwarez 15 lits	Gaudi 15 lits	Chaissac 14 lits	Matisse 15 lits	Dali 15 lits
Unités ouvertes	Sevel 23 lits	Maupassant 29 lits	Claudel 29 lits	Breton 29 lits	Tati 15 lits

Cinq unités⁶ intersectorielles et d'addictologie, d'une capacité totale de 75 places, complètent le dispositif. Accueillant exclusivement des personnes en soins libres (SL), elles n'ont pas été contrôlées.

Une unité de médiations thérapeutiques (UMT) propose des soins médiatisés de groupe ou individuels.

Enfin, le CHU offre de multiples possibilités de prises en charge ambulatoires, notamment celles du centre de référence en soins d'éducation thérapeutique et remédiation cognitive (CReSERC), accessibles aux personnes hospitalisées à temps complet sous réserve de disponibilité (cf. § 9.1.2).

Un protocole⁷ signé entre les différents établissements psychiatriques du département rappelle le principe de l'hospitalisation dans les unités du secteur du domicile du patient puis fixe les conditions dans lesquelles il peut y être dérogé.

La fermeture le 15 mars 2025 des derniers lits d'admission de l'établissement psychiatrique de Loire-Atlantique-Nord (EPSYLAN) situé à Blain a nécessité de compléter ce protocole par un *addendum*⁸ redéfinissant la sectorisation du département. Cette nouvelle répartition attribue au CHU la prise en charge supplémentaire de 65 % de la patientèle d'EPSYLAN relevant d'une admission en hospitalisation à temps complet. L'offre de soins extrahospitalière est quant à elle maintenue dans les structures du site et non redistribuée.

Les établissements de Daumézon (situé à Bouguenais) et de Saint-Nazaire ont également, au cours des deux dernières années, réduit leur capacité d'accueil en hospitalisation à temps complet des adultes respectivement de 24 et 20 lits. Le CHU a fait le choix, dans ce contexte, de renoncer à 6 de ses lits d'hospitalisation à temps complet en 2025, en transformant une unité adulte de 14 places en une unité de crise de courte durée (Philae) pour mineurs et jeunes adultes de 8 lits.

Au total, en deux ans, 96 lits d'hospitalisation à temps complet de psychiatrie générale ont été fermés dans le département et 270 dans la région⁹. Le CHU doit ainsi accueillir toujours plus de patients ne relevant pas de son secteur. En 2024, ils étaient 528 et ont représenté 10 % des journées d'hospitalisation.

Une préoccupante pénurie d'offre de soins pédopsychiatriques s'ajoute à celle de la psychiatrie générale. Les 12 lits prévus au CH de Saint-Nazaire, en application du projet territorial de santé mentale (PTSM) de Loire-Atlantique de 2019, ont

⁶ Home : 6 places en psychiatrie périnatale ; Apollinaire : 15 places en addictologie ; Salomé : 14 places en addictologie-TCA ; Ravel : 28 places en réhabilitation, Espace : unité de crise pour les 15- 25 ans.

⁷ Protocole du 28 octobre 2024 signé entre le centre hospitalier de Daumézon, le centre hospitalier de Saint-Nazaire, l'établissement psychiatrique de Loire-Atlantique-Nord et le CHU.

⁸ Addendum au protocole départemental de Loire-Atlantique relatif à la sectorisation des patients hospitalisés en établissement psychiatrique du 14 mars 2025.

⁹ Données extraites du document préparatoire à la séance de la commission médicale de l'établissement du 11 mars 2025 intitulé : Evolution de la psychiatrie publique en Loire-Atlantique.

effectivement été créés, au sein de l'unité CHAdo, mais n'ont pu être maintenus au-delà de deux années faute de pérennisation des équipes médicales. Avec cette fermeture, le taux d'équipement départemental en hospitalisation à temps complet destiné aux mineurs de moins de 16 ans s'amointrit encore en comparaison des taux nationaux et régionaux. Ce taux, plus de trois fois inférieur à la moyenne nationale (5.7 contre 16.9 pour 100 000 habitants¹⁰) en 2015, se trouve désormais à 4,3 pour 100 000 habitants soit quatre fois inférieur à la moyenne nationale.

En synthèse, le CHU de Nantes soutient toutes les autres structures psychiatriques du département dans leurs difficultés d'accueil des patients en hospitalisation à temps complet.

3.1.3. Les orientations en cours

Le projet d'établissement 2024-2028 fixe plusieurs objectifs dont un prioritaire pour la filière psychiatrique : « *L'objectif prioritaire sera d'élaborer des réponses opérationnelles et durables à la problématique majeure de la pédopsychiatrie (activité ambulatoire et hospitalisation)* »¹¹. Le déploiement de la pair-aidance est également visé.

La commission médicale d'établissement (CME) a déterminé les trois objectifs prioritaires suivants¹², portés également par le GHT :

- disposer des moyens de répondre aux besoins d'hospitalisation en psychiatrie générale notamment en créant un centre d'accueil et de crise (CAC) au CHU afin de raccourcir les durées de séjour ;
- disposer des moyens de répondre aux besoins d'hospitalisation en pédopsychiatrie, avec l'ouverture d'une unité d'hospitalisation pour adolescents et jeunes adultes au CHU (création de l'unité Philae en cours) et l'accroissement dans les services de pédiatrie volontaires de la part des lits accueillant des enfants relevant de soins psychiatriques ;
- faciliter les recrutements médicaux (cf. § 3.3.1) et développer les recrutements d'infirmiers en pratiques avancées (IPA).

La création de l'unité Philae était bien engagée lors du contrôle, les travaux étaient en cours et les personnels médicaux et non médicaux recrutés. L'ouverture était annoncée pour le deuxième semestre 2025.

Recommandation 1 :

L'agence régionale de santé des Pays de la Loire doit garantir le droit d'accès aux soins de psychiatrie générale et de pédopsychiatrie aux patients ligériens. L'établissement doit garantir le recrutement de pédopsychiatres et bénéficier d'une ressource de lits d'hospitalisation à temps complet répondant aux besoins.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHU indique que « concernant la psychiatrie adulte, le département de Loire-Atlantique a connu en 3 ans la

¹⁰ Source STATISS 2015, Fichiers ARS actualisation MAZARS, p. 28 du diagnostic territorial de la santé mentale de la Loire-Atlantique.

¹¹ Extrait du projet d'établissement 2024-2028, engagement 7.3- Engager des actions ambitieuses dans le champ de la santé mentale.

¹² CME du 11 mars 2025.

fermeture de 74 lits d'admission à EPSYLAN, 20 lits au CH de Saint-Nazaire et 6 lits au CH G.DAUMEZON. En parallèle, le CHU de Nantes se voit confronté à la nécessité d'accueillir un grand nombre de patients relevant d'autres secteurs.

S'agissant du recrutement des psychiatres de l'enfant et l'adolescent, les efforts déployés par le CHU de Nantes se sont traduits par 7 recrutements de pédopsychiatres entre novembre 2024 et janvier 2026, révélant une tendance très positive.

En 2026, une équipe mobile post urgences doit être créée pour assurer des relais rapides et réactifs suite à des passages aux urgences pour des jeunes jusqu'à 15 ans ».

Dans sa réponse au rapport provisoire l'ARS précise que « la situation départementale s'est effectivement aggravée ces dernières années dans un contexte d'augmentation des besoins de la population et de raréfaction des ressources médicales conduisant certains établissements publics du département à réduire leur capacitaire en hospitalisation complète (37 lits d'admission adulte fermés sur deux sites en 2023, 59 lits sur deux sites en 2024 et 12 lits sur un site en 2025 auxquels s'ajoutent le gel de 8 lits sur un site en 2024, 4 d'entre eux étant toujours gelés aujourd'hui).

L'agence est mobilisée depuis plusieurs années pour faire face à cette détérioration de l'offre de la région.

En 2023, la mise en œuvre d'un plan d'urgence a permis de renforcer les ressources humaines dans les établissements et rechercher des solutions innovantes :

- Organisation de la solidarité régionale via la mise en place d'une CROP (cellule régionale d'ordonnancement des lits de psychiatrie adulte), dispositif dans lequel le CHU de Nantes a en effet été fortement mobilisé. Cette CROP est actuellement en phase d'évolution. En parallèle, cependant, le CHU de Nantes reste fortement sollicité, suite à la révision du protocole de sectorisation de Loire Atlantique évoqué ci-dessous.
- Actions visant à limiter le recours aux hospitalisations :
 - o Soutien au développement des alternatives à l'hospitalisation (Soins psychiatriques intensifs à domicile-SPID, hospitalisation de jour de crise etc) ;
 - o Renforcement des centres médico-psychologiques (CMP) par des psychologues ;
 - o Appui au déploiement de nouveaux outils (télémédecine).
- Accompagnement au déploiement des nouveaux métiers (ex : IPA) pour gagner en temps médical.

Au titre du plan d'urgence, le CHU de Nantes a bénéficié d'une enveloppe de 499 924 euros en 2023 (crédits FIR). Ces crédits se sont ajoutés aux différents renforts pérennes financés sur l'ONDAM notamment pour renforcer les CMP depuis 2020. A noter que la région des Pays-de-Loire, historiquement sous-dotée, bénéficie également de crédits pérennes de rattrapage jusqu'en 2026. Ces crédits ont représenté 1 908 058 euros cumulés sur 2023 et 2024 pour le CHU de Nantes.

La situation est particulièrement difficile pour la pédopsychiatrie. La Loire-Atlantique est en effet très nettement sous-équipée en lits d'hospitalisation

complète pour enfants et adolescents par rapport à la moyenne nationale (4.3 pour 100 000 habitants versus 16 en 2024).

Dans ce contexte, une attention particulière a été accordée aux projets proposés par le CHU de Nantes pour renforcer l'offre pédopsychiatrique. Ainsi l'agence a financé :

- La création d'une unité d'urgences médico-pédopsychiatrique (368 000 euros).
- L'installation d'un hôpital de jour intersectoriel pour les adolescents et les pré-adolescents.
- La mise en place d'un SPID pour adolescents.
- Le développement d'une unité mobile pour jeunes souffrant de troubles scolaires anxieux (SACADO).

En 2024, face à l'aggravation de la situation en Loire-Atlantique, l'agence a soutenu la mise en œuvre par le GHT 44 d'un audit départemental sur la psychiatrie. Il a concerné les quatre établissements publics autorisés en psychiatrie du département et a débouché cette année sur un plan d'action pluriannuel et une feuille de route 2025.

L'amélioration de l'accès à l'hospitalisation par le développement du capacitaire, en particulier en pédopsychiatrie mais aussi par la diminution de la pression sur l'hospitalisation (développement des consultations post-urgences y compris en partenariat avec le secteur privé), est un des axes prioritaires de ce plan d'action ».

Le président de l'ARS indique « veiller personnellement à sa mise en œuvre, en lien avec les présidents des conseils de surveillance des établissements concernés, leur étroite coopération étant l'un des enjeux majeurs de ces travaux.

Parmi les actions déjà mises en œuvre, on peut noter :

- La révision du protocole départemental de sectorisation qui a constitué le premier travail urgent de la feuille de route du GHT 44 pour 2025, l'EPSM couvrant le Nord du département (EPSYLAN) n'étant plus en mesure d'assurer les admissions en soins aigus pour les adultes de son secteur. Nous sommes dans une phase expérimentale de fonctionnement dans laquelle les trois autres établissements publics autorisés en psychiatrie de Loire-Atlantique se sont organisés pour prendre en charge les hospitalisations complètes relevant d'EPSYLAN. Elle a pris effet le 15 mars 2025 et doit être évaluée le 1^{er} octobre prochain. L'agence s'est officiellement engagée à renforcer les établissements en charge de ces admissions surnuméraires. Le redéploiement des crédits est prévu en fin d'année, en fonction des recrutements effectivement réalisés. L'agence accompagne EPSYLAN dans sa réflexion de restructuration de son offre, notamment autour du parcours de gérontopsychiatrie.
- La création en septembre 2025 de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) de 8 lits en psychiatrie PHILAE destinée aux patients de 15-20 ans (1 082 239 euros en pérenne en complément de redéploiements).

Ce développement de l'offre en pédopsychiatrie devrait se poursuivre au sein du CHU de Nantes avec un projet, qui reste à préciser, de création d'une unité intersectorielle de 8 lits pour les moins de 15 ans après son transfert sur l'île de Nantes, mais aussi au plan départemental avec :

- *L'extension des horaires de fonctionnement du service d'hospitalisation intersectoriel de pédopsychiatrie de l'EPSM Georges Daumezon, prévue au début de l'année 2026.*
- *La création de 16 lits supplémentaires à échéance 2028 au sein de ce même dispositif ».*

3.2. LE BUDGET DU POLE DE PSYCHIATRIE CONSACRE UN FAIBLE MONTANT AUX ACTIVITES THERAPEUTIQUES

Le budget du CHU souffre en 2023 d'un léger déficit de 5,5 millions d'euros soit 0,4 % de ses produits. Ce déséquilibre est attribué à l'inflation du coût des énergies et à la fermeture conjoncturelle de lits de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) soumis à la tarification à l'acte ; les lits ayant toutefois été réouverts au deuxième semestre 2023, le retour à l'équilibre est projeté pour 2024¹³.

Le budget des établissements de psychiatrie est déterminé en fonction de huit indicateurs depuis la réforme tarifaire des activités de psychiatrie intervenue en 2022. Les deux principaux se fondent sur la population du territoire (78 % du total) et la file active de l'établissement (15 % du total), ce qui permet de lier le budget à l'activité de l'établissement. Ces indicateurs étant en hausse dans le département, un rééquilibrage doit être effectif selon les propos rapportés et bénéficier au budget de l'hôpital Saint-Jacques.

Le pôle de psychiatrie ne dispose pas d'un budget propre, il s'intègre dans le budget principal du CHU ; seule une extraction analytique du budget global permet de visualiser les sommes qui lui sont directement attribuées. Selon cette méthodologie, le bilan de dépenses et des recettes prévisionnel du pôle psychiatrique en 2024 est excédentaire¹⁴ à hauteur de 2 185 749 euros. La direction indique que les emplois vacants sont à l'origine de la baisse des dépenses constatées et le résultat positif à relativiser, certaines charges liées à l'activité du pôle de psychiatrie étant prises en compte dans le budget global de l'établissement et non tracées dans l'extraction analytique consultée.

Les bâtiments du pôle sont parfaitement maintenus, aucun constat de manque d'entretien faute de budget n'a été réalisé.

Les dépenses de 2024 estimées en comptabilité analytique totalisent 76 795 518 euros dont 62 958 313 de frais de personnel soit 81,9 %, ce qui est cohérent avec une activité de psychiatrie.

Le PHU 8 disposait en 2024 d'une enveloppe globale de 193 443 euros pour financer l'ensemble des activités à médiation en intra et extrahospitalier. Cette somme est en augmentation significative¹⁵ en raison du déploiement du parcours d'évaluation et d'accompagnement des troubles du spectre de l'autisme, des apprentissages et du langage (PETAL) en extrahospitalier. Au sein de cette dotation, la part affectée aux 10 unités susceptibles d'accueillir des patients hospitalisés en soins sans consentement (SSC) représente 7,5 % soit 14 372 euros. Chaque unité dispose de deux micros-budgets, un pour de petites activités (ex : repas thérapeutiques, fêtes de fin d'année, achat de jeux de société, sorties, etc.), l'autre intitulé « *intéressement* »

¹³ L'exercice budgétaire 2024 n'était pas clos au moment du contrôle.

¹⁴ *Ibid.*

¹⁵ Entre 2023 et 2024, le budget a augmenté de 23,8 %.

pour financer des projets plus ambitieux (ex : matériel de luminothérapie à l'unité Maupassant, aménagement d'un espace extérieur à l'unité Sevel, etc.). Les montants octroyés en fonction des projets présentés en 2024 varient de 229 euros pour l'unité Chaissac à 3 241 euros pour l'unité Gaudi.

Recommandation 2 :

La répartition des budgets alloués aux unités doit garantir un accès équitable et varié aux activités pour tous les patients.

La direction du CHU dans sa réponse au rapport provisoire précise que : « La répartition du budget annuel alloué aux médiations thérapeutiques (110 000 euros en 2025) est équitable entre l'ensemble des services de psychiatrie adulte. Les choix de répartition entre les unités présentes au sein d'un même service relèvent du projet de service, et peuvent représenter des fluctuations selon les années, en fonction des projets spécifiques portés par chaque unité ».

Par ailleurs, le CHU mène une politique active de réponse à des appels à projets, il a ainsi obtenu des financements par le fonds d'intervention régional (FIR), du fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie (FIOP), et de celui pour l'innovation du système de santé (FISS).

Les principaux projets financés correspondent aux orientations prioritaires de l'établissement (cf. § 3.1.3) : la création d'une unité dédiée aux jeunes de 15 à 20 ans (unité Philae), la création d'un centre d'accueil de crise (CAC) et la prise en compte dans le schéma directeur immobilier de la relocalisation d'activités ambulatoires de pédopsychiatrie. Ce dernier a été mené en étroite collaboration avec la communauté urbaine de Nantes et a permis d'obtenir des locaux en dehors du site de Saint-Jacques pour des hôpitaux de jour (HDJ), des centres d'activités thérapeutiques à temps partiel (CATTP), et de la prise en charge ambulatoire. L'objectif est de permettre à terme une meilleure qualité d'accueil à un moindre coût en recentrant les budgets de la psychiatrie sur les ressources humaines plutôt que sur des dépenses immobilières.

La direction du CHU dans sa réponse au rapport contradictoire informe que « la réalisation du schéma immobilier spécifique aux activités de pédopsychiatrie prévoit le déménagement de plusieurs implantations historiques du CHU en matière de psychiatrie enfants adolescents (...). Ces relocalisations, entamées à partir du dernier trimestre 2024, permettent l'installation des activités modernes accessibles aux populations et beaucoup plus adaptées, tant en termes de surfaces qu'en aménagement aux besoins de ces prises en charge. Contrairement à ce qu'indique le rapport, la prise à bail de ces nouveaux locaux engendre pour le CHU de Nantes de nouvelles charges locatives tout à fait conséquentes ».

3.3. LES EFFECTIFS SONT GLOBALEMENT SATISFAISANTS MAIS LE PLAN DE FORMATION EST INSUFFISAMMENT ORIENTE VERS LES DROITS DES PATIENTS

3.3.1. Le personnel médical

L'effectif médical de l'hôpital Saint-Jacques comprend 87 postes en équivalent temps plein (ETP) dont 67 de psychiatres et addictologues, 15,3 de pédopsychiatres et 4,5 de médecins généralistes.

9,3 ETP sont déclarés vacants en 2023¹⁶ :

- 3,7 ETP de praticiens hospitaliers (PH) en psychiatrie adulte ;
- 3,2 ETP de PH en pédopsychiatrie ;
- 0,2 ETP de professeur des universités-praticien hospitalier (PUPH) en pédopsychiatrie ;
- 0,2 ETP d'assistant de psychiatrie adulte ;
- 0,2 ETP d'assistant en pédopsychiatrie.

Selon les documents transmis par la CME¹⁷, il manquerait en mars 2025 quatre ETP en psychiatrie générale et neuf en pédopsychiatrie.

Pour faire face à cette situation de pénurie, la direction de l'établissement a mis en place il y a deux ans une politique d'attractivité ciblée. Des médecins psychiatres ont ainsi bénéficié d'une embauche avec un niveau de rémunération dérogatoire particulièrement favorable. La situation en psychiatrie générale étant désormais stabilisée, les nouveaux recrutements se font avec une rémunération ordinaire. Cette différence de traitement est source d'incompréhension entre médecins psychiatres.

La situation de la pédopsychiatrie étant davantage dégradée, la direction des affaires médicales continue de proposer des conditions de recrutement avantageuses avec l'octroi de la prime d'engagement de carrière hospitalière (PECH) à son plus haut niveau¹⁸. Cette politique salariale est mise en œuvre sur les fonds propres du CHU.

Une demande de financement de temps supplémentaires médicaux prenant en compte la nouvelle sectorisation (cf. § 3.1.2) a été effectuée auprès de l'ARS, elle n'était pas arbitrée lors de la visite.

Le recours aux médecins étrangers ou associés est exceptionnel, un seul sur l'ensemble du site.

3.3.2. Le personnel non médical

Les effectifs non médicaux du PH8 s'élèvent à 811,07 ETP en mars 2025, 40 % d'entre eux sont affectés à l'activité intrahospitalière. Les personnels non médicaux (PNM) ont bénéficié de la création d'une cinquantaine de poste depuis 2023, quasi exclusivement destinés à l'activité extrahospitalière.

PHU8 - REPARTITION DES EFFECTIFS NON MEDICAUX UF INTRA / UF EXTRA									
Années 2023, 2024 et situation mars 2025									
	2023			2024			mars-25		
	Budg	ETPR	Ecart	Budg	ETPR	Ecart	Budg	ETPR	Ecart
UF INTRA	353,12	343,40	-9,72	355,13	347,90	-7,23	353,52	346,20	-7,32
UF EXTRA	435,85	416,93	-18,92	457,68	434,79	-22,89	487,54	464,87	-22,67
Total	788,97	760,33	-28,64	812,81	782,69	-30,12	841,06	811,07	-29,99

¹⁶ L'établissement n'a pas transmis de données plus récentes.

¹⁷ Evolution de la Psychiatrie publique en Loire-Atlantique, document examiné lors de la CME du 11 mars 2025.

¹⁸ Le montant de la PECH peut s'élever jusqu'à 30 000 euros lorsque le recrutement concerne un poste dans une spécialité pour laquelle l'offre de soins est ou risque d'être insuffisante. Elle est versée en deux fois.

Une équipe type d'une unité d'hospitalisation à temps complet comprend :

- 1 cadre de santé ;
- 18 à 20 infirmiers diplômés d'Etat (IDE) ;
- 4 à 5 agents des services hospitaliers qualifiés (ASHQ).

Les assistants de services sociaux (ASS), éducateurs, psychologues et psychomotriciens sont rattachés au pôle, ils interviennent sur plusieurs unités.

Une seule unité (Sevel) dispose de deux aides-soignantes (AS). L'absence d'AS dans d'autres unités est vécue comme une perte de chance pour la prise en charge des personnes dépendantes.

Les effectifs minimum (trois IDE le matin et l'après-midi) ne sont pas remis en cause dans les unités, ils sont complétés quotidiennement par un ou deux postes de journée.

Le travail est effectué par roulement selon le rythme 6h45-14h15 le matin, 13h45-21h15 le soir et 21h00-7h00 la nuit. Une équipe spécifique est chargée du service de nuit.

Dans sa réponse au rapport provisoire le directeur précise que « les équipes du CHU ont bénéficié d'un important plan de renfort en ressources humaines courant 2025, tant en personnel médical (1 ETP par service de psychiatrie adulte soit 5 ETP) que paramédical dans les unités d'hospitalisation et le service des urgences psychiatriques (19,3 ETP).

Le renforcement du personnel non médical se décline ainsi :

- *5 ETP IDE de suppléance de proximité, soit 1 ETP par service qui permet de renforcer le service fermé et le service ouvert ;*
- *2 ETP IDE de suppléance de pôle de jour en appui des unités de psychiatrie ;*
- *3 ETP aide-soignant de suppléance de pôle afin de répondre à la charge en soins croissante (nursing, dépendance des patients commorbides) ;*
- *1 ETP IDE en renfort de l'unité Frida Kahlo qui permet de positionner des infirmiers de journée en semaine sur l'activité hospitalisation de jour ;*
- *1 ETP ASH de renfort du projet interhospitalier Philae ;*
- *4,3 ETP d'IDE de renfort des urgences psychiatriques afin de renforcer tous les jours de la semaine d'un soignant de journée et d'un soignant de nuit ;*
- *1 ETP d'IDE de renfort ICA, ordonnancement du PHU 8 ;*
- *1 ETP AMA et 1 ETP assistant social de suppléance de pôle lié à l'augmentation du nombre de séjours ».*

Le taux d'absentéisme est de 9,88 % à Saint-Jacques en 2024 contre 10,69 en 2022 et 10,02 en 2023, il suit la tendance à la baisse de l'ensemble du CHU mais reste élevé.

La gestion des absences est organisée par la direction de l'établissement. En cas d'absence programmée (ex : congés maternité, intervention chirurgicale programmée, formation, etc.), une équipe de suppléance composée de 30 IDE est sollicitée. Cette équipe spécialement affectée au site de Saint-Jacques effectue des remplacements de jour comme de nuit. Pour les absences de dernière minute, les secteurs disposent fréquemment d'un agent de suppléance de proximité qui vient

comblent le poste. En ultime recours, il peut être fait appel à l'application Hublo®¹⁹, voire à l'intérim à titre exceptionnel.

Enfin, un renfort de personnel peut être décidé pour aider à la prise en charge de situations complexes, c'était le cas à l'unité Gwarez lors du contrôle.

Dans sa réponse au rapport provisoire le directeur du CHU signale que « le taux d'absentéisme du PHU8 est en baisse constante depuis 3 ans, et n'est pas particulièrement élevé, puisqu'il est similaire à celui constaté sur l'ensemble du CHU de Nantes, lui-même conforme au taux d'absentéisme moyen constaté à l'échelle nationale.

Données d'absentéisme (8 premiers mois 2025)

	2023	2024	2025
PHU8-Psychiatrie santé mentale	9,84 %	9,76 %	8,93 %
CHU Nantes (global établissement)	9,56 %	9,13 %	8,69 %

Il est à noter que le pôle dispose d'un volume d'emplois de suppléance dont le dimensionnement (37 ETP) est tout à fait adapté aux volumes des remplacements à assurer ».

3.3.3. La supervision, le tutorat et la formation

L'analyse des pratiques professionnelles, animée par des psychologues extérieurs, n'est pas encore généralisée mais se développe. En 2025, huit unités disposent d'une convention offrant *a minima* six séances annuelles d'1h30, les deux autres n'ont pas fait de demande.

Aucun tutorat n'est formalisé pour les nouvelles recrues, les modalités d'intégration au sein des équipes diffèrent d'une unité à l'autre. Après une présentation de l'établissement et un court moment de doublure (souvent 48 heures), la transmission des savoirs est assurée essentiellement par des professionnels plus aguerris.

Un parcours de formation est toutefois proposé aux professionnels nouvellement recrutés en psychiatrie dans les deux ans de leur prise de fonction. Il consiste en une journée de formation intitulée « *exercice infirmier en psychiatrie* » et un cycle de 40 heures de consolidation des savoirs de l'exercice infirmier. Cette formation socle comprend également une journée traitant de la prévention du suicide. 17 professionnels en ont bénéficié en 2024.

Des formations à visée d'acquisition de techniques particulières sont également proposées. Ainsi, en 2024, 72 PNM ont été formés à des techniques de pacification par le biais de la formation OMEGA d'une durée de quatre jours et, depuis janvier 2025, des ateliers de remise à niveau sur la contention en psychiatrie sont proposés. En revanche, les formations en lien avec l'utilisation des espaces d'apaisement sont clairement sous-investies, seules 14 places sont proposées en 2025 ce qui est insuffisant pour accompagner un changement de pratique professionnelle.

¹⁹ La plateforme Hublo® permet de centraliser les demandes de remplacements et de les diffuser à un réseau de soignants déterminé par l'hôpital.

La formation aux droits des patients et aux SSC est inexistante au plan de formation 2025.

Recommandation 3 :

Chaque soignant doit bénéficier d'une formation sur les droits des patients hospitalisés en soins sans consentement, à la prévention des situations de crise et aux alternatives aux pratiques d'isolement et de contention.

Dans sa réponse au rapport provisoire le directeur du CHU indique que le pôle PHU8 « propose chaque année un panel de formation aux soignants. 12 dispositifs de formation sont identifiés. Ils ont pour vocation d'enrichir les connaissances des professionnels sur les droits des patients hospitalisés en soins sans consentement, sur la prévention des situations de crise et sur les alternatives aux pratiques d'isolement et de contention.

Les formations investissent deux axes phares : des formations à visée de développement des compétences socles en psychiatrie et des formations à visée d'acquisition de techniques particulières en soins, comme de génogramme.

Les professionnels bénéficient de séances d'analyse de pratique au sein de chaque unité, à raison d'une dizaine de séances annuelles par unité de soin.

A titre illustratif, la formation Omega apporte des techniques de pacification (désarmage de la crise) et de changement de posture. Elle facilite la prise en compte des émotions du patient et la gestion des émotions propres au professionnel. Elle s'inscrit dans un axe de prévention et d'ajustement.

Depuis janvier 2025, des ateliers « flash » contentions en psychiatrie sont proposés aux professionnels du pôle. L'objectif de ces ateliers est de permettre aux professionnels de maîtriser de manière sécurisée et éthique les techniques de contention en psychiatrie. A ce jour 80 professionnels ont participé à ces ateliers.

Une formation simulation en santé spécifique isolement sera déployée en janvier 2026 (1 par mois pour 10 personnes en première intention).

Afin de permettre à chaque soignant d'accéder à une formation sur les droits des patients hospitalisés en soins sans consentement, une réflexion a été menée. Un dispositif de formation est en cours d'élaboration ».

3.4. L'ETABLISSEMENT PORTE UNE ATTENTION PARTICULIERE AU TRAITEMENT DES EVENEMENTS INDESIRABLES

L'établissement a mis en place une politique volontariste de prévention et de gestion des risques sous l'égide de la direction qualité et gestion des risques dont la promotion des signalements (ou déclarations) est l'une des missions. Elle organise des formations, adresse des flashes info (informations ponctuelles notamment au sujet des événements indésirables transmises à tout le personnel via les boîtes mails des agents) au personnel et se rend dans les différents pôles pour présenter les bilans et analyses des événements indésirables et des actions mises en place. Au pôle PHU 8, une réunion mensuelle est organisée par la cellule qualité avec les responsables d'unité et des cours sont donnés à l'école d'infirmiers. Quantitativement, il n'existe pas de différences majeures entre les pôles.

Tout professionnel peut déclarer par courriel un événement indésirable (EI) via un portail commun NORMEA. Aucun signalement anonyme n'est possible, ce qui, selon

les soignants, ne constituerait pas un obstacle à la déclaration. Les déclarations concernant les violences commises par un professionnel sur un patient ou un autre agent sont faites dans un sous-menu dédié et le soignant peut déléguer sa déclaration à un cadre, un médecin voire un tiers, une charte institutionnelle de « non-rétorsion » engageant la direction à respecter l'anonymat de la source.

La gravité de l'EI est cotée dans la déclaration de 1 à 5²⁰. Celle-ci est transmise automatiquement par mail aux responsables du service (cadre et médecin) qui peuvent insérer des informations complémentaires ; le cadre vérifie la cotation et définit le destinataire et la cellule d'analyse des fiches d'EI²¹ (CAFEI) compétente pour le traitement en fonction de la criticité et des éventuelles conséquences transversales. La réponse du destinataire est ensuite analysée par les CAFEI dont les données statistiques permettent à la direction de s'assurer que le traitement a lieu dans des délais raisonnables. Les FEI 4 et 5 sont envoyées à la direction qualité et gestion des risques. Une fois traitées les FEI sont clôturées et anonymisées, et la synthèse de l'analyse de l'EI est adressée par courriel au déclarant. Elles font également l'objet d'une déclaration à l'ARS.

La direction de la qualité prépare une analyse des faits et organise une revue de morbidité et de mortalité (RMM) pour rechercher les causes de l'EI et préconiser des actions de prévention dans un délai de trois mois. Le plan d'action donne lieu à un suivi régulier au travers de réunions hebdomadaires.

En 2024, dans le PHU 8, le délai moyen de traitement était d'un mois et celui de clôture des FEI de trois mois (respectivement de 25 et 83 jours dans l'ensemble du CHU).

Dans le PHU 8 (CMP, HDJ et addictologie inclus), 225 FEI ont été enregistrées au cours des six mois précédant le contrôle (du 20 septembre 2024 au 28 mars 2025), dont 98 pour les seules unités d'hospitalisation à temps complet. Emanant très majoritairement des infirmiers, ces FEI concernent pour 43 % des difficultés de prise en charge des patients²², en hausse sur les deux dernières années ; les autres motifs touchent notamment les prestations et l'organisation logistique (18 %), les agressions verbales et incivilités (16 %), les atteintes aux personnes (1 %)²³ et très marginalement le circuit du médicament. Les violences sur les soignants sont rares (deux en six mois) et aucune violence commise par des soignants n'a été signalée. Après chaque EI grave (EIG), un *debriefing* d'équipe est fait immédiatement puis à distance et des prises en charge psychologiques sont proposées aux soignants et patients concernés.

Divers actions et gestes de désescalade sont mis en place pour prévenir les tensions (cf. § 7.3). Face à un patient qui devient très agité, voire violent, il est fait appel aux

²⁰ Cotations : 1 = mineure, pas de conséquence pour le patient ; 2 : modérée, conséquences minimales ; 3 : majeure, conséquences importantes nécessitant une intervention ; 4 : critique, mise en jeu du pronostic vital ; 5 : catastrophique, décès du patient.

²¹ Les cellules d'analyse des FEI – CAFEI – existent à l'échelle de chaque service et réunissent, sous l'égide de l'ingénieur qualité, tous les un à deux mois, plusieurs personnes pour analyser les FEI, les membres de l'équipe du service ainsi que le déclarant y étant associés.

²² Essentiellement des difficultés liées à l'accueil de mineurs (parfois sans autorisation parentale de soins) dans des unités pour majeurs ou à la suroccupation conduisant, faute de chambre hôtelière disponible, au maintien en CI de patient dont la mesure est levée ou encore à l'installation de patient en CI porte ouverte.

²³ Cinq signalements d'agressions ou atteintes sexuelles à l'encontre de mineurs dans trois unités et quatre tentatives de suicide.

soignants des autres unités, alertés via le dispositif de protection du travailleur isolé (PTI) que possède chaque soignant, et en dernier recours à l'équipe de sécurité qui intervient en renfort des soignants, sans intervention physique, sauf situations particulières, pour sécuriser le patient et l'équipe (cf. § 6.1.2). Les soignants ont fait état d'une grande solidarité entre équipes et, dans l'ensemble, de l'absence de sentiment d'insécurité.

Huit décès, survenus dans les unités, ont été signalés en 2024. Quatre constituaient des décès prévisibles dans le cadre d'une fin de vie et n'ont donc pas été déclarés à l'ARS ni au procureur de la République. Quand un obstacle est déclaré lors du certificat médical constatant le décès, l'ARS et le procureur sont avisés et les services de police appelés pour constatations et enquête avec autopsie. Au sein de l'établissement, un « service de soutien aux proches endeuillés » peut être sollicité par téléphone ou par courriel. Informé de tous les décès survenus à l'hôpital, ce service peut prendre l'initiative de la rencontre à la suite d'un contact d'un travailleur social avec une possibilité de prise en charge psychologique.

Les fugues, FEI de catégorie 4, dont le nombre annuel n'est pas connu, consistent principalement en des non-retours de permissions et font l'objet d'une gestion au cas par cas. Elles sont dans un premier temps signalées à l'infirmière de coordination des admissions (ICA) ; elles sont ensuite consignées dans une fiche de « *signalement de la sortie sans autorisation/fugue* » (pouvant possiblement contenir une photo du patient) laquelle est transmise au commissariat central de Nantes. Cette transmission est faite pour tous les patients, y compris ceux hospitalisés en soins libres, qu'ils soient en unité fermée ou ouverte, alors même que le suivi de cette fiche peut conduire à une interpellation par les services de police dans des conditions attentatoires à la liberté. Les IDE se déplacent au domicile des patients en soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) pour aller les chercher, accompagnés de policiers. Cette intervention au domicile est également valable pour un patient qui ne respecterait pas son programme de soins.

Recommandation 4 :

Aucune fiche signalétique concernant des patients en soins libres ou en soins à la demande du directeur d'établissement ne doit être transmise au service de police en l'absence d'infraction ou de violation d'obligations particulières.

Dans sa réponse au rapport provisoire le directeur du CHU informe que le signalement à la police n'est systématiquement réalisé que pour les patients en SDRE en application de la procédure interne GED PSY MO 011.

Avant tout signalement, des contacts téléphoniques sont pris avec les patients par ses aidants pour tenter de localiser le patient et l'incident à revenir.

Par ailleurs, un signalement peut être nécessaire et sera réalisé pour le patient en soins libres ou en SDDE. En effet, le niveau de risque encouru par le patient est indépendant de la modalité d'hospitalisation : un patient peut être très suicidaire et consentant aux soins donc en soins libres. C'est sur la base d'une évaluation du risque au regard de la situation du patient, pour lui-même ou pour autrui, que le signalement sera effectué auprès de la police ».

3.5. LE COMITE D'ETHIQUE EST ACTIF

Le CHU a mis en place une consultation d'éthique clinique mensuelle constituée de professionnels du CHU (médecins, cadres, soignants), d'universitaires et d'usagers. Le comité d'éthique se définit selon son président comme « *un endroit où on réfléchit* », l'avis donné est « *un éclairage contributif et non pas une réponse imposée* ». Il peut être saisi par des professionnels de l'ensemble des structures du GHT, mais également par un patient ou un proche.

Les sujets les plus fréquemment questionnés concernent les refus de soins, la fin de vie et le début de vie.

Le comité d'éthique a deux modalités d'action :

- la réponse à des cas complexes. Dans ce cas, les avis donnés sont uniquement transmis aux auteurs de la saisine. Les situations étant trop singulières pour envisager que l'avis puisse constituer une réponse duplicable.
- la réalisation de séminaires ouverts à tous avec captation rendant possible une diffusion différée. Le séminaire du 25 juin 2025 porte sur le refus de soins. Les interventions d'un juriste, d'un sociologue et de soignants sont au programme. Ces temps de réflexion sont appréciés des professionnels, lors de la visite 450 demandes d'inscription avaient d'ores et déjà été formulées.

La principale thématique abordée en psychiatrie concerne l'usage de la contention. Le comité d'éthique a répondu à plusieurs demandes de soignants ou médecins du pôle de psychiatrie en 2024 traitant de situations particulièrement complexes de patients hospitalisés au long cours.

4. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT

4.1. L'UNITE D'ACCUEIL DES URGENCES SE TROUVE CONFRONTEE A L'INSUFFISANCE CROISSANTE DES LITS, NOTAMMENT PEDOPSYCHIATRIQUES

4.1.1. La prise en charge des adultes et des mineurs âgés de plus de 15 ans et 3 mois à l'unité d'accueil des urgences psychiatriques

L'unité d'accueil des urgences psychiatriques, attenante au service d'accueil des urgences (SAU), est localisée sur le site Hôtel-Dieu du CHU.

Les missions de l'équipe associent l'accueil, l'évaluation et l'orientation des patients à présentation psychiatrique, et l'activité de liaison effectuée dans les boxes et la zone d'« attente diagnostique » du SAU pour les patients suicidaires, dans l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), dans le service de réanimation médicale, dans le service de médecine polyvalente, ainsi que dans tous les services du CHU pour la première évaluation d'un geste suicidaire. Des orientations vers le dispositif Vigilans²⁴ et le numéro 3114²⁵ sont réalisées. Le projet « sas psy » financé par l'ARS, qui permet une régulation psychiatrique téléphonique de 10h à 20h en semaine au sein du SAMU, dispose d'un effectif de trois ETP d'IDE, dont le renforcement²⁶ par le recrutement d'un interne à partir du mois de mai a été indiqué.

Un projet de mise en œuvre d'une UHCD psychiatrique de six lits au sein du SAU, ayant pour objectif d'éviter des hospitalisations en psychiatrie, en concurrence avec celui du déploiement d'un centre d'accueil et de crise de 72h sur le site Saint-Jacques, a été signalé.

La complexité de prise en charge et d'orientation des patients a connu une accélération très rapide. L'absence de difficulté, deux ans avant la visite, concernant les places en hospitalisation à temps complet dans les unités adultes, a été mentionnée. Puis l'explication associant l'augmentation de la file active et la diminution des moyens relative à la fermeture des lits de psychiatrie des CH de Blain et de Daumézon a été formulée (cf. § 3.1.2). Une forme de désillusion et de

²⁴ Le dispositif « Vigilans » a pour objectif de contribuer à faire baisser le nombre de suicides et le nombre de récides de tentative de suicide. Ce dispositif consiste en un système de re contact et d'alerte en organisant un réseau de professionnels de santé qui garderont le contact avec la personne concernée. Toute personne hospitalisée pour une tentative de suicide se voit proposer une inclusion dans Vigilans au moment de sa sortie. Une carte ressource lui est alors remise lui indiquant le numéro de téléphone où elle pourra joindre les « vigilanseurs », des soignants formés qui pourront répondre efficacement en cas de mal-être ou de problème. Ce numéro vert est gratuit depuis un poste fixe comme d'un portable et disponible aux heures ouvrables. Parallèlement, le médecin traitant et éventuellement le psychiatre traitant reçoivent un courrier les informant de l'organisation du dispositif et de l'inscription de leur patient. Ils disposent eux aussi d'un numéro téléphonique dédié pour répondre à leurs questions.

²⁵ Numéro national de prévention du suicide, lancé au mois d'octobre 2021, gratuit et accessible 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 sur l'ensemble du territoire (métropole et outre-mer). Le 3114 apporte une réponse immédiate aux personnes en détresse psychique et à risque suicidaire, à l'entourage des personnes à risque suicidaire, aux endeuillés par suicide, aux professionnels en lien avec des personnes suicidaires qui souhaitent obtenir des avis, conseils spécialisés. Ce service est assuré par des professionnels de soins, infirmiers ou psychologues, spécifiquement formés à des missions d'écoute, d'évaluation, d'orientation et d'intervention, au sein de centres de réponse régionaux organisés par des établissements de santé.

²⁶ L'intervention très fréquente des IDE du pool de suppléance, pour que les IDE de l'équipe puissent se détacher pour assurer l'activité du « sas psy », a été mentionnée.

découragement des professionnelles a été rapportée : « *c'est fini, il y a pourtant eu des manifestations au CH Blain, des articles dans la presse, et des interventions à la radio, mais les dés sont pipés à l'avance* ». Des situations de patients, bloqués aux urgences dans l'attente d'un lit d'hospitalisation dans le cadre d'une procédure de SSC, sont ainsi régulières et peuvent atteindre un délai de cinq jours. Ces patients retenus au sein de l'unité d'accueil des urgences psychiatriques, sans que ne soit prise une décision d'hospitalisation sous contrainte, font ainsi l'objet d'une privation de liberté arbitraire.

Recommandation 5 :

Il doit être mis fin à des pratiques conduisant à des hospitalisations arbitraires : les décisions d'admission en soins sans consentement et les certificats médicaux qui les fondent doivent être pris dans les délais légaux.

De même, un accroissement de la demande de soins et de la file active des adolescents âgés de 15 ans et 3 mois à 18 ans se trouve contemporain de l'insuffisance marquée du nombre de pédopsychiatres et de la ressource disponible en lits d'hospitalisation pédopsychiatrique à temps complet²⁷. L'analyse des données statistiques révèlent une augmentation de 45 % de cette file active pendant la période 2019-2024²⁸. L'équipe a également indiqué recevoir une moyenne quotidienne de quatre à cinq adolescents majoritairement âgés de 15 à 16 ans, parfois jusqu'à 10, soit une moyenne mensuelle proche d'une centaine depuis le début de l'année 2025. Cette augmentation a été décrite comme « *précédant la période de la pandémie de la covid-19, s'étant aggravée pendant et depuis* ». Les professionnels se sont dits « *confrontés à une absence de réponse adaptée des services de l'aide sociale à l'enfance (ASE), ainsi qu'à de nombreuses situations de parents défaillants ou démissionnaires* ». Le manque de solution d'orientation hospitalière disponible pour ces adolescents, relatif au manque de pédopsychiatres et à la fermeture de lits de pédopsychiatrie, oblige leur hospitalisation dans les unités d'hospitalisation pour adultes du CHU, en l'absence de toute adéquation de l'offre de soins (cf. § 10.1, recommandation 34). Des situations de renvoi au domicile d'adolescents présentant des états cliniques préoccupants, dont certains suicidaires, ont été rapportées en l'absence de toute place disponible.

Aucune mesure d'isolement n'est pratiquée et celles de placement sous contention réalisées sur brancards font l'objet de la décision d'un psychiatre ou d'un interne seniorisé par le PH sur place et d'une traçabilité reportée dans le dossier du patient informatisé (DPI) et dans le registre *ad hoc* (cf. § 7.2). Toutefois, des indications d'admission hospitalière à temps complet dans une chambre d'isolement (CI), avec ou sans placement sous contention régulièrement posées depuis l'unité d'accueil des urgences psychiatriques, complexifient le transfèrement des patients concernés

²⁷ L'unité « Espace » (12 lits) du CHU est ouverte et requiert le consentement du mineur pour une hospitalisation, le service d'hospitalisation intersectoriel de pédopsychiatrie (SHIP) du CH Daumézon fait état d'une liste d'attente de 100 patients faisant l'objet d'une indication d'hospitalisation, l'HDJ de crise pour adolescents du CH Blain ne reçoit pas d'admission directe.

²⁸ Selon les données fournies : 681 mineurs âgés de 15 ans et 3 mois à 18 ans exclus ont été reçus en 2019 (soit une moyenne mensuelle de 56 mineurs), 686 en 2020 (57), 924 en 2021 (77), 982 en 2022 (81), 952 en 2023 (79), et 987 en 2024 (82).

au motif de l'attente de disponibilité d'un espace d'isolement dans les unités de psychiatrie du site Saint-Jacques (cf. § 4.1.3 recommandation 7).

L'évaluation somatique des patients à présentation psychiatrique au sein du service d'accueil des urgences psychiatriques du CHU a été qualifiée de « *notablement insuffisante* ». L'absence de réalisation adaptée aux besoins d'un examen clinique somatique et d'examens biologiques a été rapportée. L'accès aux examens urgents d'imagerie cérébrale n'est pas garanti. Ces modalités d'évaluation somatique ne respectent notamment pas les préconisations de la société française de médecine d'urgence²⁹. De préoccupantes erreurs d'orientations vers les services de psychiatrie ont ainsi été signalées, notamment celles d'un patient porteur d'une tumeur cérébrale et présentant une symptomatologie atypique et d'un autre souffrant d'une décompensation cardiaque assimilée à une crise d'angoisse aiguë. Ces situations constituent une perte de chance majeure pour les patients, par la mise en jeu potentielle de leur risque vital.

Recommandation 6 :

Les patients à présentation psychiatrique doivent bénéficier, en tant que de besoin, d'un examen clinique somatique et de la réalisation de tous les examens complémentaires sanguins et d'imagerie nécessaires lors de leur prise en charge dans le service d'accueil des urgences psychiatriques du centre hospitalo-universitaire.

Dans sa réponse au rapport provisoire le directeur du CHU indique qu' « un examen somatique est réalisé systématiquement pour tous les patients admis dans le secteur de médecine au regard de leur première évaluation. Pour l'ensemble des patients, un bilan sanguin peut être prescrit selon l'état clinique du patient, et en cas de besoin d'un examen somatique et/ou une imagerie, l'avis du médecin d'accueil et d'orientation des urgences est requis pour confirmer ou infirmer la nécessité de pratiquer les examens ».

L'organisation du suivi ambulatoire des patients qui ne font pas l'objet d'une hospitalisation mais d'un retour à domicile s'avère complexe, au motif des délais de rendez-vous de consultation avec un psychiatre pouvant atteindre six mois en CMP. Le système de consultation de post-urgence des secteurs du CHU, qualifié d'« à bout » et impliquant des délais progressivement croissants atteignant six semaines, contraint les psychiatres de l'unité des urgences à assurer également eux-mêmes ce type de consultations.

Dans sa réponse au rapport provisoire le directeur du CHU précise que « le délai d'attente moyen aux urgences psychiatriques (...) a connu une augmentation en 2025, du fait du contexte territorial dégradé par les fermetures de lits dans les autres établissements de psychiatrie. Le temps moyen de prise en charge depuis le début de l'année 2025 (à la fin août), est de 5H52, contre 5H01 minutes en 2024.

Un délai d'attente aux urgences d'un lit d'hospitalisation pendant cinq jours demeure une situation exceptionnelle, qui s'est produite une fois en 2025.

Le service des urgences tout comme la direction récusent l'idée que le dispositif de consultation post urgence serait « à bout ». Ce système permet un accès en post-

²⁹ Cf. [Recommandations de bonne pratique clinique, prise en charge du patient adulte à présentation psychiatrique, Société française de médecine d'urgence, p. 9.](#)

urgence à des consultations psychiatriques dans un délai raisonnable (en moyenne 2 à 3 semaines). Dans certaines périodes de tension et de forte demande, il peut arriver que certains CMP voient ce délai s'allonger ponctuellement.

Par ailleurs, les urgences psychiatriques peuvent solliciter directement les équipes infirmières des CMP pour des RDV post urgences relevant de la compétence infirmière du CHU.

Le projet de mise en œuvre d'une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) psychiatrique, prévue à l'ouverture du nouvel hôpital en 2027, est complémentaire au projet d'ouvrir un centre d'accueil de crise, les 2 dispositifs ne se faisant pas concurrence ».

4.1.2. La prise en charge des mineurs âgés de moins de 15 ans et 3 mois à l'unité d'accueil des urgences pédiatriques

L'équipe du SAU pédiatrique a employé l'expression « explosion de la demande » pour qualifier l'augmentation de l'accueil des enfants de moins de 15 ans et 3 mois à présentation psychiatrique, de 41 % entre 2022 (936) et 2024 (1 323). 11 % d'entre eux ont été hospitalisés dans un service de pédiatrie en 2024, et 12 % réorientés à domicile, en l'absence de place d'hospitalisation disponible. Certains éléments ont été indiqués pour expliquer cette augmentation d'activité, notamment l'état de santé psychique des parents des enfants concernés, leur défaillance plus fréquente, et les conséquences en termes de précarisation du cadre éducatif et de perte de repères pour leurs enfants. Cette augmentation a également été identifiée avant la période de la pandémie de Covid-19, avec une accentuation pendant et après. L'expression « *l'hôpital général en tension devient pédopsychiatrique* » a été employée³⁰.

L'unité de pédopsychiatrie de liaison qui assurait les évaluations au SAU a été décrite comme « *dépassée devant l'augmentation d'activité* ». Une astreinte de nuit de pédopsychiatrie a été mise en place pour un déplacement en cas de besoin entre 18h et 8h. L'organisation a été ensuite modifiée, une présence est assurée la journée et l'astreinte de nuit est moins sollicitée. L'effectif de l'antenne d'urgence pédopsychiatrique compte 4 ETP dont 1 vacant et n'assure plus de déplacements vers le site de Saint-Jacques pour des avis spécialisés, au motif de difficultés marquées de recrutement. Le déficit de pédopsychiatres a ici aussi été qualifié de « *majeur* » et l'appui de l'ARS de « *très insuffisant* »³¹.

Les motifs principaux de présentation au SAU pédiatrique associent principalement l'agitation, l'auto et l'hétéro agressivité, la crise clastique, l'idéation suicidaire et la tentative de suicide³². Tous les patients sont examinés par un pédiatre. Aucun isolement n'est jamais mis en œuvre. Le placement sous contention sur brancard a été qualifié de « *rarissime* », n'excédant pas une à deux situations par an.

Les enfants sont orientés dans les unités d'hospitalisation adultes du CHU mais aussi dans le service de pédiatrie du site Hôtel-Dieu, dont 50 % des 36 lits sont en moyenne occupés par des patients à présentation psychiatrique. Les hospitalisations

³⁰ Dans le contexte notamment d'une diminution de l'activité somatique relative à la mise sur le marché d'une vaccination contre la bronchiolite.

³¹ Le budget proposé par l'ARS pour le financement de l'équipe départementale de pédopsychiatrie, pour effectuer notamment un lien avec le milieu scolaire et les structures d'aval, est décrit comme « *insuffisant* » pour lui permettre de répondre à ses missions.

³² Dont l'intoxication médicamenteuse et la strangulation majoritairement.

concernent des enfants pour une surveillance de suites d'intoxications médicamenteuses volontaires, des troubles des conduites alimentaires, des maladies somatiques associées à des manifestations psychiatriques et des accueils de placements de l'ASE.

Les délais d'obtention de rendez-vous avec un pédopsychiatre dans les CMP pour les patients faisant l'objet d'un retour à domicile varie entre six et douze mois (cf. § 4.1.1).

4.1.3. L'arrivée des patients dans les services

Les patients sont principalement adressés par l'unité d'accueil des urgences psychiatriques du site Hôtel-Dieu du CHU (cf. § 4.1.1). Ils proviennent également des CMP, des bureaux de consultation psychiatrique du CHU, de l'unité « Espace », ou d'un transfert entre unités.

Les patients sont accueillis dans l'unité par les soignants, le psychiatre, l'interne du service ou celui de garde selon l'horaire d'admission. La procédure d'accueil est adaptée à l'état clinique et aux capacités de compréhension que présente le patient à l'arrivée. Il bénéficie le plus souvent d'une visite des locaux, d'une désignation de sa chambre³³ dans laquelle il trouve généralement un livret d'information concernant le fonctionnement de l'unité. L'arrivée d'un patient sédaté nécessite l'attente de son réveil pour ce faire.

Le consentement du patient aux soins est recherché et évalué dès l'admission. L'équipe et l'ASS assurent la détection d'une nécessité de mise en œuvre d'une mesure de protection des biens. La réalisation d'un inventaire et l'application de restrictions sont respectivement traitées aux § 5.3 et 6.2.

Les patients faisant l'objet d'une indication d'isolement ou de placement sous contention posée aux urgences lors de l'évaluation initiale sont insuffisamment réévalués dès l'arrivée par un psychiatre senior. L'orientation initiale en unité fermée et la mesure d'isolement ou de contention indiquées aux urgences sont ainsi insuffisamment remises en question. Une forme de systématisation de l'accueil de certains patients dans un contexte coercitif peut ainsi s'instaurer alors qu'il aurait pu être évité, l'état clinique pouvant évoluer pendant la période séparant l'indication initialement posée aux urgences et l'admission dans le service.

Recommandation 7 :

Tout patient faisant l'objet d'une indication d'isolement ou de contention lors de son évaluation dans l'unité d'accueil des urgences psychiatriques doit être réévalué cliniquement par un psychiatre sénior dès son arrivée dans l'unité d'hospitalisation à temps complet, afin de statuer sur la pertinence du maintien des mesures coercitives.

Dans sa réponse au rapport provisoire le directeur du CHU affirme que les patients adressés par les urgences avec une indication d'isolement sont revus systématiquement à l'entrée dans l'unité avec possibilité de réévaluer l'indication de l'isolement. Cette réévaluation est faite en journée par un sénior, et en période de

³³ L'attribution des chambres, souvent discutée en équipe, notamment dans les unités fermées, privilégie les chambres individuelles. Les chambres doubles, parfois situées en bout de couloir, sont attribuées aux patients en capacité de cohabiter avec un autre. Les patients ne souhaitent généralement pas occuper une chambre double.

permanence des soins (la nuit, le samedi après-midi et le dimanche soir et nuit) par un interne séniorisé.

L'examen clinique est souvent fait en chambre d'isolement par mesure de sécurité, mais un lit « hôtelier » doit être disponible dans le service pour permettre d'accueillir le patient si la mesure d'isolement n'est pas confirmée ».

4.2. LA GESTION DES LITS EST TENDUE ET LE TAUX DES MESURES PRISES SELON LES PROCEDURES DEROGATOIRES ANORMALEMENT ELEVE

Les indicateurs relatifs à l'hospitalisation à temps complet entre 2023 et 2024 révèlent une hausse de 2,5 % pour la file active, de 3,16 % du nombre de séjours, et de 7,24 % du nombre de journées.

La durée moyenne de séjour (DMS) progresse également pour atteindre 14,38 jours en 2024 contre 13,83 en 2023.

Le taux d'occupation a crû de 74,59 % en 2023 à 80,06 % en 2024 pour atteindre 95 % le 1^{er} avril 2025. La réorganisation de la sectorisation du département à compter du 15 mars 2025 (cf. § 3.1.2) n'a pas produit ses pleins effets, le risque de suroccupation restant préoccupant. Au premier jour du contrôle, tous les lits étaient occupés dans cinq des dix unités ; une unité comptait un patient de plus que de lits, celui-ci étant hébergé en CI porte ouverte en l'absence de chambre hôtelière libre lors de la levée de la mesure d'isolement ; le taux d'occupation des quatre autres unités était respectivement de 72 %, 86 %, 86 % et 93 %.

Cette situation de tension concernant les lits nécessite la mise en place d'une gestion fine. Elle est réalisée par l'infirmière de coordination des admissions (ICA) de l'unité de gestion des patients en psychiatrie (UGEEP), elle dispose de trois possibilités :

- un partenariat avec l'extrahospitalier et les équipes mobiles pour tenter, dans la mesure du possible, une hospitalisation programmée, ce qui est difficile pour les SSC et impossible pour les SDRE ;
- une admission sur une unité hors secteur, avec un retour possible dans l'unité d'origine dès qu'une place se libère lorsque l'hospitalisation est prévue sur du long terme, sinon un maintien du patient dans l'unité d'accueil pour éviter une rupture de la prise en charge ;
- un hébergement dans l'unité de secteur en chambre sécurisée en attente de la libération d'une chambre hôtelière.

L'augmentation du nombre des admissions entraîne un allongement du temps passé aux urgences (cf. § 4.1). Elle conduit par ailleurs à une quasi-impossibilité pour les unités de conserver la chambre hôtelière d'un patient lors d'un placement à l'isolement et parfois au maintien du patient en chambre d'isolement porte ouverte quand il n'y a plus de chambre disponible lors de la levée de la mesure.

Les hospitalisations en SSC augmentent de 6 % en 2024. La part des soins à la demande du représentant de l'état (SDRE) montre la variation la plus marquée pendant la période 2020-2024, de 10,1 % à 16,3 %.

Cette tendance semble se confirmer en 2025 avec 31 SDRE prononcés sur les deux premiers mois de l'année contre 22 pendant la même période de 2023.

Les SDRE émanent majoritairement d'arrêtés provisoires des maires (94 en 2024 contre 78 en 2023) tandis que le nombre d'arrêtés directs du préfet et de décisions judiciaires d'irresponsabilité pénale est stable lors de ces deux années.

La répartition des mesures prises sur décision du directeur d'établissement (SDDE) est comparable d'une année l'autre : 12,5 % d'entre elles sont prises selon la procédure de droit commun (sur demande d'un tiers et avec deux certificats médicaux) tandis que la grande majorité le sont selon les procédures dérogatoires d'urgence (SDTU 53 %) ou de péril imminent (SPI 34,5 %) faute de médecin pour établir un second certificat médical. Cette tendance se confirme sur les deux premiers mois de 2025 : 13 % de SDT, 55 % de SDTU, 32 % de SPI.

Recommandation 8 :

Le recours aux procédures dérogatoires que constituent les soins pour péril imminent et les soins à la demande d'un tiers en urgence doit rester exceptionnel.

En février 2025, la direction du site a identifié 32 patients dont l'état médical permettrait une sortie vers une autre structure, dont 29 présents depuis plus de 292 jours. Le maintien de 17 d'entre eux dans les unités d'admission et des 12 autres dans l'unité de réhabilitation est consécutif à l'insuffisance de places d'aval dans des structures médico-sociales ou sociales (cf. § 9.3).

Le temps moyen d'attente pour obtenir un rendez-vous en centre médico-psychologique (CMP) est très variable d'un secteur à un autre. Pour la patientèle adulte de Nantes et de l'agglomération nantaise il peut être de deux mois, il peut atteindre six mois en zone rurale et est supérieur à six mois pour les mineurs.

4.3. L'INFORMATION DES PATIENTS, DISPARATE SELON LES UNITES, EST INSUFFISANTE

4.3.1. L'information générale sur les droits

L'édition du livret d'accueil spécifique à la psychiatrie date d'octobre 2016, il n'est pas actualisé ni distribué au patient.

Une unité remet uniquement une version du livret d'accueil datant de juillet 2021 mais non spécifique à la psychiatrie. Les autres unités délivrent un livret d'information posé dans la chambre, qui mentionne notamment la composition de l'équipe³⁴, le déroulement du séjour³⁵ et les règles de vie³⁶. Dans certaines unités est joint le questionnaire de satisfaction et les renseignements sur la personne de confiance. En complément de l'information écrite, tous les patients bénéficient d'une visite des locaux, de la présentation de leur chambre et d'explication orale sur le fonctionnement de l'unité.

Recommandation 9 :

L'établissement doit éditer un livret d'accueil spécifique à la psychiatrie actualisé. Toutes les unités doivent délivrer un livret d'information complet et actualisé.

³⁴ Qui n'est pas toujours à jour.

³⁵ Relatif à la phase d'accueil, la mise en place d'un projet de soins, la préparation à la sortie, les temps de rencontres avec les soignants, la médiation.

³⁶ Concernant le téléphone, la télévision, les activités, le tabac, l'alcool, l'hygiène, le repas, la distribution des médicaments.

Dans son rapport provisoire, le directeur du CHU signale que « l'actualisation du livret d'accueil dédié au pôle de psychiatrie santé mentale est en cours, et sera finalisée d'ici la fin de l'année 2025 ».

La procédure d'accès au dossier médical existe, répond aux dispositions légales mais se trouve peu sollicitée. Une lecture médicalement accompagnée des éléments de dossier transmis est possible en cas de besoin

4.3.2. L'information des patients en soins sans consentement sur leurs droits spécifiques

La plupart des livrets d'information comporte une annexe intitulée « parcours d'un patient en soins psychiatriques sans consentement » exposant le rôle du juge des libertés et de la détention (JLD) et les différents modes d'hospitalisation. Certains énoncent les différents droits généraux dont les patients disposent tels que définis par l'article L. 3211-3 du code de la santé publique (CSP) et la possibilité de faire un recours contre la décision de soins psychiatriques sans consentement en saisissant par courrier le directeur d'établissement, la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), le procureur de la République ou le JLD du tribunal de grande instance (devenu TJ). Aucun document ne mentionne la procédure permettant la saisine du juge en cas d'isolement et de contention et aucun n'est édité en langue étrangère.

L'information sur le cadre de l'hospitalisation est habituellement assurée par un médecin, lors de l'arrivée dans l'unité et la notification des décisions de SSC est réalisée par le cadre de santé. Le patient peut conserver la copie des décisions du directeur d'établissement et du représentant de l'Etat mais aucun certificat médical ne lui est remis alors que ces décisions se contentent de les viser sans en reprendre même sommairement les termes. La liste des droits mentionnés à l'article L. 3211-3 du CSP n'est pas remise.

Les soignants ne bénéficient d'aucune formation spécifique sur les droits des patients (cf. § 3.3.3).

Les observations du patient ne sont pas formellement recueillies dans le corps des certificats médicaux, les médecins indiquant les recevoir oralement, ni sur l'accusé de réception. La communication de l'identité du tiers n'est pas systématique à l'arrivée.

Recommandation 10 :

Les décisions portant admission en soins sans consentement et prolongation de tels soins doivent être motivées, afin de permettre au patient de connaître à leur seule lecture les raisons à l'origine de la mesure. Les certificats médicaux qui fondent ces décisions doivent y être joints et portés à la connaissance du patient. La liste des droits mentionnés dans l'article L. 3211-3 du code de la santé publique doit être remise.

Le médecin doit recueillir et consigner les observations du patient lors de la décision d'admission en soins sans consentement comme lors de toute modification concernant sa prise en charge et en faire mention dans les certificats médicaux.

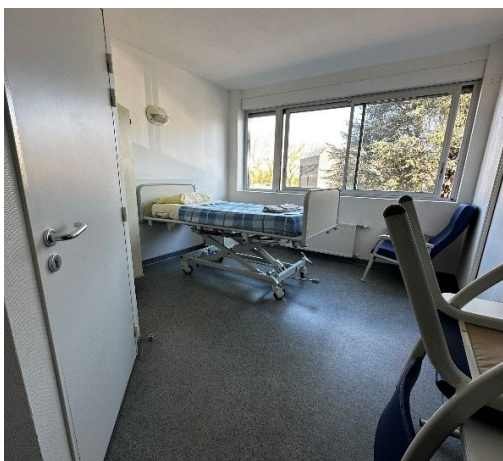
La procédure de consultation des dossiers médicaux est connue.

5. LES CONDITIONS DE VIE

5.1. LES CONDITIONS D'HEBERGEMENT SONT DE QUALITE MAIS NE GARANTISSENT PAS TOUJOURS L'INTIMITE DU PATIENT NI UN ACCES EXTERIEUR

Les conditions matérielles d'hébergement sont globalement satisfaisantes dans toutes les unités. Les locaux sont parfaitement entretenus et les chambres sont presque toutes individuelles.

Toutes les chambres disposent d'un mobilier adapté (lit médicalisé, table de chevet, bureau et chaise, placard fermant à clef), l'équipement est doublé pour les chambres accueillant deux patients. Elles sont lumineuses et peuvent être aérées par le patient en autonomie. Les patients disposent d'un bracelet magnétique permettant de commander l'ouverture et la fermeture de leur porte de chambre. Ce dispositif sécurise les patients en évitant l'intrusion en chambre d'autres patients.



Unité Gwarez - Chambre

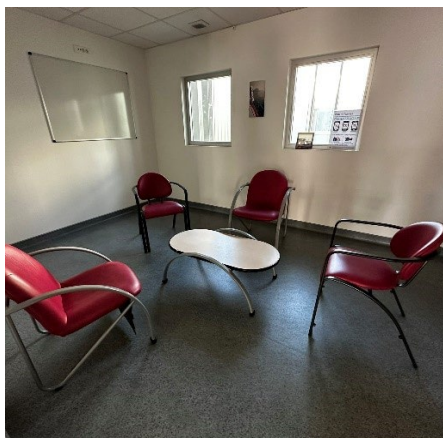


Unité Sevel - sanitaires

Toutes les chambres sont équipées de sanitaires complets (lavabo avec miroir et tablette, douche avec poussoir), seuls manquent une patère pour pouvoir accrocher les vêtements, une lunette et un abattant sur les toilettes. En plus de ces équipements individuels, une ou deux salles de bain avec baignoire sont accessibles dans chaque unité.

Cependant, des boutons d'appel font défaut dans la majorité des chambres et de nombreuses portes, notamment à l'unité Gwarez, sont munies d'un hublot, ce qui ne garantit pas l'intimité des patients.

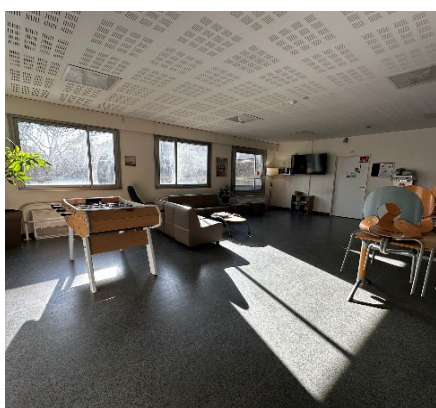
Les locaux collectifs sont également bien équipés et lumineux : salle à manger, salle d'activités, salle de télévision. Un salon permet de recevoir ses proches dans de bonnes conditions, plusieurs sont directement accessibles depuis l'extérieur ce qui permet notamment de recevoir des enfants sans avoir à pénétrer dans l'unité. Seule l'unité Tati est momentanément dépourvue d'un espace dédié au motif des travaux en cours pour créer une nouvelle unité de pédopsychiatrie.



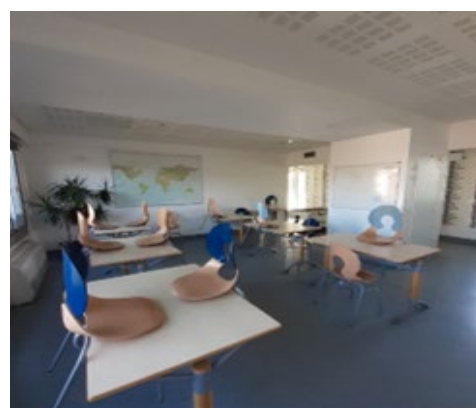
Salon familial de l'unité Sevel



Espace détente de l'unité Sevel

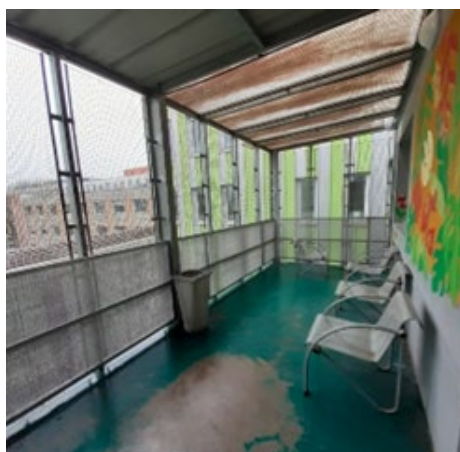


Salle commune de l'unité Gwarez

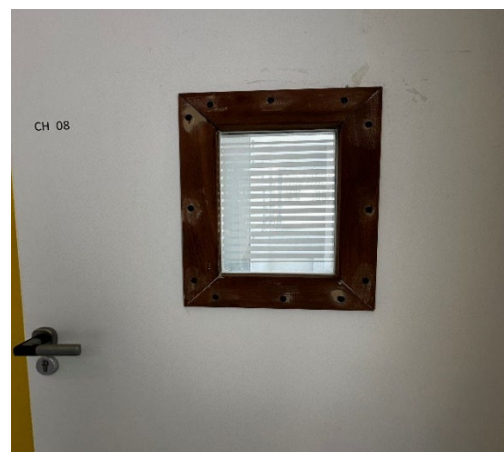


Réfectoire de l'unité Gaudi

L'espace extérieur de certaines unités situées en étage, comme l'unité Dali par exemple, se limite à un balcon couvert indigne, grillagé et équipé d'un mobilier rouillé.



Espace extérieur en balcon de l'unité Dali



Hublot porte de chambre Unité Gwarez

Recommandation 11 :

Tous les patients doivent bénéficier de conditions d'hébergement respectueuses de leur dignité et garantissant leur sécurité. Ils doivent pouvoir accéder à des espaces extérieurs végétalisés et disposer d'un système d'appel pour solliciter le personnel

en cas de besoin. Les portes des chambres doivent garantir leur intimité, les hublots sont à proscrire.

La maintenance des locaux est assurée par une équipe de 50 agents³⁷, encadrée par un directeur technique. Les principales interventions concernent la plomberie, l'électricité, le chauffage et le maintien en service des chambres sécurisées ; elles ont lieu le jour de leur signalement. Des défauts de ventilation de certaines chambres sécurisées, notamment à l'unité Chaissac, ont été signalés.

5.2. L'HYGIENE EST CORRECTEMENT ASSUREE MAIS TOUS LES PATIENTS NE PEUVENT PAS ENTREtenir LEUR LINGE AISEMENT

Les locaux de soins et les chambres des patients sont parfaitement entretenus par les ASH. Un prestataire extérieur, en place depuis quatre ans, intervient pour maintenir l'ensemble des parties communes dans un état de propreté satisfaisant.

Une infirmière hygiéniste encadre l'unité d'hygiène et un contrôleur qualité s'assure de l'état de propreté du site. En cas de manquement, le prestataire dispose de 24 heures pour corriger les problèmes.

La blanchisserie, installée sur le site de Saint-Jacques, lave le linge de l'ensemble des patients du CHU. Elle emploie 90 salariés et traite environ 15,5 tonnes de linge plat. La psychiatrie représente presque 15 % de l'activité.

Les patients peuvent faire laver leur linge, moyennant une contribution de 20 euros par « balluchon », dans une blanchisserie en ville. Pour les patients sans ressources, certaines unités sont équipées de machine à laver. D'autres n'en disposent pas, les soignants sont donc amenés à emmener le linge sale dans une unité voisine.

Certaines unités indiquent laver elles-mêmes les contentions car la rotation avec la blanchisserie n'est pas assez rapide ou encore font état de difficultés à renouveler rapidement les pyjamas. Les délais de retour du linge plat et du linge d'entretien des locaux sont de 48 heures.

5.3. LES BIENS DU PATIENT SONT PROTEGES

A l'arrivée du patient, il est procédé à un inventaire de ses biens, le plus souvent en sa présence. Cet inventaire est saisi sur informatique. Le patient ne le signe pas et aucun double ne lui est remis. Il est peu actualisé au cours de l'hospitalisation et n'est pas réalisé à la sortie.

Les objets dangereux sont retirés (armes, couteaux, flacons en verre, câbles de chargeur).

Les sommes d'argent importantes sont remises au coffre du site de l'Hôtel-Dieu. Un feuillet spécifique est établi et l'argent est restitué à la sortie contre présentation d'une carte d'identité. Les petites sommes sont gardées dans le coffre de l'unité et le patient peut en disposer pour ses dépenses courantes.

Les chambres sont sécurisées par une serrure électronique et disposent d'un placard fermant à clef.

Toutes les unités disposent d'une ASS (cf. § 3.3.2). Elle participe pleinement à la vie de l'unité. Elle organise notamment les retours à domicile, la recherche

³⁷ Equipe composée de huit corps de métiers du bâtiment.

d'hébergement et de placement dans des services spécialisés et intervient pour l'obtention des droits sociaux (sécurité sociale, allocation d'adulte handicapé etc.). L'ASS entretient les liens avec les curateurs et tuteurs de l'hôpital ou extérieurs. Si, suivant les patients, les liens avec les mandataires peuvent s'avérer différents, l'action des ASS facilite grandement leur vie pour leurs besoins quotidiens.

Plusieurs associations locales variant selon les secteurs³⁸ proposent des avances d'argent pour assurer les dépenses urgentes avant l'intervention des mandataires.

Les médecins, soignants ou encore les familles signalent à l'ASS les personnes nécessitant une protection.

5.4. LA QUALITE DE LA RESTAURATION EST CRITIQUEE DANS LES UNITES

Le petit-déjeuner est servi à partir de 8h00, le déjeuner à compter de 11h45 et le dîner de 18h30. La collation de 16h se compose d'une boisson froide ou chaude, d'un fruit ou d'un yaourt. Une tisane est proposée au moment du coucher par l'équipe de nuit.

Les menus, établis par les diététiciennes, présentent un total de 31 profils ou régimes différents. Elles prennent en compte le fait que les séjours en psychiatrie sont plus longs qu'en MCO et que les besoins nutritionnels ne sont pas de même nature.

Il existe une proposition de menus de base et les soignants consultent les patients sur 4 à 6 choix possibles sur l'ensemble des produits qui composent le menu. Les menus sont affichés dans toutes les unités. Le placement à table est libre. La possibilité de prendre ses repas en chambre est possible sur indication médicale.

Il est regretté la fin des menus sans porc, remplacés par le menu végétarien. Un patient indique : « *du coup on mange toujours la même chose* ». La possibilité est offerte également de bénéficier de doubles rations de viandes, de légumes et de fromage. Ces repas sont livrés en barquettes individuelles étiquetées. Ils ne sont pas systématiquement déversés dans des assiettes, les patients mangent donc très souvent leur repas à même la barquette.

Trois doubles parts sont livrées systématiquement dans les services au motif des erreurs possibles et pour permettre de restaurer certains patients qui viennent d'être hospitalisés.

Les soignants recueillent les « aversions » exprimées par les patients. Le taux de recueil des aversions était de 72 % au moment du contrôle.

Le plan alimentaire est réalisé sur un an, le rythme des saisons est pris en compte. Ce plan est validé par une commission présidée par un médecin et un diététicien. Il se décline ensuite sur une trame de quatre semaines. Cela a pour conséquence que les patients au long court se plaignent de menus répétitifs. Le système de liaison froide dégrade les saveurs des aliments, le service en barquette est peu appétissant. Un écart a été constaté entre la préoccupation de la cuisine centrale de fournir des repas de qualité et le manque de satisfaction exprimé par les patients. Plusieurs unités indiquent « *Les quantités ont diminué, il n'y a plus que 100 grammes de riz, on voit le fond de la barquette* » et « *le week-end il n'y a pas assez de petits pains et de brioches pour tout le monde* ».

³⁸ Associations Ametys à Chaissac et Soleil Levant à Gaudi.



Plateau repas de l'unité Tati



Réfectoire de l'unité Tati

6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

6.1. TOUS LES PATIENTS DES UNITES FERMEES, MEME EN SOINS LIBRES, DOIVENT OBTENIR UNE AUTORISATION MEDICALE PREALABLEMENT A TOUTE SORTIE

6.1.1. La circulation des patients au sein de l'établissement

a) *L'organisation architecturale de l'établissement*

Le domaine du site Saint-Jacques est partiellement clôturé, notamment le long des axes routiers, avec des grilles et des murs en pierre. Les accès sont équipés de portails qui régulent l'entrée des véhicules et du personnel.

L'organisation architecturale du site facilite la circulation des personnes, notamment grâce à la présence de cheminements piétons adaptés aux personnes à mobilité réduite, de rampes d'accès et d'une signalétique claire.

Le site comprend des parcs et des zones végétalisées, accessibles aux patients autonomes et aux visiteurs, offrant des lieux de détente et de promenade. Des lieux de convivialité éparpillés sur l'ensemble du site sont mis à disposition des patients et des familles : cafétéria, snack et distributeurs automatiques. Le PHU 8 accueille uniquement un point cafétéria proposant de la restauration sucrée et des boissons à des prix coûteux (cf. § 9.1.2, recommandation 27).

Les bâtiments accueillant les consultations et les soins ambulatoires sont accessibles au public en journée. L'accès aux unités fermées demeure conditionné à l'ouverture des portes sécurisées par les soignants, y compris pour les patients en soins libres.

b) *L'accès aux activités*

Les patients en SL ou SSC disposant d'une autorisation de sortie peuvent participer aux activités thérapeutiques ou occupationnelles organisées dans des espaces situés en dehors des unités d'hospitalisation, fréquenter les lieux de vie communs (cafétéria, snack) et se déplacer dans le parc de l'établissement.

Dans les unités fermées, il est nécessaire de solliciter un soignant pour sortir. L'ensemble des patients – y compris ceux en soins libres – se voient imposer une autorisation médicale voire la signature d'un « contrat de soins » en préalable à toute sortie, même au sein du site ; la mobilité des patients dépend alors de la disponibilité des soignants. La pratique de telles autorisations³⁹, même réévaluées quotidiennement, en contradiction avec le droit de ces patients en SL à quitter l'établissement, est incompatible avec le respect de leurs droits fondamentaux.

³⁹ Chaissac (15 patients) : 3 patients (dont un en SL) pouvant sortir seuls, 6 ne pouvant pas sortir du tout ; Gwarez (13 patients) : 1 seul patient peut sortir seul, 3 ne peuvent pas sortir de l'unité ; Matisse (14 patients) : tous les patients (dont 5 SDRE) ont une autorisation de sortie de moins de 12 heures accompagnée sauf un mineur en chambre d'isolement ; Gaudi : 5 patients autorisés à se rendre seuls aux activités, 3 sans autorisation de sortie du service (1 SDRE et 2 SDT) ; Dali (14 patients) : 5 patients peuvent sortir seuls selon modalités médicales, 5 en sortie accompagnée et 4 ne peuvent sortir de l'unité.

Un système de régulation au moyen d'un code de couleurs (vert, jaune, orange, rouge) est en place au sein de l'unité Dali pour encadrer les possibilités de sorties⁴⁰, de visites, ou de détention du téléphone portable (cf. § 6.3).

Les patients ne bénéficiant pas d'autorisation de sortie ne peuvent accéder aux espaces d'activités situés au sein du même bâtiment mais au rez-de-chaussée, considérés comme extérieurs à l'unité, conduisant à priver une partie des patients de ces prises en charge.

S'agissant des patients en SDRE, il est régulièrement exigé une autorisation préfectorale pour toute sortie hors de l'unité, y compris lorsque celle-ci est limitée au déplacement dans les espaces d'un même bâtiment. Cette interprétation rigide des dispositions légales conduit de fait à priver les patients concernés d'un accès effectif aux activités thérapeutiques proposées hors des unités. Cette situation résulte d'un défaut de dialogue entre les équipes médicales et les services préfectoraux, les praticiens signalant des blocages réguliers dans l'évolution des situations.

Recommandation 12 :

Le principe de libre circulation des patients au sein de l'établissement doit prévaloir pour tous les patients et ne peut être restreint que pour des raisons directement liées à leur état clinique. Aucun refus préfectoral ne doit entraver la qualité des soins dispensés, en s'opposant à l'octroi de permissions de sortie des unités dans l'enceinte de l'établissement, pour des motifs sécuritaires et systématiques.

Dans sa réponse au rapport provisoire le directeur de l'établissement indique que « suite à une rencontre avec la préfecture en juin 2025, il a été convenu et rappelé que la circulation des patients au sein du site St Jacques était libre par principe et ne pouvait être restreinte que sur motivation médicale, elle ne fait pas l'objet d'une demande d'autorisation préfectorale ».

6.1.2. La gestion de la sécurité

Le site est ouvert de 5h à 23h ; les bâtiments sont verrouillés entre 20h et 22h30 jusqu'à 6h ou 7h, selon les secteurs. Des accès nocturnes peuvent être assurés pour les ambulances, les soignants ou les retours tardifs de patients. Les plans de sécurité sont tenus à jour ; les CI sont identifiées et leur occupation est signalée aux équipes de sécurité par le cadre de nuit.

Une équipe composée d'un chef de service, de 2 adjoints et de 26 agents est chargée de la sécurité. Les agents n'effectuent pas de contrôle des entrées ; leur mission se concentre sur la prévention des intrusions et la protection des personnes et des biens, avec un recours aux forces de l'ordre en cas de besoin.

883 interventions ont été recensées en 2024, sans qu'il soit possible de distinguer les interventions programmées des situations d'urgence. Des agressions verbales (7) et physiques (3), des dégradations (11), des intrusions (37), des vols (12) ainsi que

⁴⁰ L'accès à l'extérieur de l'unité, dans l'enceinte de l'hôpital, sur avis médical. Vert : sortie autorisée deux fois 30 minutes le matin et deux fois 30 minutes l'après-midi ; jaune : sortie autorisée sept fois une demi-heure au cours d'une même journée (9h à 9h30 - 11h à 11h30 - 13h à 13h30 - 14h à 14h30 - 16h30 à 17h - 18h à 18h30 - 20h à 20h30) ; orange : sorties possibles accompagnées par un soignant ou par la famille (selon avis médical) ; rouge : pas de sortie.

plusieurs infractions à la législation sur les stupéfiants et la présence de personnes indésirables ont également été relevés sur le site de Saint-Jacques.

Des agents en tenue rouge assurent 24h/24 des missions de surveillance, de sécurisation des bâtiments, de prévention des intrusions et d'accueil, en s'appuyant sur une vidéoprotection de 58 caméras, les unités d'hospitalisation n'étant pas couvertes.

Une équipe sûreté « bleue » de six agents intervient plus spécifiquement sur le secteur psychiatrique de 7h à 19h, tous les jours, en lien avec les soignants. En complément, un agent de sécurité du secteur privé est présent quotidiennement de 14h à 23h et effectue des rondes dans le bâtiment de rééducation, les parties communes des bâtiments de psychiatrie et leurs abords.

Les agents disposent de moyens d'accès aux différentes unités mais leur intervention est toujours coordonnée avec les équipes de soins. Le système de protection du travailleur isolé (PTI), géolocalisé avec précision depuis janvier 2025, permet une meilleure réactivité des agents de sécurité. Toute intervention nécessite une sollicitation préalable, le personnel de sécurité intervenant exclusivement en soutien des soignants, sans contact physique avec les patients sauf en dernier recours.

Toutefois, la réticence d'une partie du personnel soignant à gérer seul certaines situations cliniques conduit parfois à un recours inapproprié à l'équipe de sûreté tels l'accompagnement d'un patient isolé aux toilettes, à la douche ou pour fumer, et ce en contradiction avec la mission d'accompagnement et de soutien qui devrait prévaloir. Le dévoiement progressif du rôle des agents de sécurité appelle un recadrage clair des responsabilités respectives, dans l'intérêt des patients et des professionnels.

Recommandation 13 :

Les mesures de sécurité doivent être strictement proportionnées au risque présenté par les patients. Les agents de sécurité ne doivent pas intervenir physiquement auprès des patients, sauf en cas de danger immédiat et en dernier recours, et toujours sous la supervision du personnel soignant.

Dans sa réponse au rapport provisoire le directeur du CHU précise que « l'équipe de sécurité apporte son concours aux équipes soignantes, sur leur sollicitation, pour intervenir et prévenir face à des situations de violence ou d'agressivité. La fiche de poste de ces professionnels prévoit qu'ils ne peuvent intervenir physiquement auprès des patients, sauf en cas de danger immédiat et en dernier recours, sous la supervision du personnel soignant.

Une réunion en septembre 2025 entre les responsables de cette équipe et l'encadrement soignant des unités a permis d'évoquer l'évolution des sollicitations émanant des équipes soignantes en matière d'accompagnement préventif et d'apporter les rappels nécessaires au juste équilibre des missions des uns et des autres ».

6.2. LES RESTRICTIONS DE LA VIE QUOTIDIENNE SONT MESUREES

La conservation par les patients de leurs effets personnels étant constatée et le port du pyjama individualisé en raison de l'état clinique du patient, ce point ne sera pas davantage développé.

6.2.1. Le rythme de vie et l'accès aux différents espaces de l'unité

La liberté d'accès aux chambres en journée constitue la norme dans les unités, y compris fermées. Aucune restriction n'a été relevée quant à l'utilisation des espaces de repos.

Les espaces collectifs intérieurs sont accessibles librement. Les espaces extérieurs des unités (jardins ou balcons) sont ouverts pendant la journée et fermés la nuit (entre 23h et 6h dans les unités Sevel et Gaudi), sauf intervention des soignants (cf. § 6.1.1).

Dans l'unité Gwarez, l'accès au jardin n'est autorisé que de 8h30 à 11h30 puis de 14h30 à 18h30 en hiver (jusqu'à 20h30 en été) et il est suspendu le jeudi matin lors de la visite médicale hebdomadaire dans les chambres.

La télévision est autorisée jusqu'à 23h ou jusqu'à la fin des programmes, sans interruption anticipée dans les unités visitées.

Les horaires des levers et couchers sont prévus mais ne sont pas imposés, les équipes s'adaptant à la temporalité propre à chaque patient, sous réserve des horaires de service des repas.

6.2.2. L'accès au tabac

L'accès au tabac est en principe libre dans toutes les unités, bien qu'il puisse faire l'objet d'aménagements individualisés. Les patients conservent généralement leurs cigarettes et briquets personnels, sous réserve d'une évaluation clinique. Le rationnement ou la mise à l'abri dans les bureaux infirmiers n'intervient qu'en cas de vulnérabilité ou troubles empêchant la gestion autonome du tabac. La conservation du briquet peut être suspendue en cas de risque identifié, les restrictions sont exceptionnelles et circonstanciées.

Dans la majorité des unités, les patients peuvent allumer leurs cigarettes sans assistance, bien que certaines structures ne disposent plus d'équipements fonctionnels dans les fumeurs. Le support d'allume-cigare subsiste à Dali sans l'appareil lui-même. Les fumeurs sont en général accessibles jusqu'à 23h, voire en continu à Gwarez ou Matisse.

L'approvisionnement en tabac se fait, selon les unités, par l'entremise des familles, des curateurs, des soignants ou d'associations. À Dali, un intervenant extérieur, rémunéré à hauteur de 70 euros la prestation, peut assurer les achats pour les patients. Des dispositifs de soutien sont également en place pour les personnes sans ressources (cf. § 5.3). Le recours aux substituts nicotiques (patches, gommes, comprimés) est possible dans toutes les unités, bien que parfois réservé aux périodes d'isolement.

Si des actions d'éducation thérapeutique en matière de tabac sont rares, une initiative ponctuelle a toutefois été signalée à Chaissac en 2023, témoignant d'un début de sensibilisation collective au sevrage tabagique.

6.3. LES LIENS AVEC L'EXTERIEUR SONT PRESERVES MAIS LA CONFIDENTIALITE N'EST PAS TOUJOURS ASSUREE

6.3.1. Le téléphone, le courrier et l'accès des familles

Dans l'ensemble des unités visitées, les patients ont la possibilité de communiquer avec l'extérieur, mais selon des modalités très variables.

Le téléphone portable personnel est en principe autorisé dans les unités ouvertes, sous réserve d'un mésusage. Des postes téléphoniques collectifs sont également accessibles au sein des unités.

Dans les unités fermées, le téléphone est systématiquement retiré à l'arrivée. Sa restitution intervient très rapidement, après le premier entretien avec un psychiatre, sous réserve de l'état clinique du patient et des modalités du contrat de soins. Les patients conservant leur téléphone peuvent s'en servir sans contrainte excessive, dans la mesure où leur comportement reste compatible avec la vie collective.

Des postes téléphoniques sont disponibles au sein des unités fermées dans des espaces préservant la confidentialité, sans surveillance directe. Leur usage n'est pas strictement limité dans le temps, bien que les soignants puissent en moduler l'accès selon les situations cliniques.

En revanche, dans l'unité Chaissac, l'interdiction du téléphone personnel est la règle ; seuls cinq patients bénéficiaient d'une dérogation médicale au moment de la visite. Une cabine téléphonique, installée dans une pièce attenante au bureau de la cadre garantissant la confidentialité, est accessible à partir de 15h sur avis médical, dans le cadre du contrat de soins, les démarches administratives justifiant un accès élargi.

Recommandation 14 :

Les patients doivent disposer librement de leur téléphone personnel, les exceptions ne pouvant être justifiées que par l'état clinique du patient.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHU indique que concernant l'unité Chaissac, « la règle à l'arrivée dans l'unité est de retirer les téléphones personnels jusqu'à évaluation médicale, selon l'évaluation clinique et la capacité de respecter les règles collectives. En fonction des moments et des profils des patients, la proportion de ceux ayant accès est très variable ».

Les visites sont permises tous les jours, sans rendez-vous préalable, dans les unités qui disposent de salons dédiés. Seule l'unité ouverte Tati n'en dispose plus : les visites impliquent alors une sortie hors de l'unité (cf. § 5.1).

Les horaires de visites varient selon les unités, mais sont généralement prévus l'après-midi de 14h30 à 18h30. L'unité Chaissac prévoit des visites en semaine de 16h30 à 18h30 et de 19h30 à 20h30 et le week-end à partir de 14h30.

Les unités n'acceptent pas toutes les visiteurs de moins de 15 ans, à l'exception des unités Matisse, Gwarez et Sevel qui disposent d'espaces adaptés aux enfants sans devoir entrer dans l'unité. A défaut, la venue des enfants est rendue possible soit dans d'autres locaux, soit à l'extérieur, selon l'évaluation du personnel soignant et le cadre thérapeutique.

6.3.2. L'accès à l'information et aux réseaux sociaux

Toutes les unités disposent de postes de télévision installés dans les espaces communs, avec des fauteuils confortables et un environnement calme. Des abonnements à la presse quotidienne régionale (*Ouest France* notamment) sont disponibles dans plusieurs unités.

Certaines unités sont équipées de chaînes hi-fi (Matisse, Gaudi, Sevel) ou de lecteurs DVD (cassé à Chaissac).

L'accès à Internet demeure inégal et n'est pas favorisé. Dans les unités Gaudi, Matisse, Claudel, Gwarez et Sevel, les patients peuvent accéder à Internet via leur téléphone personnel, sous réserve qu'ils disposent d'un forfait avec données mobiles. Aux unités Gwarez et à Chaissac, un accompagnement ponctuel par un soignant à partir d'un poste professionnel peut être proposé aux personnes dépourvues de téléphone portable, uniquement pour la réalisation de démarches administratives. Un Wifi payant est proposé par l'établissement mais apparaît coûteux.

Le courrier constitue un mode de communication encore utilisé par certains patients. Toutes les unités permettent l'envoi et la réception de courriers personnels. Dans plusieurs unités, les lettres peuvent être déposées dans une boîte dédiée, relevée régulièrement par les soignants ou le secrétariat. Les courriers reçus sont distribués sans être ouverts, seuls les colis sont ouverts en présence du patient pour des motifs de sécurité. Le secret de la correspondance est respecté dans toutes les unités. L'affranchissement est en principe à la charge des patients, sauf lorsqu'il s'agit de démarches administratives, judiciaires ou médicales.

6.3.3. La confidentialité

La confidentialité des données administratives et médicales est assurée. La procédure d'hospitalisation sous anonymat est connue et généralement maîtrisée dans les unités fermées. Cette procédure est systématiquement appliquée aux personnes détenues dès leur admission aux urgences.

Le personnel soignant connaît les démarches à effectuer et fait le lien avec le service des admissions. Le standard en revanche ne vérifie pas systématiquement les consignes portées dans le dossier patient informatisé avant de transmettre les communications.

Recommandation 15 :

Le dossier du patient doit être vérifié systématiquement par le standard avant une mise en relation ou un renseignement fourni aux proches.

Dans sa réponse au rapport provisoire le directeur du CHU précise que « les professionnels du standard (...) n'ont pas accès au dossier patient informatisé, ces derniers sont des professionnels administratifs.

Ils sont bien au fait du principe de confidentialité et de discrétion inhérent à leur poste. Lors de la réception de l'appel, si l'interlocuteur souhaite entrer en communication avec un patient, le standardiste interroge la liste des patients présents du logiciel de gestion administrative des patients. Si le patient est enregistré en confidentialité ou hyperconfidentialité alors il n'apparaît pas sur la liste des patients présents du standard, il est donc indiqué à l'interlocuteur que la

personne n'est pas hospitalisée au sein du CHU de Nantes. Au demeurant, toute communication téléphonique avec un patient effectuée sur une ligne téléphonique de l'établissement transite nécessairement par un soignant de l'unité ».

6.4. L'EXERCICE DU DROIT DE VOTE EST ORGANISE A MINIMA

Une information sur l'accès au vote est présente dans le règlement intérieur de l'établissement (article 42), dans le livret d'accueil psychiatrie (page 15) et dans les livrets d'information de certaines unités.

A chaque scrutin, une information est donnée aux patients par voie d'affichage sur les conditions d'exercice du droit de vote, à savoir par procuration ou lors de permission de sortie en fonction de leur état de santé.

Dans la plupart des unités les patients sont questionnés sur leur volonté de participer au vote. Dans la mesure du possible, des autorisations de sortie leur sont accordées pour aller voter, seuls ou accompagnés par un membre de la famille. Les patients non autorisés à quitter l'établissement ou l'unité peuvent voter par procuration. Toutefois, celles-ci doivent être gérées par la famille, les services de police ne se déplaçant pas dans les unités pour recueillir lesdites procurations et les modalités d'intervention des policiers pour ce faire étant très mal connues des soignants, situation qui peut limiter l'exercice du droit de vote.

6.5. L'ACCES AUX CULTES EST ASSURE

L'information sur la liberté de pratiquer la religion de son choix est inscrite dans le règlement intérieur du CHU (article 41) : « *Les patients doivent pouvoir, dans la mesure du possible, suivre les préceptes de leur religion. Ce droit s'exerce dans le respect de la liberté des autres patients, comme des principes de la Charte de la Laïcité* ». Cette information est reprise dans le livret d'accueil psychiatrie (page 15).

Dans chaque unité sont ainsi affichées les coordonnées téléphoniques des ministres des différents cultes (catholique, israélite, musulman, orthodoxe et protestant). Ces derniers peuvent être librement contactés et se déplacent dans les unités où ils peuvent rencontrer, dans le salon de visite, les patients qui les ont sollicités.

L'aumônerie catholique est la plus présente sur l'établissement où elle assure une permanence. Elle est également la plus sollicitée. Elle organise par ailleurs des célébrations collectives (messe tous les dimanches et temps de prière le jeudi dans la chapelle) et des manifestations lors des fêtes religieuses auxquelles les patients peuvent se rendre soit librement soit accompagnés.

Pour les musulmans, la prière en chambre est possible et facilitée, le tapis de prière autorisé et la direction de La Mecque indiquée.

Des alternatives alimentaires sont proposées de manière à respecter les préceptes culturels en matière de nourriture.

6.6. LA VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE EST PEU PRISE EN COMPTE

Les relations sexuelles sont interdites dans les unités, « *les patients n'étant pas en état de donner un consentement éclairé* ». La fermeture des chambres par le système de bracelet électronique, dont chaque patient est équipé, contribue à protéger les personnes vulnérables.

Cependant ce qui se passe dans le parc, indique un soignant : « *ce n'est pas notre problème, si c'est consenti par des personnes qui peuvent consentir* ».

La sexualité n'est donc pas un sujet traité de façon institutionnelle mais plutôt une source d'inquiétude, particulièrement avec les mineurs hospitalisés dans les unités pour adultes (cf. § 3.4).

Le personnel soignant est très attentif à ce sujet. Cependant les formations proposées sur ce thème ne rencontrent que peu de succès.

Les troubles sexuels liés aux traitements sont abordés par les médecins psychiatres. Le dépistage des maladies sexuellement transmissibles est proposé. La contraception féminine est traitée par les médecins somaticiens qui prescrivent, si nécessaire, des contraceptifs. La contraception masculine n'est pas vraiment abordée, aucun préservatif masculin n'est disponible, y compris dans les pharmacies des unités.

Recommandation 16 :

La vie affective et sexuelle des patients doit être prise en compte et faire l'objet d'une réflexion institutionnelle. Les personnes privées de liberté conservent, au titre de leur droit à la vie privée, leur liberté sexuelle. Elle doit pouvoir s'exercer dans des lieux qui respectent la dignité.

7. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

Les pratiques d'isolement et de contention concernant les mineurs sont présentées dans la partie relative à la prise en charge des mineurs (cf. § 10.1).

7.1. LES CHAMBRES D'ISOLEMENT NE RESPECTENT PAS L'INTIMITE DU PATIENT

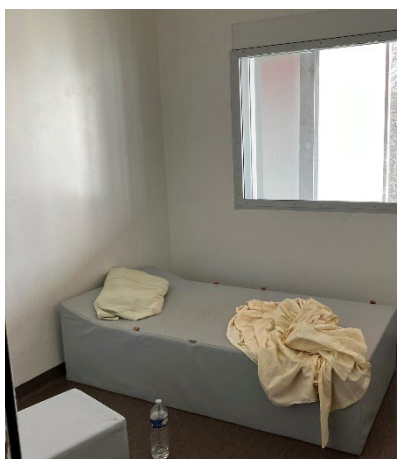
Le CHU dispose de dix chambres d'isolement (CI), réparties dans les cinq unités fermées⁴¹. Toutes les unités disposent en sus d'une chambre dite sécurisée, alternativement utilisée comme chambre hôtelière ou comme CI. En outre, à l'unité Gwarez, une quatrième chambre fermée est spécialement aménagée pour un patient présentant une forme sévère d'autisme.

Chaque espace d'isolement se compose d'un sas donnant accès aux deux chambres d'isolement, à une ou deux douches attenantes aux CI et à un local de maintenance, situé entre les deux chambres, permettant un accès supplémentaire aux chambres.

Les chambres mesurent une dizaine de mètres carrés et sont dans un bon état général. Elles disposent toute d'un matelas lesté en mousse comportant des attaches⁴², d'un cube en mousse lesté et de toilettes en inox sans abattant, ni lavabo. Les CI sont nettoyées entre chaque patient et les lits sont préparés par principe avec draps, couverture et taie d'oreiller. Les professionnels se sont plaints de l'état des matelas qui, bien que régulièrement changés, sont imprégnés des fluides corporels des patients par les coutures.



CI Unité Dali



CI Unité Chaissac



CI Unité Gaudi

La ou les salles d'eau installées dans le sas des CI sont composées d'une douche et d'un lavabo et sont bien entretenues. Elles sont accessibles selon les unités soit par une porte donnant directement sur la CI soit en traversant le sas et en passant devant la deuxième CI.

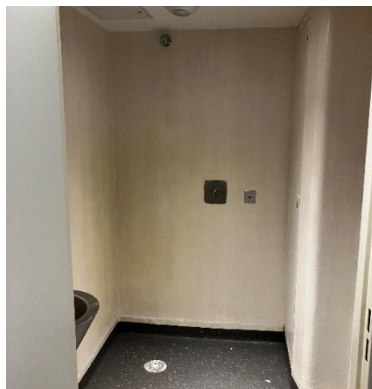
Certaines portes des salles d'eau comportent des œillets et toutes les portes des CI disposent d'un fenestron donnant vue sur les toilettes, ne préservant pas l'intimité du patient ni des soignants ni de l'autre patient également placé en CI.

⁴¹ Une CI était en travaux à l'unité Gaudi durant le contrôle, un patient ayant arraché le lino.

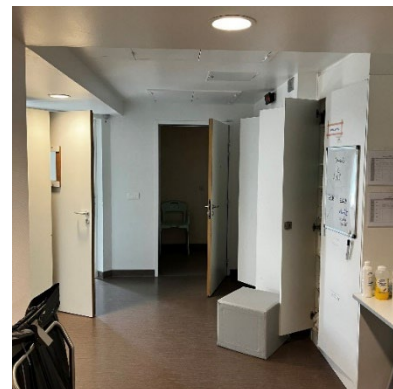
⁴² Permettant l'installation de cadenas qui jouent le rôle de passe-sangles en cas de placement sous contention du patient.



Vue des sanitaires d'une CI par le fenestron



Salle d'eau d'une CI



Sas donnant sur l'unique salle d'eau

Les volets et la lumière (plafonnier et veilleuse) ne peuvent être actionnés que par les soignants depuis le sas. Toutes les CI possèdent une vitre donnant vue sur le parc, mais aucune ne peut être ouverte ni par le patient ni par les soignants. Ainsi, le patient isolé n'a aucun accès à l'air libre durant son isolement en chambre, le patio n'étant accessible que sur consigne médicale. L'aération se fait par des bouches de ventilation et la température est réglée à la demande des soignants par le service de maintenance. Le système d'aération dysfonctionnait à l'unité Chaissac lors du contrôle : des odeurs d'urine et de nourriture persistaient et l'air était décrit comme vicié par les professionnels. Des recherches étaient en cours par les hygiénistes, mais les travaux conséquents pour changer la ventilation de cette unité n'étaient pas envisagés sur le court terme.

Les patients isolés mangent assis sur leur lit, parfois avec l'aide d'un coussin de soutien placé dans le dos. S'ils bénéficient d'une cuillère en bois jetable, d'une bouteille d'eau et d'une assiette en carton, ni table ni chaise ne sont mises à leur disposition. Le patient mange assis sur son lit ou sur le cube en mousse, en position courbée. Les IDE ne sont pas toujours présents durant le repas et peuvent surveiller le patient depuis le fenestron dans le sas en fonction de son état clinique.

Dans l'ensemble des CI, des boutons d'appel se situent à l'intérieur de la chambre et dans la salle d'eau. Seul un système d'appel portatif est disponible pour l'ensemble des unités dans le cas où un patient serait attaché⁴³. Les boutons d'appel émettent un signal sonore (parfois peu audible) et lumineux retransmis uniquement dans la salle des soins dans laquelle les soignants ne sont pas toujours présents. Dans l'unité Gwarez, les boutons d'appel n'émettaient aucun signal sonore, seule le signal lumineux s'allumait dans la salle des soins. Une demande de réparation était en cours depuis de nombreuses semaines.

Une horloge digitale est installée dans le sas de toutes les CI, visible depuis le fenestron, mais illisible par un patient attaché. La date est inscrite quotidiennement sur un tableau blanc, mais n'est pas toujours actualisée. Un système de radio est installé dans tous les sas et permet la diffusion de musique, selon les unités, dans les deux chambres simultanément ou dans l'une des deux.

⁴³ Des contentions à cinq points (attaches aux pieds, aux mains et ventrales) de tailles diverses en bon état sont disponibles dans toutes les unités et sont nettoyées après chaque usage soit par la buanderie soit par les soignants dans les unités. Tous les soignants disposent d'un aimant.

Recommandation 17 :

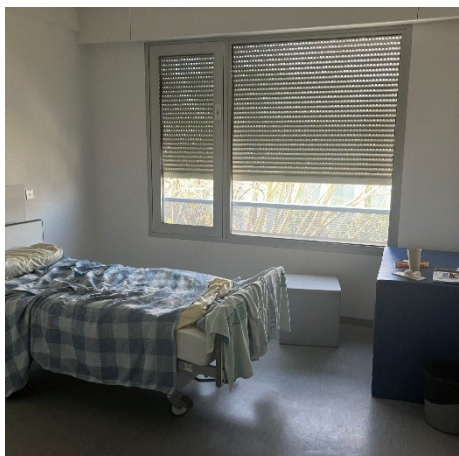
La sécurité des patients ne saurait justifier des dispositifs intrusifs permettant de visualiser les sanitaires. Les chambres doivent comporter des toilettes avec abattant et lunette, un dispositif d'appel fonctionnel et accessible à tout moment, des repères temporels visibles, ainsi qu'un mobilier permettant de prendre les repas dans des conditions adaptées. En cas d'isolement, le patient doit pouvoir accéder à l'air libre et disposer, selon son état, d'une autonomie sur l'éclairage et sur l'ouverture de la fenêtre et des volets.

Dans chaque unité, une chambre dite sécurisée est régulièrement, voire quotidiennement, utilisée pour accueillir des patients isolés. Il s'agit d'une chambre classique donnant un accès à une salle d'eau (douche, toilettes et lavabo). Le lit n'y est pas scellé et le mobilier se compose dans la plupart des chambres d'un cube en mousse, d'une table en mousse et d'un placard fermé à clef. Le patient peut librement actionner la lumière de sa chambre, mais ne peut ouvrir sa fenêtre ni ses volets. Cette chambre ne dispose ni d'un sas et ni d'une double entrée. Une horloge n'est pas systématiquement installée dans ou devant la chambre et la date n'est jamais affichée. La porte de la chambre comporte un fenestron donnant vue sur tout ou partie du lit du patient et visible par l'ensemble des usagers du couloir (cf. § 5.1 recommandation 11).

À l'unité Gwarez, une quatrième chambre hôtelière est utilisée quotidiennement comme CI. La porte de la chambre, comportant également un fenestron, a été calfeutrée. Un lit en mousse lesté, sanglé en permanence, un tableau blanc, une table et un cube en mousse composent le mobilier de la chambre, outre un placard fermé à clef disposant d'une radio.

Recommandation 18 :

Un patient isolé ou contenu doit l'être dans un espace spécifiquement adapté, distinct de sa chambre hôtelière. Les chambres sécurisées de toutes les unités, indûment comptées dans le capacitaire, ne présentent aucune garantie de sécurité ni pour les soignants ni pour le patient et doivent immédiatement être réhabilitées en chambre hôtelière.



Chambre dite sécurisée Unité Dali



Chambre spécialement aménagée Unité Gwarez

7.2. LES MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTIONS SONT NOMBREUSES ET REGULIEREMENT ILLEGALES

7.2.1. Les mesures d'isolement et de contention

La mise en CI est décidée par les psychiatres ou par les internes, en nombre suffisant dans les unités, après évaluation du patient. Les soignants peuvent également décider d'un placement à l'isolement. Ils contactent systématiquement par téléphone un psychiatre ou un interne qui se déplace dans l'heure, selon les déclarations des soignants. La nuit ou les week-ends, seuls les internes se déplacent et décident ou renouvellent un placement à l'isolement. Selon les protocoles internes et les déclarations des professionnels, les internes n'appellent pas systématiquement le psychiatre d'astreinte pour se voir confirmer la décision⁴⁴, aucun psychiatre n'étant par ailleurs présent sur le site Saint-Jacques. En outre, selon les unités, les internes peuvent renouveler seuls les mesures d'isolement, sans qu'une évaluation clinique présenteielle du patient soit réalisée, et sans confirmation des psychiatres. En effet, il a été indiqué qu'il arrivait qu'un seul examen clinique du patient soit réalisé par jour, le matin après la réunion d'équipe.

Ainsi, des mesures illégales d'isolement et de contention sont décidées et renouvelées par des professionnels n'ayant pas encore le statut de psychiatre et peuvent être renouvelées sans évaluation du patient⁴⁵.

⁴⁴ Fiche du CHU PSY-MO-005 Procédure spécifique de soins en chambre d'isolement : « Il est assuré une visite médicale systématique bi-quotidienne auprès du patient en CSI. (...) Le dimanche, cette visite est assurée par l'interne de garde en psychiatrie, qui fait appel au psychiatre de garde s'il juge nécessaire ».

⁴⁵ Article L. 3222-5-1 I du CSP : « L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours et ne peuvent concerner que des patients en hospitalisation complète sans consentement. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, **sur décision motivée d'un psychiatre et uniquement de manière adaptée, nécessaire et proportionnée au risque après évaluation du patient.** Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte, somatique et psychiatrique, confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin et tracée dans le dossier médical.

La mesure d'isolement est prise **pour une durée maximale de douze heures**. Si l'état de santé du patient le nécessite, elle peut être renouvelée, dans les conditions et selon les modalités prévues au premier

Par ailleurs, les décisions médicales d'isolement ou de contention ne caractérisent jamais la notion de dernier recours et des « *prescriptions si besoin* » d'isolement sont exceptionnellement prises dans une unité. Il a également été indiqué que des décisions de contention « *si besoin* » étaient prises pour le patient souffrant d'un autisme sévère à l'unité Gwarez, utilisées la nuit afin que ce dernier ne tape pas dans les murs et à la porte et le jour pour toutes sorties sur l'extérieur. Ces contentions ne sont pas tracées.

Recommandation 19 :

Toute décision d'isolement ou de contention, comme de leur renouvellement, doit être prise par un psychiatre après évaluation du patient. Chaque patient doit bénéficier de deux évaluations médicales par 24 heures en cas d'isolement et de deux évaluations par 12 heures en cas de contention.

Une évaluation somatique est systématiquement réalisée par les psychiatres le matin à leur arrivée dans l'unité et des traitements anticoagulants et des sédatifs peuvent être associés à la mesure de contention. Des injections forcées en « *si besoin* » peuvent également être prescrites (cf. § 9.4). Le somaticien n'examine le patient isolé qu'à la demande de l'équipe soignante et selon sa présence sur l'unité (soit deux demi-journées par semaine).

Une surveillance par les infirmiers est assurée *a minima* toutes les heures selon les consignes médicales, soit par le fenestron soit en ouvrant la chambre. Des passages plus réguliers sont mis en œuvre en cas de contention.

Compte tenu du taux d'occupation très élevé des CI, des isolements sont réalisés, sur décisions médicales tracées, dans des espaces non dédiés, soit en chambre hôtelière (en priorité celles disposant de fenestron) vidée de son mobilier, soit en chambre dite sécurisée (CS), ce en fonction de la disponibilité des CI ou de l'état clinique du patient. Quel que soit l'espace où le patient est enfermé, et au regard du taux d'occupation des unités fermées (cf. § 4.2), le patient ne garde pas systématiquement sa chambre hôtelière et peut être transféré dans une CI ou dans une CS d'un autre secteur.

Lors d'un placement à l'isolement, la mise en pyjama n'est systématiquement décidée qu'à l'unité Gwarez, pour une durée minimum de 24 heures, sauf rares exceptions. Dans les autres unités, la mise en pyjama n'est pas systématique mais dépend de l'état clinique. Dans le cas où le patient ne pourrait pas garder sa chambre hôtelière, ses vêtements sont rangés dans les placards se situant dans le sas des CI ou dans les placards fermés à clef des CS.

Une autorisation de fumer peut faire l'objet d'une consigne médicale, dans le cadre d'une permission de sortie de la chambre, faute d'un accès direct à un espace extérieur depuis la CI. Ils peuvent également se voir proposer des substituts nicotiques. Pendant la durée de l'isolement, le patient ne bénéficie d'aucune

alinéa du présent I, dans la limite d'une durée totale de quarante-huit heures, et fait l'objet de deux évaluations par vingt-quatre heures.

La mesure de contention est prise dans le cadre d'une mesure d'isolement pour une durée maximale de six heures. Si l'état de santé du patient le nécessite, elle peut être renouvelée, dans les conditions et selon les modalités prévues au même premier alinéa, dans la limite d'une durée totale de vingt-quatre heures, et fait l'objet de deux évaluations par douze heures. (...) ».

activité thérapeutique ou occupationnelle. Il peut cependant bénéficier de feutres, d'un stylo, de coloriage, de lecture ou de musique sur consignes médicales.

La sortie de la CI s'accompagne dans la plupart des situations de sorties séquentielles. Si des soignants ou des psychologues de certaines unités proposent un débriefing au patient à sa sortie d'isolement, cette pratique n'est pas systématique dans toutes les unités. Par ailleurs, au regard de la suroccupation des unités, les professionnels ont indiqué recourir parfois à l'utilisation des CI « porte ouverte », autorisant le patient à sortir de la CI, à la demande, durant toute la journée, la porte étant systématiquement fermée la nuit et pendant les temps de retour en chambre afin de préserver l'intimité du deuxième patient isolé. Dans ces situations, l'isolement est tracé et la décision d'isolement est maintenue, sans état clinique associé, la prévention d'un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui n'étant plus réunie, ce qui est illégal.

En cas de transfert de CI ou d'incendie, l'usage d'un brancard et de contentions est protocolisé. Cependant, l'usage des contentions, auquel les soignants ne sont majoritairement pas formés, ne fait pas l'objet d'une décision médicale et n'est pas tracée dans les registres. Par ailleurs, certaines unités fermées se partagent un unique brancard, insuffisant pour le transfert des trois à six patients enfermés, éventuellement menacés par un incendie.

Recommandation 20 :

La chambre hôtelière doit être conservée afin que le patient puisse en disposer à l'issue de la mesure sans prolongation injustifiée de celle-ci. Le port du pyjama hospitalier doit être individualisé et adapté à l'état clinique, plutôt que systématique.

Il a été observé que les équipes soignantes n'avaient pas connaissance des protocoles spécifiques relatifs à l'isolement et à la contention malgré l'existence de la fiche « *Procédure spécifique de soins en chambre d'isolement* » rappelant les modalités d'accompagnement des patients en CI, les modalités de surveillance (toutes les demi-heures), de renouvellement des décisions et les entretiens de sortie de CI.

7.2.2. Le registre isolement et contention

Un registre de l'isolement et de la contention est extrait du logiciel informatique par le département d'information médicale (DIM). Le nombre de mesures prises et les durées de placement en isolement ou en contention ne sont pas cumulés selon les dispositions de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique (CSP), ne permettant pas l'exploitation des données du registre. En effet, le logiciel identifie toutes les décisions initiales et de renouvellement comme une nouvelle mesure d'une durée maximale de 12 heures.

L'analyse du registre permet d'établir pour l'année 2024 uniquement les données suivantes :

2024	File active (FA)	FA SSC	FA SSC/FA	Nb patients isolés	% file active iso/SSC	% iso/file active	Nb patients contenus	% cont/file active SSC	% cont/file active	% cont/iso
FA unité fermée	986	730	74 %	395	54 %	40 %	154	21 %	16 %	39 %
FA totale	2 685	730	27 %	395	54 %	15 %	154	21 %	6 %	39 %

En 2024, le nombre de patients en SSC ayant subi au moins une mesure d'isolement durant leur hospitalisation est de 54 %, soit bien au-delà de la moyenne nationale, déjà élevée, de 37 %⁴⁶. Compte tenu de l'usage indifférencié de toutes les chambres d'isolement par les unités notamment en cas d'occupation, l'exploitation des registres par unité ne permet pas de tirer un enseignement des pratiques propres à chacune mais montre des variations allant de 51 % à 62 %.

De même, le nombre de patients en SSC ayant subi au moins une mesure de contention est de 21 %, avec une variation allant de 14 % à 26 % selon les unités, soit une moyenne bien supérieure à la moyenne nationale de 11 %⁴⁷. Ces données sont partiellement faussées alors que toutes les mesures de contention, notamment ambulatoires, ne sont pas tracées (cf. § précédent).

En 2023, selon le rapport annuel « *isolement et contention* » du CHU, 403 patients ont été isolés et 223 ont été placés sous contention sur une file active (FA) des unités fermées de 961 patients. Ainsi, 42 % des patients de la FA ont été isolés (contre 40 % en 2024) et 23 % ont été contentonnés (contre 16 % en 2024). Si les patients concernés par une mesure de contention sont en diminution en 2024, le nombre de patients isolés a peu évolué.

Recommandation 21 :

Toutes les mesures d'isolement et de contention doivent être tracées. Le registre des décisions d'isolement et de contention doit respecter les dispositions légales et permettre une utilisation statistique pertinente.

Dans sa réponse au rapport provisoire le directeur du CHU précise que « les données de l'actuel registre isolement contention sont extraites du système d'information de l'établissement et ne permettent pas pleinement de répondre aux obligations en la matière.

Le déploiement d'un nouveau dossier patient informatisé est prévu en 2026, avec le développement d'un module spécifique au champ de la psychiatrie (EASILY santé mentale), comprenant dans ses spécifications toutes les données requises par le code de la santé publique ».

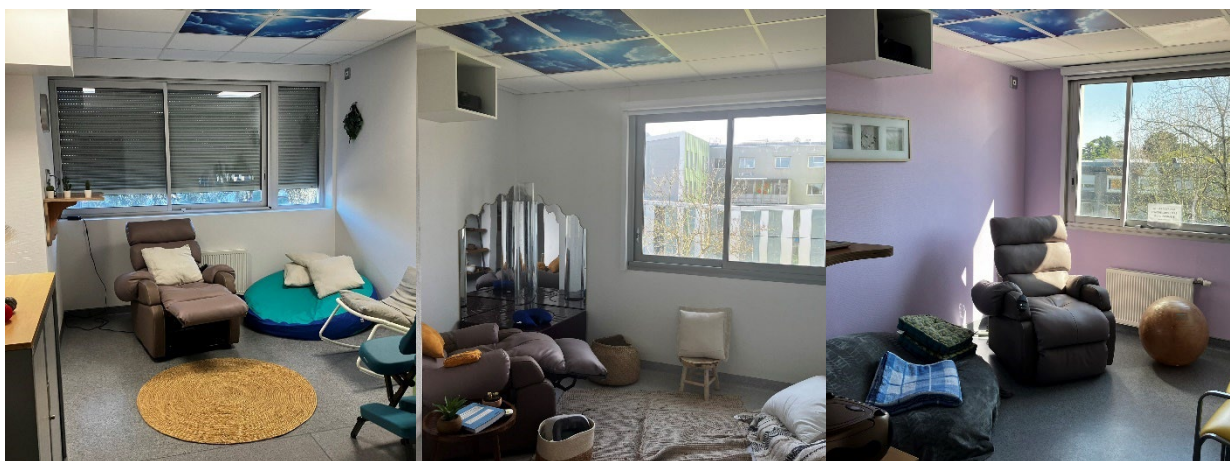
⁴⁶ V. Coldefy M., Gandré C. et Touitou-Burckard E., « *Isolement et contention en psychiatrie en 2022 : un panorama inédit de la population concernée et des disparités d'usage entre établissements* », *Questions d'économie de la santé* n° 286, février 2024.

⁴⁷ Selon la même source.

7.3. LES MESURES ALTERNATIVES SONT SOUS-INVESTIES ET L'ANALYSE DE LA PRATIQUE DE L'ISOLEMENT ET DE LA CONTENTION EST INSUFFISANTE

7.3.1. Les mesures alternatives

Toutes les unités fermées disposent d'un espace d'apaisement depuis 2023. Elles disposent toutes d'un équipement similaire, à savoir un fauteuil, un pouf, une colonne à bulle lumineuse, un vidéoprojecteur, un plafond lumineux, une boîte à son Morphée, une couverture lestée, des ustensiles de massage et un chariot Snoezelen⁴⁸. Dans certaines unités, d'autres petits mobiliers (boule relaxante, outils de massages, etc.) ont été ajoutés à la demande des soignants.



Espace d'apaisement, Unité
Gwarez

Espace d'apaisement, Unité
Dali

Espace d'apaisement, Unité
Gaudi

Ces espaces sont insuffisamment utilisés et investis par les patients et les soignants en fonction des unités. Seule une unité dispose d'une charte d'utilisation et si les espaces existent depuis 2023, certains n'ont ouvert que fin 2024. Des pratiques variables et évolutives sont observées⁴⁹.

L'ensemble des professionnels a pu regretter le manque, voire l'absence totale pour certains soignants, de formation liée à l'usage de cet espace. La plupart des professionnels ont dit ne pas savoir utiliser les chariots Snoezelen et ne les avoir utilisés qu'une fois ou deux, maximum, depuis deux ans. De même, certains professionnels n'étaient pas capables de faire fonctionner les fauteuils ou le plafond lumineux, démontrant un sous-investissement de ces espaces. Aucun outil n'a été mis en place afin d'évaluer l'usage et les effets des espaces d'apaisement sur la réduction des crises. Certains patients ont également indiqué ne pas avoir connaissance du fonctionnement de cet espace.

De façon générale, la formation des professionnels reste peu orientée vers les alternatives à l'isolement et à la contention, vers les techniques d'apaisement ou de relaxation ou vers la psychopathologie des patients qui permettraient d'éviter certaines situations de violences ou d'agitation (cf. § 3.3.3 recommandation 3).

⁴⁸ Un chariot Snoezelen est un équipement mobile conçu pour créer des environnements multisensoriels, visant à stimuler les sens et favoriser la relaxation.

⁴⁹ Ainsi, selon les unités, les patients peuvent s'y rendre seuls ou systématiquement accompagnés, à leur demande ou uniquement sur proposition des soignants. Dans certaines unités, les premiers entretiens médicaux ou soignants sont réalisés dans cet espace afin de le présenter au patient.

Les directives anticipées en psychiatrie, également appelées plan de crise, sont des outils très peu connus des soignants et peu déployés au sein des unités (cf. § 9.4 recommandation 32).

Le directeur de l'ARS dans sa réponse au rapport provisoire précise apporter son soutien « pour le développement des alternatives à l'isolement/contention. Une enveloppe FMIS de 243 684€ a ainsi été notifiée en 2022 pour encourager des investissements en faveur de la prévention du recours à ces mesures. Ces crédits complètent d'autres enveloppes déjà attribuées à cet effet en 2018 et 2019 ».

Recommandation 22 :

Un outil doit être mis en place pour quantifier l'impact des espaces d'apaisement sur le nombre de mesures d'isolement et de contention ainsi que sur la durée de celles-ci.

7.3.2. La politique de l'établissement

L'établissement ne fait mention d'objectifs en lien avec un usage modéré du recours à l'isolement et à la contention ni dans son projet d'établissement, ni dans le projet médico-soignant. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) de l'établissement ne comporte pas plus d'indicateurs spécifiques des pratiques d'isolement et de contention.

Si un rapport annuel isolement et contention est présenté à la commission des usagers (CDU), ce rapport détaillé n'est pas diffusé auprès des différentes unités qui n'ont pas connaissance des données chiffrées. Par ailleurs, les données obtenues, inexploitable pour une grande partie (cf. § 7.2.2), ne permettent aucune analyse des pratiques concrètes au sein des unités et leur évolution. Enfin, le rapport ne fait pas mention des mesures alternatives à l'isolement et à la contention utilisées ni des actions institutionnelles permettant le recours moindre à l'isolement et à la contention.

Les récents protocoles relatifs à l'usage des mesures d'isolement et de contention, tout comme les professionnels, font toujours usage des termes « *chambre de soins intensifs* » pour évoquer les chambres d'isolement et « *prescription médicale* » pour désigner les décisions médicales, contrairement aux évolutions législatives. Par ailleurs, ces protocoles restent lapidaires concernant les alternatives aux mesures d'isolement⁵⁰.

Recommandation 23 :

L'établissement doit inscrire dans son projet d'établissement et dans le projet médico-soignant l'objectif d'un recours adapté aux mesures d'isolement et de contention, et décrire les moyens mis en œuvre pour y parvenir. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement doit comporter des indicateurs spécifiques des pratiques d'isolement et de contention.

⁵⁰ Fiche du CHU PSY-MO-005 Procédure spécifique de soins en chambre d'isolement : « Rappel des règles de vie en communauté avec adaptation du discours soignant au patient/Aide à la parole, écoute, pacification.../Traitements médicamenteux/ Proposition d'un repos en chambre/Temps d'accompagnement ».

Le registre d'isolement et de contention doit faire l'objet d'une analyse trimestrielle accompagnée d'une discussion pluridisciplinaire au sein de chaque unité pour permettre de réduire le recours à ces pratiques. Le rapport annuel doit présenter les actions ayant pour objectif une réduction des mesures et décrire les moyens mis en œuvre.

Dans sa réponse au rapport provisoire le directeur indique qu'« à travers un travail collectif continu, les services de psychiatrie ont parfaitement identifié l'importance d'une démarche institutionnelle visant à diminuer le recours à l'isolement et aux mesures de contention. Le plan d'action qui en découle a été établi afin de garantir des pratiques humaines, sécurisées et respectueuses du patient. Il a été décliné sous formes d'axes stratégiques.

- Communication et information sur les motifs de main levée. L'UGEPP communique désormais aux services concernés sur les raisons qui justifient une main levée. Cette communication est déjà en place et continue d'être renforcée afin de favoriser la transparence et le dialogue interne.
- Collecte et suivi des données. L'extraction des données relatives à l'isolement et à la contention a été améliorée grâce à un paramétrage réalisé avec la direction des services numériques. Ce paramétrage est en cours de finalisation, ce qui permettra une collecte fiable et exploitable pour le pilotage du plan d'action et les actions institutionnelles identifiées (sensibilisation, formation, analyse et amélioration des pratiques professionnelles ...).
- Environnement et équipement du patient. La démarche visant à occulter les hublots afin de respecter l'intimité des patients tout en veillant à la sécurisation des patients et des soignants dans le cadre de leur prise en charge thérapeutique. L'installation d'horloges horodatées visibles depuis chaque chambre sécurisée est également engagée. Les besoins en matériel sur les secteurs fermés (chambres d'isolement) sont recueillis pour garantir un équipement adéquat. La mise à disposition d'un appel malade pour les services pouvant être concerné est à l'étude.
- Formation et bonnes pratiques. Les professionnels sont sensibilisés et formés aux thématiques isolement/contention. Des documents informatifs sont existants. Les médecins, l'encadrement et des infirmiers référents s'appuient sur ces outils pour informer et resensibiliser les soignants. Des briefings systématiques suivent chaque incident d'isolement afin de rappeler les bonnes pratiques. Bien que les espaces d'apaisement restent trop peu utilisés depuis leur mise en place en 2023, des formations obligatoires sont prévues au plan de formation institutionnel (3 sessions de 12 professionnels soit 36 par an) pour que les soignants puissent recourir avec aisance à cet outil. Cette démarche sera renforcée par des temps informatifs organisés au sein des unités d'hospitalisation. Une formation générale est également proposée à l'ensemble du personnel de l'établissement.
- Plan de crise conjoint (PCC). Le PCC est en cours de déploiement. Les services sont accompagnés par le CReSERC. Des référents PCC au sein des unités d'hospitalisation sont en cours d'identification. Des réunions semestrielles animées par des formateurs du CReSERC seront planifiées pour 2026.

- Innovation et expérimentation. Le groupe de réflexion « isolement, parlons en » poursuit ses travaux depuis début 2025. Quatre rencontres ont eu lieu dans cette optique, et les pistes d'amélioration identifiées sont en cours de mise en œuvre. La fabrique de l'innovation, bureau d'étude et de recherche du CHU, accompagne une unité fermée (Matisse) sur la réflexion et la faisabilité du projet « zéro contention et porte ouverte ». La réhabilitation des chambres d'isolement s'inscrit parallèlement dans un projet d'étude *Design care* avec l'école de Design de Nantes.
- Événements et partages d'expériences. Des retours d'expérience sont organisés avec les établissements (CH de Valvert, CESAME, EPSYLAN, CHN...) afin de diffuser les bonnes pratiques et de favoriser l'échange entre professionnels. Un événement annuel « conférence » sur la thématique isolement contention est prévu courant 2026. Un comité d'organisation appuiera et guidera cette réflexion éthique.

En synthèse, ce plan d'action structuré autour de plusieurs axes stratégiques vise à instaurer une culture institutionnelle où l'isolement et la contention seront la dernière alternative thérapeutique. Grâce à une communication claire, à l'amélioration continue des données, à l'adaptation de l'environnement patient, à une formation ciblée, ainsi qu'à un partenariat étroit avec les autorités locales, le PHU8 s'engage sur la voie d'une psychiatrie plus respectueuse et sécurisée pour chaque individu ».

La direction de l'ARS dans sa réponse au rapport provisoire précise que « ni le CPOM 2019-2022 du CHU de Nantes, ni même le projet d'établissement, le projet médico-ocial ou le projet médical partagé du GHT44(V1 ou V2) n'évoquent en effet d'objectifs en termes d'isolement-contention. De nouveaux CPOM 2025-2029 sont en cours de signature pour tous les établissements de la région. Par mesure de simplification, ils ne devraient pas comporter d'annexes « objectifs stratégiques » signés et se limiter aux obligations réglementaires ».

À l'initiative d'un seul secteur de la psychiatrie du CHU, une école de *design* a été sollicitée afin de réaménager la configuration de l'espace d'apaisement, les chambres d'isolement et les espaces d'accueil des familles sur l'unité Matisse. Des recherches de financement sont en cours pour que le projet finalisé aboutisse.

La fabrique de l'innovation, bureau d'étude et de recherche du CHU, a également été sollicitée par ce secteur afin d'accompagner la réflexion et la faisabilité du projet « zéro contention et porte ouverte ». Depuis 2025, un groupe de réflexion s'est plusieurs fois réuni afin d'initier une réflexion autour des possibilités de mise en œuvre d'une telle politique dans les secteurs intéressés, en lien avec le travail mené par le centre hospitalier Valvert (Marseille).

La politique globale de l'établissement paraît peu développée alors que le nombre de patient en SSC ayant subi au moins un isolement ou une mesure de contention est extrêmement élevé sur le CHU (cf. § 7.2.2) et que le taux d'équipement en chambre d'isolement équivaut, voire excède, celui de certaines unités pour malades difficiles.

8. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

8.1. LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES REMPLIT SES MISSIONS DE CONTROLE

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) de Loire Atlantique est composée de cinq membres dont deux psychiatres, deux représentants des usagers et un médecin généraliste.

Elle a la charge de quatre établissements : le CHU de Nantes site Saint Jacques, le CH Georges Daumézon à Bouguenais, le CH de Saint Nazaire site Heinlex et le CH Epsylan à Blain. Les dates de ses visites sont affichées dans les unités ainsi que la possibilité pour les patients de la rencontrer.

Dans son rapport 2023, elle souligne la difficulté d'accomplir totalement ses missions définies par la loi en raison de la charge de travail à fournir. Elle s'est réunie à cinq reprises dans les locaux de l'ARS et a étudié 300 dossiers, alors que l'article L. 3223-1 du CSP lui fait obligation d'examiner la situation de toutes les personnes faisant l'objet d'un placement en cas de péril imminent et de celles dont les soins se prolongent au-delà d'une durée d'un an⁵¹. Elle privilégie l'examen de ces dernières situations, les SPI étant soumis à d'autres contrôles. Elle souligne que si elle vise à chaque visite les registres de la loi, elle ne peut les examiner faute de temps. Elle a reçu pour l'ensemble des établissements dix recours⁵² mais aucun n'a justifié la saisine du directeur de l'établissement ou du JLD aux fins de mainlevée. Elle n'a été saisie d'aucune demande de consultation de dossiers médicaux. Elle s'est rendue par deux fois sur le site du CHU de Nantes, a visité des unités mais ne précise pas lesquelles et n'indique pas si elle a entendu des patients⁵³. Elle expose qu'à l'occasion de ses visites une partie de l'équipe part à la rencontre des patients qui en font la demande et une autre consulte le registre d'isolement contention. Elle évoque plusieurs difficultés rencontrées par l'établissement de Saint-Jacques tels le manque de personnel soignant, la fermeture de lits sur le département, l'hospitalisation des mineurs en unités adultes ou encore les difficultés rencontrées pour l'obtention d'autorisation de sortie non accompagnée pour les SDRE.

Le rapport d'activité 2024 n'était pas finalisé au moment de la visite mais l'un des membres de la CDSP a transmis les comptes rendus des deux visites faites au CHU de Nantes en 2024, pour l'essentiel les mêmes problématiques que celles évoquées en 2023 sont visées.

8.2. LES REPRESENTANTS DES USAGERS SONT ASSOCIES A LA VIE DE L'ETABLISSEMENT

L'établissement dispose d'une CDU fonctionnelle présidée par un représentant des usagers (RU). L'information relative à ses coordonnées et son fonctionnement est délivrée par voie d'affichage. Toutefois, les patients et les soignants connaissent mal son rôle. Les affiches ne mentionnent pas les coordonnées des représentants des usagers⁵⁴.

⁵¹ Ce qui représente, selon les calculs de l'ARS, l'examen de 800 dossiers.

⁵² Dont 5 émanaient du CHU de Nantes.

⁵³ Elle a rencontré 20 patients dans l'année sur l'ensemble du département.

⁵⁴ Les représentants des usagers souhaitent que les réclamations passent par la CDU.

Ses activités sont organisées par la direction des usagers des services aux patients et des partenariats innovants (DUSPPI). Elle s'est réunie quatre fois en 2023 comme en 2024. Elle est destinataire de la liste de tous les événements indésirables graves (cf. § 3.4), dont un bilan est présenté à chaque réunion. Les représentants des usagers ont accès à toutes les plaintes et réclamations, un point étant fait avec la DUSPPI avant la réunion plénière de la CDU pour choisir les réclamations dont l'examen sera soumis à la commission.

En 2023, neuf réclamations émanaient du pôle de psychiatrie concernant pour l'essentiel la prise en charge médicale, une portait sur l'inquiétude des parents pour la sécurité de leur fille mineure hospitalisée en psychiatrie adulte. En 2024, 11 réclamations ont été adressées à la CDU. Le délai moyen de réponse est de 31 jours.

Deux représentants des usagers ont été rencontrés par les contrôleurs. Ils siègent dans les commissions et instances réglementaires et participent à des manifestations telle que la semaine relative aux droits des patients. Ils prennent part aux médiations consécutives aux réclamations. Ils estiment qu'ils ne sont pas assez nombreux compte tenu de l'importance du CHU, ne se rendent pas dans les unités et n'assurent pas une permanence. Ils indiquent avoir de très bonnes relations avec la direction des usagers.

Les représentants des usagers ont rédigé, à l'issue de la présentation du rapport annuel isolement et contention, un avis constatant l'absence d'exploitation des données et le taux très important des isolements et des contentions⁵⁵.

Ils signalent le retard dans la communication des dossiers médicaux⁵⁶ et évoquent le problème des urgences de nuit. Ils considèrent que la prise en charge des patients est correcte mais soulignent les différences de pratiques selon les secteurs.

La CDU a accès aux questionnaires de satisfaction qui sont distribués au moment de l'arrivée des patients dans l'établissement. Les unités ont un retour des résultats mais certains soignants pensent que la direction ne tient pas compte des réponses, s'agissant notamment de la nourriture.

8.3. LE REGISTRE DE LA LOI NE COMPORTE PAS TOUTES LES MENTIONS LEGALES

Le registre de la loi, non dématérialisé, est tenu par l'unité de gestion des patients en psychiatrie (UGEPP).

Deux registres sont tenus, l'un relatif aux admissions en SDRE et l'autre aux admissions en SDDE. De grand format⁵⁷, ils sont difficilement maniables. Deux folios sont consacrés à chaque patient. Lorsque la prise en charge se poursuit en hospitalisation complète ou en programme de soins durant plusieurs mois, le suivi se fait par des renvois, parfois erronés, à des folios ultérieurs du registre en cours ou d'un registre suivant, ce qui permet de suivre l'historique du placement.

Les registres de la loi sont renseignés dans un délai concomitant à celui du dossier administratif et conformément aux prescriptions de l'article L. 3212-11 du CSP dans

⁵⁵ Ils s'étonnent que les termes CSI soient encore utilisés et que le logiciel employé ne permette pas l'extraction des données quantitatives par secteur. Ils souhaitent la mise en place des « plans de crise conjoint » permettant de réduire le recours aux pratiques d'isolement. Ils soulignent le nombre important des mesures de mise en isolement et contention, supérieur à la moyenne nationale, ainsi que le grand nombre de mesures de contrainte concernant les patients mineurs.

⁵⁶ Le délai moyen de communication est de 50 jours pour les séjours datant de cinq ans et moins.

⁵⁷ 30 cm sur 42 cm.

les 24 heures des différentes décisions prises au cours du parcours de SSC. Ils sont conservés, avant leur archivage, dans le service avec les dossiers administratifs des patients.

Ils comprennent sur la première page à gauche les renseignements concernant l'identité du patient, éventuellement le tiers, la date de l'admission en soins psychiatriques et la date de levée de la mesure mais non ses modalités. Ne sont jamais mentionnées les décisions éventuelles de mise sous protection judiciaire⁵⁸ ni la date de notification des droits mentionnés à l'article L. 3211-3 du CSP⁵⁹.

Pour les décisions prises par le directeur de l'établissement la date de notification de la décision de placement en SSC n'est jamais indiquée et pour les SDRE le feuillet de notification de la décision est collé à la suite de l'arrêté mais n'est pas systématiquement renseigné si la décision est transmise à l'UGEPP et miniaturisée avant que l'arrêté ne soit notifié au patient.

Recommandation 24 :

Les dates de délivrance des informations mentionnées aux alinéas a) et b) de l'article L. 3211-3 du code de la santé publique et, le cas échéant, la mention de la décision de mise sous tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice doivent figurer dans le registre de la loi.

Les certificats médicaux, horodatés, sont collés, après réduction de leur taille, dans les registres ; leur contenu est, dans l'ensemble, suffisamment circonstancié pour justifier la nécessité de la mesure contraignante. Il a rarement été constaté l'usage de « copié-collé ». En revanche, aucun report n'est effectué sur ces certificats des éventuelles observations des patients recueillies avant leur édicition. Les certificats concernant les programmes de soins sont joints aux registres. Les ordonnances du juge des libertés et de la détention y sont transcrites.

Une permanence est organisée les week-ends et les jours fériés et après 17h. La cadre de nuit transmet au directeur de garde les éléments nécessaires à la prise de décision qui n'est cependant formalisée que le lendemain matin par les agents de l'UGEPP.

Lorsqu'un patient placé en mesure de SSC aux urgences n'est pas admis dans les 24 heures au CHU, la mesure est déclarée caduque et le patient est privé de liberté sans titre (cf. § 4.1).

La CDSP vise les registres à chacune de ses visites⁶⁰. Le procureur de la République du TJ de Nantes les a visés en novembre 2023 et octobre 2024. Ils ne sont jamais visés ni par le maire ni par le président du tribunal ou son délégué ni par le représentant de l'Etat.

⁵⁸ Un classeur alphabétique comporte les décisions de mise sous protection judiciaire.

⁵⁹ La notification de ces droits n'est pas faite dans les unités cf. § 4.3.

⁶⁰ Mais selon les termes de son rapport elle n'a pas le temps de les vérifier.

Recommandation 25 :

Conformément aux dispositions du code de la santé publique, le représentant de l'État dans le département, le président du tribunal judiciaire et le maire de la commune, ou leurs représentants, doivent visiter l'établissement chaque année.

8.4. L'ORGANISATION MISE EN PLACE PAR L'ETABLISSEMENT ET LE TRIBUNAL GARANTIT L'ACCES AU JUGE

Le service du juge des libertés et de la détention (JLD) du TJ de Nantes est composé de trois magistrats dont un coordinateur.

Les relations de l'établissement avec le tribunal sont décrites comme fluides. Une réunion de coordination entre les services du TJ et ceux de l'établissement se tient chaque trimestre.

8.4.1. Le contrôle de la légalité des mesures d'hospitalisation sous contrainte

a) Les modalités d'organisation de l'audience

Une convention du 23 septembre 2014, conclue entre le TGI (désormais TJ) de Nantes, l'ARS Pays de Loire, le CHU de Nantes et l'EPSM Georges Daumézon prévoit notamment la mise à disposition par les deux établissements de santé de salles aménagées pour les audiences relatives au contentieux de l'hospitalisation sous contrainte qui se déroulent deux fois par semaine, le mardi à l'EPSM Georges Daumézon et le jeudi au CHU de Nantes. Les patients de chaque établissement sont indifféremment convoqués à l'une ou l'autre des audiences afin de respecter les délais de saisine de 8 jours et de passage à l'audience dans les 12 jours de la décision de placement en SSC.

L'UGEPP prépare l'acte de saisine du JLD et tous les documents nécessaires sont transmis au tribunal et au barreau. Le greffe du TJ se charge de l'édition des convocations remises au patient par le cadre de santé de l'unité. Il convoque, le cas échéant, les mandataires de justice qui sont très rarement présents ainsi que le tiers ayant demandé la mise en place de la mesure.

Le tableau de l'ordre des avocats n'est pas affiché dans les unités mais les patients sont avisés au moment de la remise de la convocation de la possibilité de bénéficier de l'assistance d'un avocat d'office ou d'en choisir un.

La personne convoquée accuse réception de cette convocation, précise son souhait d'aller ou non à l'audience et son choix d'un avocat personnel ou désigné d'office.

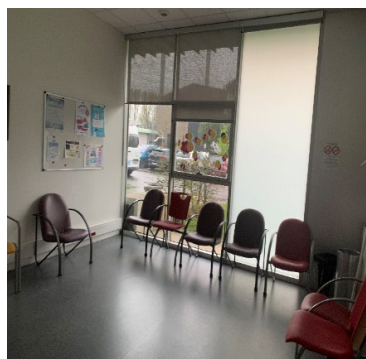
Les patients se rendent à l'audience accompagnés par un soignant qui n'y assiste pas systématiquement. Lorsque l'audience se tient à l'EPSM Georges Daumézon, ils s'y rendent en ambulance.

L'audience du CHU de Nantes se tient dans une salle lumineuse et adaptée qui n'est cependant pas fléchée depuis l'entrée. Une salle d'attente suffisante permet d'accueillir les patients, les soignants et leurs proches. Des toilettes sont à disposition de tous. Les avocats peuvent s'entretenir avec leur client en toute confidentialité. Le barreau organise une permanence et les avocats ont une formation obligatoire spécifique sur les SSC. Selon les renseignements recueillis, ils assurent une défense active des patients et soulèvent les irrégularités de procédure. Les dossiers leur sont transmis en temps utile. Ils appellent leur client avant

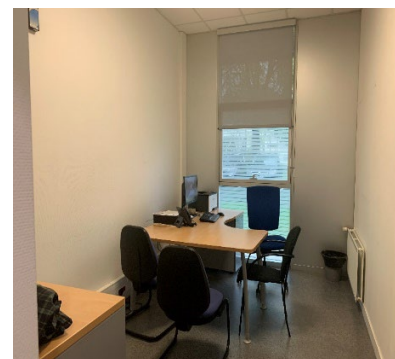
l'audience et ont le temps de s'entretenir avec eux le jour même. Les contrôleurs ont rencontré un avocat qui n'a fait état d'aucun problème particulier dans les relations du barreau avec les magistrats ou l'établissement de santé.



Salle d'audience



Salle d'attente



Bureau d'entretien

b) La tenue de l'audience

Les contrôleurs ont assisté à l'audience du jeudi 3 avril 2025 sur le site du CHU de Nantes. Elle a concerné 13 patients dont seulement 4 étaient présents. Pour les patients absents, l'avocat a présenté des observations portant sur la régularité de la procédure.

Le magistrat et le greffier sont en tenue civile et l'avocat porte sa robe. Les patients ne sont jamais en pyjama. La porte reste ouverte pour permettre la publicité des débats.

Le juge commence son audience en présentant l'ensemble des personnes présentes. Il donne sommairement lecture de la procédure et des certificats médicaux. Il écoute attentivement le patient, se renseigne sur la vie dans l'établissement et particulièrement sur les possibilités de sortie et sur les activités. Il donne la parole au représentant de l'hôpital, à l'avocat puis en dernier lieu au patient. L'agent de l'UGEPP qui assiste à l'audience peut en cas de nécessité et à la demande du juge actualiser les données médicales en joignant les médecins des unités.

Le magistrat met systématiquement l'affaire en délibéré, et précise au patient qu'il aura le résultat par l'intermédiaire des soignants dans l'après-midi mais n'indique pas les voies de recours ni la possibilité d'être saisi à tout moment.

Selon les renseignements recueillis, le taux d'absence des patients à l'audience, de l'ordre de 50 %, serait essentiellement dû au refus du patient de comparaître.

Les décisions sont notifiées par le cadre de santé qui en remet copie au patient et explique les modalités d'appel.

c) Les décisions rendues

Selon les renseignements donnés par l'établissement, 572 personnes ont été convoquées en 2024. Le magistrat a procédé à 84 mainlevées soit 14,69 % des dossiers et 19 appels ont été interjetés⁶¹. La cour d'appel a prononcé 14 confirmations, a ordonné 2 mainlevées et constaté 3 non-lieux à statuer.

Durant les mois de janvier et février 2025, 109 patients ont été convoqués. Le JLD a procédé à 17 mainlevées soit 15,60 %. Neuf appels ont été interjetés par les patients et la cour d'appel a procédé à une mainlevée.

⁶¹ 18 appels par des patients et un par le procureur de la République.

L'établissement a transmis aux contrôleurs les décisions de mainlevée pour l'année 2024 et les deux premiers mois de 2025.

Elles sont très diversement motivées⁶², mais en majorité par la faiblesse du contenu de certains certificats médicaux qui ne caractérisent pas suffisamment la nécessité de soins contraints et par la notification tardive ou irrégulière de la décision d'admission.

Le JLD a été saisi pour deux mineurs en 2024 et un en 2025. Il n'a pas ordonné la levée de la mesure en motivant par l'existence d'une crise suicidaire (cf. § 10.1 recommandation 36).

8.4.2. Le contrôle des mesures d'isolement et de contention

a) L'organisation de la saisine du juge

L'UGEPPE transmet au JLD deux fois par jour la liste des patients placés en isolement et éventuellement en contention, qui comprend le nom du patient, du médecin responsable, la durée de la mesure, le caractère auditionnable de la personne concernée, l'information donnée au patient, l'information donnée au tiers, la motivation du placement et les modalités d'hospitalisation.

Le service du JLD est avisé du maintien du patient en isolement au-delà de 48 heures et sous mesure de contention au-delà de 24 heures par un courriel envoyé par l'UGEDD qui vérifie rigoureusement les délais en semaine et par le cadre de permanence durant les week-ends et les jours fériés. Il est saisi en cas de maintien au-delà de 48 heures et 72 heures.

Le JLD statue sans audience selon une procédure écrite.

Le patient isolé ou contenu peut être entendu par le JLD *via* un téléphone portable, cet entretien pouvant se dérouler hors la présence des soignants. Exceptionnellement, le magistrat se déplace pour entendre le patient.

Un avocat est systématiquement désigné, il envoie ses observations au magistrat mais n'a pas de contact direct avec son client.

Ce sont les médecins qui avertissent les proches. Selon les renseignements recueillis, le consentement du patient lui est demandé sur ce point, soit lors de son admission soit au moment de la mise en place de la mesure.

b) Les décisions rendues

En 2024, le JLD a été saisi à 956 reprises (dont 34 fois en matière de contention) et a procédé à 340 levées soit 35,56 % des mesures.

En 2025, il a été saisi à 207 reprises (dont 3 fois en matière de contention) et a procédé à 54 levées soit 26,09 %.

Les motifs de levée sont variés et portent notamment sur le défaut d'information du patient ou du tiers, l'absence de levée effective de la mesure antérieurement ordonnée ou l'absence de caractérisation d'un élément nouveau, la saisine tardive.

Au moment du contrôle, les JLD n'avaient encore jamais été saisis d'une mesure d'isolement et de contention subie par un patient mineur (cf. § 10.1).

⁶² Arrêté du maire irrégulier, absence d'interprète pour une notification, absence de transmission à la CDSP, défaut de qualité à agir du tiers, saisine tardive, etc.

9. LES SOINS

9.1. LES PATIENTS HOSPITALISES BENEFICIENT INSUFFISAMMENT DE CERTAINS DES OUTILS DE SOINS PSYCHIATRIQUES DIVERSIFIES DE L'ETABLISSEMENT

9.1.1. L'organisation générale des soins

Les cinq services de psychiatrie sectorisés disposent d'un cadre organisationnel commun en intrahospitalier, notamment d'une unité fermée et d'une unité ouverte, accueillant des patients porteurs de troubles psychiatriques généraux sans distinction, hospitalisés en SL ou en SSC. Ces derniers sont très majoritairement admis initialement dans les unités fermées. Des unités de soins classiques, notamment des CMP, des HDJ et des CATTP, complètent le dispositif en extra hospitalier, (cf. § 3.1.1). Les services déploient également des unités spécifiques intersectorielles diversifiées (cf. *infra*).

Les postes médicaux, majoritairement pourvus (cf. § 3.3), garantissent aux patients des entretiens au moins hebdomadaires avec un psychiatre, dont la fréquence peut être accrue de façon adaptée à l'état clinique. Les patients ont accès à un psychologue dans toutes les unités, dont le temps d'intervention a été parfois souligné comme insuffisant pour répondre à la demande. Les IDE sont investis au quotidien dans la prise en charge des patients et font œuvre de bienveillance et de disponibilité à leur égard dans la réponse à leurs demandes. Certains soignants et cadres parmi les plus expérimentés déplorent une baisse de la qualité de l'accompagnement thérapeutique, freinée par une charge administrative toujours croissante au détriment du temps réel passé auprès des patients. Un système de référence médicale et infirmière est diversement déployé dans les unités.

Plusieurs modalités de réunions institutionnelles sont mises en œuvre dans les unités. Les transmissions infirmières lors des changements d'équipe leur permettent la communication à mesure des événements cliniques nouveaux concernant les patients. Les réunions hebdomadaires de synthèse clinique en équipe pluriprofessionnelle, auxquelles sont souvent associés les soignants des unités extra hospitalières, ont pour objet l'élaboration et la modification des projets de soins de chaque patient. La réunion mensuelle de fonctionnement permet l'abord des nécessités organisationnelles des services. Certaines unités tiennent également des réunions mensuelles permettant l'invitation de partenaires et la présentation de projets institutionnels, et des réunions médecins-cadres.

L'augmentation de l'activité d'hospitalisation, notamment en SSC, que traduit une augmentation progressive des taux d'occupation (cf. § 4.2), crée régulièrement des situations de tension lors de la gestion des lits des unités fermées, s'agissant notamment de l'accueil des patients en chambre d'isolement (cf. § 4.1.3). Par ailleurs, les patients dont l'état clinique implique une dépendance à l'institution et une complexité s'agissant de la mise en œuvre de projets de sortie (cf. § 9.3) sont peu présents dans ces unités. Leur transfert est le plus souvent organisé vers les unités ouvertes.

Les soins d'addictologie sont assurés par les psychiatres des unités, parfois en collaboration avec les intervenants du service d'addictologie de liaison du site Saint-Jacques qui se déplacent dans les unités. Certains sevrages sont réalisés dans les unités ouvertes.

Les patients ont également accès au centre d'excellence thérapeutique de l'institut de psychiatrie (CETIP) du site Hôtel-Dieu du CHU de Nantes qui assure des consultations d'expertise afin de proposer des soins thérapeutiques innovants et des protocoles de recherche pour les adultes et les personnes âgées souffrant d'une pathologie psychiatrique complexe et/ou résistante aux traitements habituels⁶³. L'offre de soins du CETIP comprend également l'électro-convulsivothérapie (ECT), la stimulation magnétique transcrânienne (rTMS), la stimulation électrique transcrânienne (tDCS), l'eskétagamine, et les protocoles de recherche sur des soins innovants en psychiatrie (protoxyde d'azote, nouveaux traitements pharmacologiques, e-santé, nouvelle technologie, stimulation du nerf vague).

Le centre de référence en soins d'éducation thérapeutique et de remédiation cognitive (CReSERC), situé sur le site Saint-Jacques, dispense et coordonne des soins de réhabilitation psychosociale (RPS) orientés vers le rétablissement. Les patients hospitalisés rencontrés dans les unités se trouvent peu informés de l'existence du centre, notamment des séances d'éducation thérapeutique et y accèdent peu en pratique. Aucun ne bénéficiait d'une prise en charge lors de la visite (cf. § 6.1.1).

Des dispositifs intersectoriels ambulatoires complètent la qualité de l'offre de soins en termes de diversité et de spécificité. Le dispositif de détection et d'intervention précoce dans les troubles psychotiques émergents (DIPPE), destiné aux patients âgés de 15 à 30 ans, propose des consultations de détection, un suivi médical psychiatrique en collaboration avec le CMP, et un suivi intensif dans le milieu naturel par un *case manager*⁶⁴. Son objectif associe la minimisation de l'impact des troubles et du risque de rechute, et le soutien d'une dynamique de rétablissement. L'HDJ « premier épisode (HOPE) » destiné aux patients âgés de 18 à 30 ans⁶⁵, propose des prises en charge orientées vers le rétablissement, impliquant une position centrale du patient, la participation de la famille, l'intervention d'un médiateur de santé pair et un partenariat avec le CReSERC.

Recommandation 26 :

Les patients hospitalisés doivent bénéficier d'une information systématique concernant l'existence du centre de référence en soins d'éducation thérapeutique et de remédiation cognitive et bénéficier largement des prises en charge proposées.

Dans sa réponse au rapport provisoire le directeur du CHU précise qu' « un contexte de difficulté de ressources médicales au CReSERC a retardé la diffusion sur le PHU des soins de réhabilitation et orientés rétablissement. La relance de cette diffusion est en cours. Une présentation des soins proposés par le CReSERC sera effectuée

⁶³ Les consultations peuvent concerner les troubles de l'humeur, les troubles schizophréniques et délirants, les troubles anxieux, les troubles obsessionnels compulsifs et les troubles de stress post-traumatique incluant les troubles dissociatifs. Une mission de soins spécifique du CETIP, fléchée par l'ARS, est dédiée aux idées et aux comportements suicidaires.

⁶⁴ Le *case manager* construit progressivement avec le patient un projet de soins mais également un projet de vie, pour l'accompagner au mieux dans la trajectoire de vie qu'il souhaite prendre et soutenir son autonomie.

⁶⁵ Qui ont vécu des épisodes de déstabilisation psychique majeure, affectifs ou psychotiques, évoluant pendant une période d'au moins cinq ans, sans qu'un diagnostic psychiatrique n'ait été obligatoirement posé.

dans l'ensemble des unités de soin. La mise à disposition d'un affichage de l'offre de soins au CReSERC sera proposée pour les unités de soin intra et extra-hospitalières. Des temps de rencontre organisés par le CReSERC à destination de l'ensemble du PHU seront mis en place tous les 3 mois afin de soutenir une dynamique de pôle en ce sens. La mise en place d'un référent « réhabilitation/rétablissement » sera soutenue dans chaque unité de soin afin de relayer l'offre de soin disponible et de la déployer en proximité sur les secteurs ».

9.1.2. Les activités occupationnelles et thérapeutiques

Les unités disposent pour la réalisation d'activités occupationnelles de salons de télévision conviviaux équipés de chaises et de fauteuils, d'une table de ping-pong, d'un baby-foot, parfois d'un vélo elliptique, de jeux de société, de matériel de dessin et de coloriage, et d'une bibliothèque pauvrement achalandée le plus souvent. Les patients pratiquent ces activités seuls ou avec un soignant.

La cafétéria a été fermée pendant l'été 2024 pour être remplacée par des distributeurs et une « roulotte », fermée le week-end. Les boissons, aliments et produits de première nécessité proposés le sont à des tarifs exorbitants, peu compatibles avec les ressources financières des patients qui perçoivent une allocation adulte handicapé (AAH) pour seul revenu.

Recommandation 27 :

Les patients doivent bénéficier d'une cafétéria conviviale quotidiennement accessible dans le bâtiment de psychiatrie, proposant des boissons, des aliments et des produits de première nécessité dont le tarif est compatible avec les revenus de ceux percevant une allocation adulte handicapé.

Dans sa réponse au rapport provisoire le directeur du CHU signale que « les prix pratiqués au sein de la cafétéria du bâtiment Pinel sont les mêmes que dans les autres sites du CHU. Après échange avec le concessionnaire, les prix vont être réajustés à la baisse pour mieux tenir compte des usagers présents sur le site ».

Les patients bénéficient dans toutes les unités de réunions soignés-soignants, qui favorisent leur expression collective concernant la vie quotidienne dans les unités.

Les médecins et les soignants proposent aux patients une participation à des activités dans un objectif thérapeutique, qui ne sont mises en œuvre que pendant la semaine. Les patients peuvent également les solliciter auprès de l'équipe. Les pôles proposent des activités de médiation⁶⁶, souvent animées par des IDE référents. Les

⁶⁶ Pour exemple, de façon non-exhaustive, Psychiatrie 1 : Gwarez (balnéothérapie, ping-pong possible, karaoké, découpage de fruits, barbier et onglerie, temps de sortie accompagnée) et Sevel (gym douce, atelier de mémoire et de créativité, stimulation cognitive pour les seniors ou les jeunes, repas thérapeutique, art plastique, remise en forme-relaxation, atelier créatif, jeux de société, marche ou marche et équilibre pour les seniors, balnéothérapie) ; Psychiatrie 2 : Gaudi (balnéothérapie, marche hors de l'établissement, photo-expression, atelier cuisine et repas thérapeutique, mini accueil, remédiation cognitive, Michael's game, socio-esthétique, marché de la commune) et Maupassant (balnéothérapie, socio-esthétique, Snozelen, écoute musicale, marche, atelier boîte à outils concernant un thème, pâtisserie, remise en forme, stimulation personnes âgées, corps et mouvement, marche et équilibre, marché de la commune, stimulation cognitive) ; Psychiatrie 3 : Claudel (jeux de société, écoute musicale, marche, loisirs créatifs, molky, atelier « et si on bougeait », sortie au marché) ; Psychiatrie 4 : Matisse et Breton (sport, remédiation cognitive, relaxation, pâtisserie,

patients de Chaissac ne bénéficient plus de prises en charge conjointes pluri hebdomadaires à Claudel avec l'IDE de sociothérapie, au motif de la suspension de cette collaboration deux ans avant la visite. La disparition d'activités mises en œuvre par les IDE de Chaissac a également été rapportée, et les patients y ont un accès limité à une psychomotricienne et à une socio-esthéticienne ayant débuté son intervention pendant la visite. Aucun planning d'activités n'est mis en œuvre à Matisse, l'offre y est décrite comme « pauvre ». L'accès aux activités est significativement plus large pour les patients des unités ouvertes, dont certaines disposent d'un poste d'IDE référent de sociothérapie. Cependant, le nombre de patients concernés peut s'avérer faible. Pour exemple, seuls sept patients de Claudel furent concernés par ces activités pendant la semaine du 7 au 11 avril.

L'intervention de professionnels spécifiques (ergothérapeute, psychomotricien, enseignant d'activités physiques adaptées) est hétérogène entre les unités, ce qui n'offre pas un accès équivalent à ces prises en charge pour tous les patients qui le nécessitent.

L'accès à des sorties fait partie du contrat de soins et fait l'objet d'une certification systématique, y compris pour se rendre à l'UMT ou dans le parc de l'établissement. Les refus préfectoraux sont systématiques, un deuxième avis psychiatrique est chaque fois exigé, après la production desquels ces refus persistent pour un tiers à la moitié des patients. L'obtention de sortie de moins de 48 heures n'est généralement possible qu'après celle de permission de moins de 12 heures, avec une exigence d'accompagnement soignant. L'expression « *le psychiatre est sous contrainte comme ses patients* » a été employée s'agissant des refus préfectoraux. Malgré l'existence d'outils de soins spécifiques diversifiés, les patients ont ainsi insuffisamment accès à des activités occupationnelles, et leur sentiment d'ennui a été rapporté.

L'UMT, à destination théorique des patients de toutes les unités, les accueille en semaine. Son effectif⁶⁷ a été décrit comme « *ne lui permettant pas de répondre pleinement à ses missions* ». La démission du psychiatre référent de l'équipe au motif d'une non-reconnaissance de son intervention à hauteur de 0,1 ETP, la suppression d'un poste d'IDE remplacé par un poste d'ergothérapeute, ainsi que le *burn-out* de deux soignants ayant fait l'objet d'arrêt de travail de plusieurs mois, ont été signalés. Les IDE de l'UMT assuraient une référence⁶⁸ pour chacun des cinq services, la psychiatrie 1 n'en disposant plus depuis la transformation d'un poste. L'hétérogénéité du détachement à la semaine d'un IDE dédié aux activités de médiation pour sa participation aux activités proposées par l'UMT a également été rapportée pour expliquer des différences d'accès des patients aux activités selon le service dans lequel ils sont hospitalisés. La qualité des modalités d'orientation, variable d'une unité à l'autre⁶⁹, a été précisée pour compléter l'explication. La diminution du nombre d'interventions dans les unités au service des patients ne

balnéothérapie ; Psychiatrie 5 : Dali et Tati (ateliers musique, médiation, pâtisserie, psychomotricité, approche corporelle - collectifs et individuels).

⁶⁷ L'effectif comprend 3,5 ETP d'IDE pourvus par 4 soignants, 2 ETP d'ergothérapeute, 1 ETP de psychomotricien, 1 ETP d'enseignant APA.

⁶⁸ La référence implique des interventions dans les unités concernées, la communication dans l'unité avec les soignants, l'information des patients concernant les événements particuliers.

⁶⁹ Décrite comme appelant des améliorations pour les patients des unités Gwarez, Sevel et Matisse.

bénéficiant pas d'autorisation de sortie, limitée à une demi-journée hebdomadaire, a également été indiquée. L'espace accueil dont la vocation est celle d'une ouverture quotidienne ne l'est que trois demi-journées hebdomadaires. Le budget a été qualifié d'« *insuffisant* » pour l'achat de matériel adapté pour les prises en charge d'ergothérapie, l'équipe a été sollicitée pour trouver des options de financement par du mécénat.

La participation aux activités de l'UMT fait l'objet d'une prescription médicale ou d'une indication des soignants et d'un debriefing de la prise en charge avec l'IDE accompagnateur à l'issue. Les intervenants participent aux réunions de synthèse clinique pluriprofessionnelles hebdomadaire des unités.

Recommandation 28 :

Les patients de toutes les unités doivent, dans le cadre de leur contrat de soins, bénéficier d'activités de psychothérapie régulières et diversifiées et d'un accès à des sorties vers l'unité de médiation thérapeutique et le parc.

Dans sa réponse au rapport provisoire le directeur du CHU indique que l'équipe transversale de l'unité de médiations thérapeutiques « assure des interventions sur les 10 unités d'intra hospitaliers et les services d'addictologie du site St-Jacques. L'organisation de l'équipe prévoit l'identification d'un référent par service, qui peut être soit un infirmier soit un ergothérapeute. Des activités de médiation groupales et individuelles sont proposées chaque jour entre 9h et 16h ».

9.1.3. Le circuit du médicament

La pharmacie d'usage interne (PUI) du CHU assure l'approvisionnement de médicaments dans les unités, selon des dotations hebdomadaires. Ses locaux répondent aux nécessités de son fonctionnement mais son effectif de 44 ETP de pharmaciens et de 71 ETP de préparateurs en pharmacie a été qualifié d'insuffisant pour répondre à certaines missions (*cf. infra*).

Une séance de la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS⁷⁰) est tenue toutes les quatre à huit semaines et deux psychiatres y participent lorsque des sujets concernant les traitements psychiatriques figurent sur l'ordre du jour.

La pleine garantie de la sécurité médicamenteuse des patients fait partiellement défaut, malgré l'indication du fonctionnement de la commission de sécurisation du médicament⁷¹ dans ce cadre. Le contrôle systématique de l'ensemble des prescriptions des praticiens des services de psychiatrie n'est pas effectué, au motif de l'insuffisance de l'effectif de l'équipe et du temps disponible pour ce faire. Le seul suivi de certaines molécules, priorisées en raison des risques qui leur sont associés, a été signalé. Les patients des unités d'hospitalisation à temps complet ne

⁷⁰ La COMEDIMS participe à la définition de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles dans l'établissement et à la mise en place du contrat du bon usage du médicament.

⁷¹ Quatre réunions annuelles tenues, un travail partenarial avec le service qualité, des travaux spécifiques concernant l'étiquetage et les médicaments à risque, la désignation d'un IDE comme « référent médicament » dans chaque secteur, la réalisation d'une journée qualité annuelle par pôle avec une « chambre des erreurs », la mise en œuvre d'un « *escape game* » concernant les molécules à risque, et la sollicitation des équipes pour la déclaration des EI médicamenteux.

bénéficient d'aucune procédure de conciliation médicamenteuse d'entrée ni de sortie⁷², pour le même motif.

Par ailleurs, l'équipe de pharmacie ne met pas en œuvre ni ne participe à des actions d'éducation thérapeutique. Elle ne participe pas plus aux réunions cliniques dans les unités. La distribution des médicaments se fait majoritairement dans la salle de soins, porte fermée dans certaines unités, porte ouverte dans d'autres ce qui, dans ce cas, ne préserve qu'insuffisamment la confidentialité, ce d'autant que les patients n'hésitent pas à utiliser ce moment pour questionner les soignants sur leur traitement.

Recommandation 29 :

Les patients hospitalisés doivent bénéficier d'une procédure de conciliation médicamenteuse d'entrée et de sortie et du contrôle pharmaceutique systématique des prescriptions médicamenteuses dont ils font l'objet.

Dans sa réponse au rapport provisoire le directeur du CHU précise que « les activités de pharmacie clinique se définissent selon un gradient allant de l'analyse pharmaceutique et les conseils nécessaires au bon usage des produits de santé jusqu'à des actions ciblées type entretiens pharmaceutiques ou éducation thérapeutique en passant par des expertises et des activités de conciliation d'entrée et/ou de sortie. Le niveau de gradient utilisé pour chacun des patients du CHU dépend d'une stratégie de pharmacie en lien avec une analyse bénéfice/risque et les ressources pharmaceutiques à disposition. Cette méthodologie est d'ailleurs admise et validée dans le cadre de la CAQES. Le gradient le plus élevé, c'est-à-dire l'ensemble des activités de pharmacie clinique (analyse, conciliation et entretiens patients), est systématique pour les disciplines les plus à risque au sein du CHU (chirurgie, pédiatrie, onco-hématologie, greffes rénales, etc.). Par ailleurs, des dispositions particulières d'analyses pharmaceutiques sont mises en œuvre concernant les médicaments à risque d'une part, et les médicaments en distribution contrôlée d'autre part. Le PHU8 en bénéficie comme les autres PHU. Enfin concernant le PHU 8, une activité de pharmacie clinique en psychiatrie de la personne âgée centrée sur la dépression du sujet âgé est en place avec des entretiens pharmaceutiques dans le cadre d'HDJ à hauteur d'une journée par semaine.

9.2. LE TEMPS DE PRESENCE DES GENERALISTES DANS LES UNITES EST INSUFFISANT POUR ASSURER PLEINEMENT LES SOINS SOMATIQUES

L'effectif de généralistes compte 4,5 ETP, pourvus par six médecins⁷³ dont un responsable, présents du lundi au vendredi. Ils organisent leur remplacement entre eux en cas d'absence mais n'assurent pas de gardes la nuit, le week-end et les jours fériés. L'interne de garde de psychiatrie intervient alors en premier, peut recourir à

⁷² La conciliation médicamenteuse permet, lors d'une nouvelle prescription, de prendre en compte tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient au moyen d'un dialogue, repose sur le partage d'informations et sur une coordination des différents professionnels qui l'entourent. Élément structurant de la médecine de parcours, elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes sur les médicaments du patient, entre les professionnels de santé, aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts.

⁷³ Deux praticiens à 0,9 ETP, deux à 0,8 ETP, un à 0,7 ETP et 1 à 0,4 ETP.

celui de garde somatique, qui peut lui-même contacter le médecin d'avis et d'orientation du SAU du CHU. Le SAMU, éventuellement sollicité, se déplace en tant que de besoin. Les généralistes pallient les absences longues éventuelles de l'un des leurs en organisant un passage systématique dans ses unités, au détriment du temps disponible auprès des patients des unités dont ils sont référents. Ils disposent par ailleurs d'un unique « téléphone d'avis », pour recevoir chacun à leur tour un jour par semaine les appels urgents des services, auxquels ils répondent téléphoniquement ou en se déplaçant.

Les temps d'intervention des généralistes dans les unités d'hospitalisation à temps complet, de deux à trois demi-journées hebdomadaires, ont été qualifiés d'« *insuffisants* » pour répondre de façon adaptée à leurs missions. Ils ne peuvent ainsi garantir une évaluation médicale systématique dans les 24 heures de l'admission, réalisée par les internes ou les psychiatres à défaut, une participation aux réunions institutionnelles pluriprofessionnelles quotidiennes et hebdomadaires, ainsi qu'une réponse à l'ensemble des demandes. Certains généralistes ont expliqué devoir prioriser leurs interventions, notamment auprès des patients complexes présentant des comorbidités, ou des situations cliniques aiguës, mais aussi de ceux âgés, mineurs et/ou isolés. Les observations et les prescriptions sont tracées dans le logiciel Millenium®. Un respect parfois partiel des conduites à tenir et des modalités de surveillance infirmière prescrites a été rapporté.

La réalisation des examens complémentaires, des consultations spécialisées et des éventuelles hospitalisations en services spécialisés est mise en œuvre au CHU sur les sites Hôtel-Dieu et Nord-Laennec, ainsi qu'à l'hôpital Bellier pour les soins de gériatrie. Des délais longs, pouvant atteindre huit mois, ont été signalés concernant certains examens d'imagerie, les IRM notamment. Des avis médicaux spécialisés par téléphone sont également accessibles.

Des situations de stigmatisation des patients à présentation psychiatrique dans certains services ont été indiquées. Les autres services de médecine, qualifiés de « *très saturés* », considèrent également parfois que les patients du site de Saint-Jacques bénéficient déjà d'une prise en charge hospitalière. La coordination avec les services de médecine-chirurgie-obstétrique, décrite comme insuffisante, nécessite parfois trois à quatre appels téléphoniques pour obtenir un transfèrement. Des situations de décompensations aiguës somatiques doivent ainsi faire l'objet de prise en charge dans les services de psychiatrie.

Les patients sont très rarement adressés au CReSERC, malgré le déploiement de sept thématiques d'éducation thérapeutique, mais les généralistes n'y participent pas⁷⁴ et ne disposent pas du temps nécessaire à la mise en œuvre régulière de séances spécifiques et structurées dans les unités (cf. § 9.1.1, recommandation 25). L'intervention ponctuelle d'une diététicienne concernant l'équilibre nutritionnel a été indiquée.

Recommandation 30 :

Les patients doivent bénéficier d'évaluations, de suivis et de traitements somatiques répondant à leurs besoins et dispensés par un effectif adapté de médecins généralistes dans les unités de psychiatrie. Ils doivent également

⁷⁴ La mise en œuvre, prévue fin 2025, d'un projet concernant la gestion des troubles métaboliques, associant un psychiatre, un généraliste, une diététicienne et l'IPA du CReSERC, a été mentionnée.

bénéficiaire de toute prise en charge hospitalière à temps complet nécessaire dans les services somatiques spécialisés, sans aucune forme de discrimination.

Les généralistes interviennent également dans les CMP, dans le but de sensibiliser les patients à la nécessité de soins somatiques et de les organiser en cas de besoin. Ils peuvent ainsi prescrire des examens complémentaires de dépistage ou ciblés, adresser des courriers récapitulatifs aux généralistes traitants éventuels, fournir une liste de médecins à défaut, et assurer les suivis des patients qui en sont dépourvus.

9.3. LA SORTIE D'HOSPITALISATION SE HEURTE A UN MANQUE DE PLACES DANS LES STRUCTURES D'AVANT ET, POUR LES SDRE, A UNE POLITIQUE RESTRICTIVE DU PREFET

Comme le confirment les données fournies par l'établissement, les durées d'hospitalisation sont relativement brèves, les médecins et l'ensemble des équipes soignantes étant dans une même dynamique de réhabilitation.

Des autorisations médicales sont ainsi données assez rapidement, en tout cas dès que l'état du patient le permet, pour des sorties seul ou accompagné, d'abord dans l'enceinte de l'établissement puis à l'extérieur de celui-ci et pour des durées progressives. Il n'est pas signalé de difficulté particulière pour les accompagnements. Le tiers est toujours avisé de ces sorties.

S'agissant des patients en SDRE, tous les professionnels entendus déplorent un positionnement « bloquant » de la préfecture et une nette augmentation, depuis environ deux ans, des avis défavorables pour les demandes de sorties, y compris accompagnées, de ces patients, et ce malgré des rencontres organisées avec la préfecture (cf. § 9.1.2 recommandation 28). L'examen des dossiers d'une dizaine de patients a confirmé les doléances des professionnels et mis en lumière :

- d'une part, que de nombreuses autorisations de sorties sont refusées au seul motif d'un trouble à l'ordre public, le préfet se limitant à reprendre le.s fait.s à l'origine de l'admission en SSC sans tenir compte de l'évolution clinique du patient ; or de tels refus, parfois abusifs par manque de motivation actualisée, freinent les projets de réadaptation sociale et les suivis mis en place ;
- d'autre part, que le préfet, excédant ses pouvoirs⁷⁵, impose des conditions pour donner un avis favorable à des sorties non accompagnées, à savoir une semaine de sortie accompagnée avec un bilan à l'issue, puis une seconde semaine test également assortie d'un bilan.

Ces exigences ont ainsi conduit les psychiatres des unités, à l'exception de ceux de Dali, à délivrer des autorisations médicales pour des sorties dans l'enceinte même de l'établissement (parc, cafétéria, activités) pour les patients en SDRE. Ceci va au-delà des exigences légales, les sorties de courtes durées organisées par le législateur en

⁷⁵ Article L. 3211-11-1 du code de la santé publique : « (...) Dans le cas où la mesure de soins psychiatriques a été prise en application du chapitre III du présent titre (à la demande du représentant de l'état) le directeur de l'établissement d'accueil transmet au représentant de l'Etat dans le département les éléments d'information relatifs à la demande d'autorisation, comportant notamment l'avis favorable du psychiatre Sauf opposition écrite du représentant de l'Etat dans le département, notifiée au plus tard douze heures avant la date prévue, la sortie peut avoir lieu. Le représentant de l'Etat ne peut imposer aucune mesure complémentaire ».

2013 concernant uniquement des sorties à l'extérieur de l'établissement de soin « afin de favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur réinsertion sociale ou si des démarches extérieures sont nécessaires ».

Par ailleurs, le positionnement restrictif du préfet conduit les médecins à envisager, pour contourner ses refus, des programmes de soins parfois mis en place de façon prématurée avec le risque d'aboutir à une réintégration à bref délai, faute de préparation suffisante.

Au 1^{er} avril 2025, 131 patients sont en programmes de soins⁷⁶. Les plus anciens programmes de soins datent pour les SDDE du 02 septembre 2016 sur une mesure du 7 novembre 2011 et, pour les SDRE, du 4 janvier 2014 sur une mesure du 6 juin 2014.

Les programmes de soins sont très légèrement majoritaires pour les SDRE (67 contre 64 pour les SDDE). Dans l'ensemble, ils respectent les dispositions légales (suivi en CMP, en hôpital de jour, suivi infirmier à domicile, etc.), l'hospitalisation séquentielle étant peu utilisée (au moment du contrôle, 10 patients sont en hospitalisation séquentielle, un à l'unité Breton, 8 à Gwarez et un à Sevel), et le temps d'hospitalisation complète est toujours inférieur au temps passé à l'extérieur, exception faite pour un patient de l'unité Sevel⁷⁷.

La réunion du collège des professionnels de santé respecte les conditions prévues par la loi.

La levée de l'hospitalisation ou de la mesure fait l'objet d'une préparation en équipe élargie lors de réunions d'équipe hebdomadaires ou de réunions de synthèse auxquelles peuvent assister les infirmiers et psychologues de l'extra ainsi que les tuteurs ou curateurs. Les familles y sont associées le plus étroitement possible, et le patient est parfois convié à ces réunions.

Pour préparer la sortie, les ASS voient le patient à sa demande ou à celle de l'équipe et de la famille, l'accompagne pour les démarches à l'extérieur et les visites à domicile faites avec les IDE et s'occupent de l'ouverture des droits sociaux et de l'allocation adulte handicapé (AAH) (cf. § 5.3). Comme sur l'ensemble du territoire, les délais de réponse de la MPDH lors de l'ouverture d'un dossier sont longs (de l'ordre de six mois) ce qui peut suffire à retarder des projets de sorties.

Pour les patients les plus précaires, des places sont recherchées dans des structures d'aval (foyer de vie, appartements thérapeutiques « Un chez soi d'abord » ou « unité Appart » de l'établissement (Ravel), SAMU social) ou encore dans un des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) du département. Lorsqu'une place est obtenue, des rencontres ont lieu en amont avec les représentants de la structure d'accueil qui peuvent participer aux réunions de service. Toutefois, le manque de places dans les structures d'aval engendre de longs délais de prise en charge (plus d'un an pour les foyers logements) avec parfois la nécessité de séjour temporaire et séquentiel dans certaines structures médico-

⁷⁶ Source : Liste patients SDDE-SDRE établie par l'établissement le 1^{er} avril 2025 : 10 patients en programmes de soins à PSY1 (dont 7 SDDE et 3 SDRE) ; 46 à Psy2 (dont 22 SDDE et 24 SDRE) ; 33 à Psy3 (dont 19 SDDE et 14 SDRE) ; 10 à Psy4 (dont 11 SDDE et 8 SDRE) ; 23 à Psy5 (dont 5 SDDE et 18 SDRE).

⁷⁷ Sur une semaine ce patient est hospitalisé 4 jours tout en bénéficiant durant cette période de permissions de sortir, notamment pour se rendre deux fois au CATTP. Ce programme de soin, accepté par la préfecture, a été mis en place par les médecins afin de contourner les avis défavorables du préfet sur les autorisations de sortie de courtes durées.

sociales (foyer d'accueil médicalisé (FAM) et maison d'accueil spécialisé (MAS)). Dans certains pôles, le passage de l'unité fermée à l'unité ouverte peut être une étape avant la sortie, le temps de trouver une solution d'hébergement. Quand la sortie est envisagée, des orientations peuvent être faites par les médecins vers le centre de réhabilitation psycho-sociale qui propose des actions d'éducation à la santé (acceptation de la maladie, travail avec un neurologue, etc.). En pratique, certains patients demeurent hospitalisés plus longtemps que nécessaire et beaucoup retournent à la rue.

Il est en outre signalé une discrimination des patients venant de psychiatrie pour les affectations en établissement de soins médicaux et de réadaptation (SMR) et en EHPAD, conduisant les médecins à renseigner les diagnostics psychiatriques comme diagnostics secondaires lors du renseignement des dossiers médicaux.

Le directeur de l'ARS dans sa réponse au rapport contradictoire précise que « les tensions sur l'offre d'aval, en particulier médicosociales, constituent un réel frein à la fluidité des parcours en psychiatrie, ce d'autant que les troubles présentés par les patients issus de ces services, même stabilisés, inquiètent les structures qui pourraient les accueillir. Pour répondre à cette problématique, des expérimentations ont été lancées pour favoriser l'accueil des patients en EPHAD. De même, les EPSM du département ont été soutenus pour favoriser, en lien avec le secteur social, la sortie des patients hospitalisés au long cours. Le CHU de Nantes a reçu des finances à hauteur de 1,9 M€ depuis 2021, sur ce dernier point. En complément et dans le cadre de l'audit départemental réalisé en 2024, il est prévu la création d'une structure médicosociale permettant l'orientation de patients stabilisés et sortants mais maintenus dans les lits faute de solution d'aval. Un recensement des situations est en cours. Il va permettre de préciser les profils des patients et le besoin en termes de structure à développer, probablement celui d'une MAS ».

A ces nombreux freins, s'ajoutent les difficultés liées aux décisions du préfet qui :

- contrairement aux dispositions de l'article L. 3213-2 du CSP⁷⁸, s'abstient de lever la mesure lorsqu'un certificat médical des 24 heures infirme le placement en SSC pris sur arrêté provisoire du maire, contraignant l'établissement à maintenir l'hospitalisation et donc la privation de liberté du patient pour 24 heures supplémentaires jusqu'à l'issue du délai de caducité de 48 heures ;
- pour les levées de la mesure comme pour les changements de forme de prise en charge, sollicite systématiquement un deuxième avis médical et contourne parfois la loi en demandant une expertise au lieu et place de ce second avis (pratique sanctionnée par le JLD dans une ordonnance rendue à la mi-décembre 2024) ;
- pour prendre un arrêté de levée d'hospitalisation exige souvent un passage en programme de soins sans motivation fondée sur la clinique du patient.

⁷⁸ Article L. 3213-2 du code de la santé publique : « En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical, le maire et, à Paris, les commissaires de police arrêtent, à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires, à charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au représentant de l'Etat dans le département qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'admission en soins psychiatriques dans les formes prévues à l'article L. 3213-1. Faute de décision du représentant de l'Etat, ces mesures provisoires sont caduques au terme d'une durée de quarante-huit heures ».

Recommandation 31 :

Le préfet doit rester dans le cadre strict des pouvoirs qui lui sont conférés par la loi lorsqu'il prend un arrêté concernant la prise en charge d'un patient hospitalisé en soins sans consentement.

Le directeur de l'ARS dans sa réponse au rapport provisoire informe qu' « un échange avec la sous-préfète, directrice de cabinet du préfet de Loire-Atlantique, a eu lieu le 13 juin 2025 au cours duquel les observations formulées dans (...) le rapport ont pu être partagées. Une évolution favorable a pu être donnée concernant les sorties de patients dans l'enceinte de l'établissement hospitalier (observation chapitre 6.1-p 40). La responsabilité de ces sorties incombant au seul responsable d'établissement, les demandes de permission de sorties correspondantes, formulées par le CHU de Nantes, ne sont désormais plus soumises à l'aval de la préfecture. Pour les autres demandes de sortie (recommandation 31), qu'elles soient accompagnées ou non, l'ARS transmet bien le dernier certificat mensuel afin de permettre au préfet de prendre sa décision au regard des derniers éléments justifiant de l'évolution de l'état de santé du patient. Si des sorties ont été autorisées précédemment, un bilan de ces sorties est également demandé. Il est à noter que certaines décisions de refus peuvent être motivées par l'appréciation d'un risque de trouble à l'ordre public. Concernant les mesures prises par les maires qui sont valables 48h (...), il arrive en effet que, malgré le certificat des 24h remettant en question la nécessité du maintien en hospitalisation, la mesure ne soit pas levée avant son terme. Dans ce cas, l'établissement est tenu de garder le patient jusqu'à la fin des 48h ce qui peut engendrer une prolongation non médicalement justifiée de la prise en charge, dans un contexte départemental marqué par une forte tension sur les capacités hospitalières ».

9.4. LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT DANS LES SOINS GUIDE LA MAJORITE DES PRATIQUES MAIS LES OUTILS D'APPUI SONT INSUFFISAMMENT DEPLOYES

Le principe d'association du patient à son projet de soins est connu des soignants et mis en œuvre dans toutes les unités. Le consentement du patient est ainsi recherché dès le passage aux urgences puis lors de l'entretien médical pour le certificat médical des 24 heures. Des projets ou contrats de soins individualisés sont mis en place pour tous les patients. Ils sont révisés régulièrement lors des entretiens avec le psychiatre et les IDE référents, des réunions cliniques et des réunions de synthèse où le patient est souvent présent. Dans toutes les unités les proches sont associés au maximum à la prise en charge du patient, sauf refus de l'intéressé. Les projets de soins, expliqués aux patients, sont tracés dans le DPI mais ne font pas l'objet d'une formalisation écrite remise au patient et à laquelle il peut se référer.

La désignation de la personne de confiance est normalement proposée lors de la procédure d'admission, mais des oublis sont signalés dans plusieurs unités où le rôle de celle-ci reste mal connu. Le nombre de désignations, variable d'une unité à l'autre et difficile à comptabiliser en l'absence de traçabilité, apparaît plus important dans les unités ouvertes que dans les unités fermées. Lorsqu'elle est désignée la personne de confiance n'est cependant pas contactée systématiquement pour le recueil de son acceptation de sa désignation et n'est que rarement associée aux différentes étapes du projet de soins.

Recommandation 32 :

Les soignants doivent connaître le rôle de la personne de confiance, laquelle doit être systématiquement contactée pour accepter sa désignation, contresigner le formulaire *ad hoc*, et être associée aux différentes étapes du projet de soins.

Il n'a pas été identifié de partenariat entre les équipes du pôle de psychiatrie et des associations facilitant l'acceptation des soins par les patients tels les groupes d'entraide mutuelle. Si des médiateurs de santé existent sur les secteurs, ils interviennent plutôt sur l'extra hospitalier.

La mise en œuvre des directives anticipées incitatives en psychiatrie sous la forme du plan de prévention partagé est inexistante ou à l'état embryonnaire. Les soignants sont peu, voire pas, formés à ces pratiques mais des formations sont prévues courant 2025. Dans certaines unités, des plans de prévention partagés sont en cours de déploiement avec les patients dont l'état clinique le permet ou une fois ceux-ci stabilisés.

Recommandation 33 :

L'établissement doit recruter des médiateurs de santé pairs et déployer la possibilité de rédiger des directives anticipées incitatives en psychiatrie.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHU informe que « le CHU comptait en 2024 quatre postes de médiateur de santé pairs. Certains postes sont en cours de recrutement suite à des départs. Le CReSERC coordonne une offre de formation au plan de crise conjoint-directives anticipées en santé mentale en coordination avec l'équipe de Lausanne conceptrice de l'outil. Cette offre est déjà faite à l'ensemble des professionnels médicaux et non médicaux, inscrite au plan de formation, et va se déployer ».

La pratique des injections « si besoin » est fréquente, mais non systématique, dans la majorité des unités fermées.

Recommandation 34 :

Seul un médecin, après examen du patient et recherche de son consentement, peut décider, en dernier recours et selon la gravité de la situation clinique, de la nécessité d'une injection médicamenteuse non consentie, à réaliser en sa présence.

10. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

10.1. LES MINEURS SONT HOSPITALISES DANS LES UNITES POUR ADULTES ET FONT L'OBJET DE MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION ILLEGALES

Au jour du contrôle, le CHU ne bénéficiait pas d'une unité de pédopsychiatrie⁷⁹, l'unité Espace prévoyant l'accueil de patients consentants entre 15 et 35 ans, durant deux hospitalisations d'une semaine chacune par an, sans épisode de passage à l'acte auto agressif. Les hospitalisations des mineurs ont vocation à s'opérer sur le CH de Daumézon (14 lits), après la fermeture de nombreux lits de pédopsychiatrie dans l'ensemble du département (cf. § 3.1.2). Des hospitalisations peuvent également être décidées dans le service de pédiatrie du CHU après un passage aux urgences pédiatriques ou psychiatriques, accompagnées par l'équipe des urgences médico-pédopsychiatriques (UMPP) (cf. § 4.1.2). Les autres prises en charge relèvent de prises en charge extrahospitalières⁸⁰ dont les délais d'attente ont été décrits par l'ensemble des professionnels comme supérieurs à six mois.

En dernier recours et faute de lits dans des structures adaptées, les mineurs de 12 à 17 ans sont accueillis principalement dans les unités fermées adultes du CHU, le ratio infirmiers-patients (15 en unité fermée contre 25 en unité ouverte) étant invoqué comme gage d'une meilleure surveillance. Ainsi des mineurs peuvent être hospitalisés avec des patients aux profils divers et notamment avec des irresponsables pénaux, dont certains ont pu être impliqués dans des faits d'agression sexuelle, ce qui était le cas au moment du contrôle. En tout état de cause, malgré la surveillance attentive des soignants et l'usage du badge pour sécuriser l'accès aux chambres, la présence d'adultes auprès d'enfants vulnérables a entraîné des agressions de nature sexuelle sur des mineurs accueillis (cf. § 3.4). Dans l'optique de protéger les mineurs, certaines unités continuent de placer les mineurs les plus vulnérables, souvent du fait de leur très jeune âge, dans les CI, les privant de toute liberté. Ce placement à l'isolement, qui n'est pas associé à une perturbation de l'état clinique indiquant sa mise en œuvre, est protocolisé par l'établissement⁸¹. Il constitue un cadre particulièrement inadapté aux soins pour nombre d'enfants.

Par ailleurs, faute d'effectif en nombre suffisant, l'équipe de l'UMPP ne se déplace plus dans les unités pour soutenir les équipes soignantes et proposer des activités adaptées aux mineurs. Seule la pédopsychiatre recrutée en vue de l'ouverture prochaine de l'unité Philae se déplace ponctuellement et à la demande sur les unités. L'ensemble des soignants et des médecins s'est dit démuni et en difficulté pour

⁷⁹ Comme indiqué *supra*, une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) Philae doit voir le jour en septembre 2025 en lieu et place de l'unité Dali. Le projet prévoit l'ouverture de 8 lits pour des patients de 15 à 20 ans pour des séjours de courte durée à savoir maximum 5 jours.

⁸⁰ Hospitalisation à domicile avec le dispositif Equipaje (CHU de Nantes) ou le Soins intensifs de psychiatrie (SIP) adolescent (CH de Daumézon) ou les hôpitaux de jour de crise (CH de Blain). Un récent projet d'équipe mobile post-UMPP couvrant les secteurs du CH de Nantes, de Daumézon et de Blain est actuellement à l'arrêt, faute de financement.

⁸¹ Fiche de procédure *Prise en charge d'un patient mineur en psychiatrie adulte PSY-MO-070* : « L'accueil du mineur se fait en chambre individuelle, cette dernière étant sécurisée par un système de fermeture à carte (porte à carte). Deux mineurs peuvent être installés ensemble dans une chambre double. Il peut également être accueilli en chambre sécurisée sur indication médicale. L'état clinique du patient peut parfois nécessiter l'indication médicale d'une mise en CI. Cette indication peut parfois se justifier pour protéger le mineur de l'environnement dans lequel il est accueilli ».

prendre en charge des enfants, notamment de plus en plus jeunes, aucun ne bénéficiant d'une formation spécifique ni d'une disponibilité suffisante.

Recommandation 35 :

Les mineurs ne doivent pas être hospitalisés avec des adultes. Leur suivi doit s'exercer sous le contrôle étroit d'un médecin et d'une équipe formés spécifiquement à la pédopsychiatrie et dans des conditions garantissant leur protection contre toute forme de violence physique ou morale. Ils ne doivent pas être placés en chambre d'isolement pour leur sécurité en dehors de toute préconisation en lien avec leur état clinique, cela constitue un enfermement illégal et contraire à l'intérêt supérieur de l'enfant.

Dans sa réponse au rapport provisoire le directeur du CHU précise que « l'unité d'hospitalisation de courte durée Philae a ouvert le 8 septembre 2025 au sein du CHU de Nantes, et accueille sur 8 lits des adolescents et jeunes adultes entre 15 et 20 ans depuis les urgences. S'agissant de l'isolement, la règle est l'accueil en chambre classique. Toutefois si la clinique psychiatrique le justifie (risque auto ou hétéro agressif majeur et imminent), une mesure d'isolement peut être décidée médicalement. Dans des cas rares, si le mineur n'est pas en capacité de se protéger des patients adultes en se mettant à distance ou en interpellant les soignants (troubles de la compréhension, troubles de la communication, mises en danger), une mesure d'isolement a pu être médicalement décidée ».

Les parents sont associés autant que possible à la prise en charge et notamment dans les projets de soins. Ils sont la plupart du temps consultés pour autoriser la consommation de tabac, mais ne le sont jamais pour l'exercice du culte. Des visites sont organisées selon l'état clinique de l'enfant. Les mineurs sont également impliqués dans leurs soins et leur consentement est recherché. Les enfants accueillis bénéficient des mêmes règles de vie que les adultes et sont soumis aux mêmes restrictions selon les unités dans lesquelles ils sont accueillis. Aucun ne bénéficie du maintien d'une scolarisation.

En 2023, 107 hospitalisations de mineurs ont eu lieu, une en SDRE. En 2022, 159 hospitalisations (pour une file active de 101 mineurs) ont eu lieu, soit une augmentation de plus de 50 % des hospitalisations. 15 ont été hospitalisés en SDRE. Du 1^{er} janvier au 31 mars 2025, 47 hospitalisations⁸² ont été réalisées pour une file active de 37 mineurs, soit une augmentation prévisible des hospitalisations d'environ 50 % par rapport à 2024. 9 mineurs ont été placés sous le statut de SDRE en un seul trimestre. Depuis trois ans, aucun mineur n'a fait l'objet d'une ordonnance de placement provisoire (OPP) sur le fondement de l'article 375-9⁸³ du code civil.

Il a été constaté que sur l'année 2025, 60 % des dossiers des mineurs consultés ne comprenaient pas la signature des deux parents, sans que figure l'acte de naissance de l'enfant attestant d'une filiation unique ou un jugement fixant l'exercice de l'autorité parentale exclusive au seul parent signataire. De même, 12,5 % des

⁸² Ainsi, en moyenne, par mois, 3 mineurs sont accueillis dans chaque unité fermée.

⁸³ Art. 375-9 du code civil : la décision confiant le mineur, sur le fondement du 5° de l'article 375-3, à un établissement recevant des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux, est ordonnée après avis médical circonstancié d'un médecin extérieur à l'établissement, pour une durée ne pouvant excéder quinze jours. La mesure peut être renouvelée, après avis médical conforme d'un psychiatre de l'établissement d'accueil, pour une durée d'un mois renouvelable.

dossiers étaient signés par l'aide sociale à l'enfance sans qu'un jugement de tutelle d'état ou de délégation d'autorité parentale du juge aux affaires familiales soit versé au dossier. Enfin, aucun dossier ne comportait la mention du consentement de l'adolescent hospitalisé.

Recommandation 36 :

Toute admission à la demande des représentants légaux requiert une demande spécifique signée par les deux parents en cas d'autorité parentale conjointe. Si un seul parent en est titulaire, l'autre doit être informé, sauf décision judiciaire contraire. L'identité des titulaires de l'autorité parentale doit être systématiquement vérifiée, l'aide sociale à l'enfance ne pouvant se substituer qu'en vertu d'une ordonnance de placement provisoire ou d'un jugement de délégation. En cas de soins libres, le positionnement de l'adolescent doit être recherché et formalisé dès l'admission.

Dans sa réponse au rapport provisoire le directeur du CHU signale que « la recherche du consentement des deux parents est systématiquement effectuée. Pour un certain nombre de dossiers, l'absence d'un des parents est fréquemment constatée aux urgences. Ces services veilleront à mieux tracer les démarches de contact du 2nd parent, même infructueuses. Par ailleurs, le formulaire de recueil du consentement parental prévoit le positionnement de l'enfant, permettant de solliciter son assentiment aux soins dans toute la mesure du possible. La question de la complétude des dossiers d'admission des enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance sera un sujet de travail avec celle-ci ».

L'analyse des isolements des mineurs en 2024 montre que 21 patients âgés de 12 à 17 ans⁸⁴ ont fait l'objet d'au moins une mesure d'isolement, soit 21 % des mineurs accueillis. 42 mesures d'isolement ont été pratiquées pour une durée moyenne de 62 heures 45, soit deux jours et demi, la plus longue ayant duré plus de 288 heures, soit 12 jours.

Neuf mineurs, dont quatre âgés de 12 à 14 ans, ont fait l'objet d'au moins une mesure de contention, soit 9 % des mineurs accueillis. 16 mesures de contention ont été pratiquées pour une durée moyenne de 17 heures 30, la plus longue ayant duré 85 heures 45, soit plus de trois jours.

Les représentants légaux sont informés des mesures d'isolement et de contention et peuvent très exceptionnellement visiter leur enfant. Une partie des enfants isolés est restée en soins libres. Une autre partie a fait l'objet d'une transformation de leur statut en SDRE dans le seul but de pouvoir maintenir le mineur à l'isolement, alors que les critères propres à ce statut, à savoir un trouble à l'ordre public, n'étaient pas respectés⁸⁵.

Dans la plupart des cas, l'isolement, et par conséquent la décision de soins sans consentement sous la forme d'un SDRE, sont levés avant le contrôle du JLD. Dans quatre cas (sur six), l'isolement et l'hospitalisation sous la forme d'un SDRE ont été maintenus malgré l'absence de critères relatifs à l'hospitalisation sous le statut de SDRE, pour notamment « des idées suicidaires scénarisées avec tentatives de

⁸⁴ 7 mineurs entre 12 à 14 ans ont été isolés.

⁸⁵ Au regard de l'ensemble des décisions médicale et préfectorales en 2023, 2024 et 2025, la plupart des décisions ont été prises sur le fondement du risque auto-agressif que présentait le mineur.

passages à l'acte sur l'unité » (cf. § 8.4.1). L'instrumentalisation du statut de SDRE permettant de légitimer les mesures d'isolement génère des conséquences importantes pour l'enfant, automatiquement fiché dans la base de données Hopsyweb⁸⁶.

Recommandation 37 :

Les mesures d'isolement et de contention d'un mineur hospitalisé en soins libres sont dépourvues de base légale. La transformation de leur statut d'hospitalisation, de soins libres à soins sur décision du représentant de l'État, indépendamment de toute atteinte à l'ordre public dans le seul objectif de légitimer un placement à l'isolement, est illégale et stigmatisante. Considérant, en outre, que les mesures d'isolement et de contention sont contraires à l'intérêt supérieur de l'enfant, ces mesures doivent être proscrites.

Enfin, il a été indiqué que la préparation à la sortie des mineurs placés à l'aide sociale à l'enfance (ASE) était particulièrement difficile, les éducateurs de l'ASE étant très peu, voire nullement, en lien avec les équipes soignantes. De plus, l'ASE peut refuser de récupérer les enfants ne nécessitant plus de soins, faute de structures adaptées pour les prendre en charge, prolongeant d'autant plus leur hospitalisation en unité pour adultes.

Recommandation 38 :

Afin qu'aucun mineur ne demeure hospitalisé pour d'autres motifs que son état clinique, la direction de l'aide sociale à l'enfance doit impérativement concourir à la proposition de solutions de prises en charge adaptées aux mineurs protégés.

10.2. LES DETENUS SONT SOUVENT PLACES EN CHAMBRE D'ISOLEMENT MEME SI LEUR ETAT CLINIQUE NE LE JUSTIFIE PAS

Les soins psychiatriques dispensés aux personnes détenues sont assurés en milieu pénitentiaire par le service médico-psychologique régional (SMPR) du centre pénitentiaire de Nantes.

Pour les situations les plus complexes, une orientation vers l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Rennes est envisagée, mais les délais d'admission excèdent généralement deux à trois semaines. Dans l'intervalle, les patients sont pris en charge en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SDRE) au sein des unités du CHU.

A l'issue d'un échange avec le psychiatre du SMPR et l'administration pénitentiaire, une équipe hospitalière composée de deux IDE se rend à l'établissement pénitentiaire en ambulance pour assurer le transfert, sans escorte sauf classement particulier du détenu. Le patient, souvent sous sédation sur prescription médicale, peut être entravé jusqu'à la sortie de l'établissement pénitentiaire. En cas d'urgence, les patients arrivent au CHU sous escorte, menottés et parfois entravés aux membres inférieurs.

⁸⁶ [Décret n° 2018-383 du 23 mai 2018 autorisant les traitements de données à caractère personnel relatifs au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement](#), modifié par décret n° 2022-714 du 27 avril 2022.

En 2024, 18 admissions ont été recensées (16 en 2023). Un numéro d'identifiant est attribué à l'admission et seuls les soignants directement concernés ont connaissance de l'identité du patient. L'affectation des patients dans les unités psychiatriques est opérée selon le domicile personnel avant l'incarcération, ou la date de naissance pour les personnes sans domicile fixe.

À leur arrivée en unité hospitalière, les patients détenus sont quasi systématiquement placés en CI, sans contention. La durée moyenne de séjour en unité est de cinq à six jours⁸⁷, avec des sorties progressives et encadrées de la CI en fonction de l'évolution clinique, selon les unités.

Les conditions de vie peuvent évoluer vers une chambre classique dans les unités Dali ou Gaudi, avec une approche clinique centrée sur le patient évitant les mesures systématiques, à la différence d'autres unités plus réticentes à accueillir un détenu hors chambre d'isolement. L'agression d'un soignant par un patient détenu dans le secteur 5 en août 2023 a marqué les équipes.

Une attention particulière est portée à la gestion du tabac : des substituts nicotiques (patchs) sont systématiquement proposés et les sorties pour fumer peuvent être organisées en fonction de l'état de santé. Les patients sont souvent vêtus d'un pyjama à leur arrivée ; un inventaire des quelques effets du patient détenu est systématiquement réalisé.

Les droits des détenus – téléphone, visite, accès à l'avocat – sont maintenus sous réserve de l'état clinique et des indications figurant sur la fiche de liaison pénitentiaire. Celle-ci est parfois accompagnée de la fiche pénale précisant le motif de l'incarcération pouvant, certes, éclairer la prise en charge mais également susceptible de générer des réticences au sein des équipes de soins.

Dans son [avis du 14 octobre 2019 relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé](#), le CGLPL souligne l'importance du respect de la confidentialité et du secret médical. Il rappelle que les patients détenus disposent des mêmes droits d'accès aux soins que tous les autres citoyens.

La présence conjointe de mineurs et de patients détenus dans les unités fermées nécessite une vigilance particulière, en particulier pour les auteurs d'infractions à caractère sexuel (AICS). Les soignants mettent en place une stratégie d'évitement, en orientant les mineurs vers d'autres unités ou en organisant un placement à l'isolement pour le patient concerné. Des tensions subsistent, malgré une vigilance clinique et éthique manifeste (cf. § 10.1).

Depuis octobre 2024, une équipe mobile transitionnelle (EMOT), intégrée au sein du SMPR, permet une prise en charge médico-sociale intensive, à partir de deux mois avant la sortie de détention et jusqu'à six mois après⁸⁸, visant à prévenir les phénomènes de rupture de soins et à lutter contre les rechutes psychiatriques et addictives.

Dans sa réponse au rapport provisoire le directeur du CHU précise que, chaque fois que c'est possible, un lien est fait avec l'équipe soignante du SMPR préalablement à l'admission d'un patient en SDRE judiciaire « afin d'évaluer son état clinique, et si

⁸⁷ Les patients détenus placés en chambre d'isolement même si leur état clinique ne le justifie pas demandent souvent à abrégé leur séjour.

⁸⁸ L'équipe est composée de 1,5 ETP infirmier, de 2 ETP assistants sociaux ou éducateurs spécialisés, de 0,5 ETP médecin psychiatre et de 0,5 ETP secrétaire. À la date du contrôle, 17 patients (15 hommes et 2 femmes) étaient inclus dans ce dispositif.

celui-ci le nécessite, le patient est admis en chambre d'isolement. Si cet échange préalable ne peut avoir lieu, l'admission est organisée en chambre d'isolement avec un lit hôtelier immédiatement disponible. L'entretien médical à l'admission valide ou invalide la pertinence de la mesure d'isolement. Si l'isolement est maintenu à l'accueil, l'évolution favorable de l'état clinique permet ensuite la levée de la mesure ».

CGIPL

CONTRÔLEUR | GÉNÉRAL

DES | LIEUX | DE

PRIVATION | DE | LIBERTÉ

12 rue Henri Rol-Tanguy
CS 30026
93109 Montreuil Cedex
www.cglpl.fr