

# Les soins sans consentement

Les droits des patients en psychiatrie  
UE 1.3 S1 Législation, éthique, déontologie  
Anne Hergoualc'h – Octobre 2019

# Un peu d'histoire...

- **Loi n°7443 sur les aliénés du 30 juin 1838** : 2 modalités d'entrée en soins :
  - le placement volontaire des aliénés,
  - le placement d'office décidé par arrêté préfectoral lorsque l'ordre public ou la sûreté des personnes sont menacés.
- **Loi du 27 juin 1990** : conservation des 2 modes d'hospitalisation sans consentement :
  - l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT),
  - l'hospitalisation d'office (HO).
- **Loi du 5 juillet 2011 modifiée par la loi du 27 septembre 2013**

# Les soins sans consentement

- Loi n°2011-803 du **5 juillet 2011** relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge (dont certaines dispositions ont été modifiées par la loi n°2013-869 du **27 septembre 2013**)
- Elle a réformé la loi n°90-527 du **27 juin 1990** relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation

# Les soins sans consentement

- La loi pose le principe du **consentement aux soins** des personnes atteintes de troubles mentaux, énonce l'exception des soins sans consentement et définit ses modalités d'application.
- Cette loi a rappelé que les soins consentis doivent être considérés comme le mode principal et prioritaire de prise en charge en psychiatrie.
- La terminologie « **hospitalisation** » a fait place à la notion de **soins**, laissant la possibilité aux psychiatres d'envisager différentes alternatives à l'hospitalisation complète comme mode de prise en charge des malades.
- Pas de restriction à la **liberté d'aller et venir** sans contrôle systématique du juge des libertés et de la détention.

# Les soins sans consentement

- Sécurisation des pratiques
- Renforcement des droits des patients
- Possibilité de remise en cause de la mesure par la saisine du Juge des Libertés et de la Détention
- Contrôles réguliers de la mesure
- Registre de traçabilité

# Les soins sans consentement

- Les modes de prise en soins des patients en psychiatrie sont spécifiques. Il en existe trois types :
  - **Les soins psychiatriques libres** demeurent la règle.
    - Avec votre consentement, vous êtes alors admis en soins psychiatriques libres et vous disposez des mêmes droits et libertés individuelles que ceux reconnus aux patients hospitalisés pour des soins somatiques.
    - Depuis 2018, recueil du consentement sur un document officiel, rangé dans le DP.
  - **Les soins à la demande d'un tiers**
  - **Les soins à la demande d'un représentant de l'Etat**

# Les soins sans consentement

- L'admission d'une personne en soins psychiatriques sans consentement se fait :
  - soit sur décision du directeur de l'établissement,
    - consécutivement à la demande d'un tiers, en urgence ou non (SDT ou SDTU)
    - ou sans demande de tiers en cas de péril imminent (SPI)
  - soit sur décision du représentant de l'Etat (SDRE),
  - soit sur décision de justice (SDJ).
- Quel que soit le mode d'admission, période d'observation de 72h, sous forme d'hospitalisation complète (évaluation de la capacité à consentir aux soins, définition de la forme de prise en charge adaptée et engagement des soins nécessaires).
- Rien ne s'oppose à ce que la mesure soit levée dans les 24h si elle s'avère injustifiée.
- Premier certificat dans les 24h, un autre dans les 72h

# Modalités SDT - SPI

- Troubles mentaux rendant le consentement impossible
- État nécessitant :
  - des soins immédiats,
  - une surveillance constante ou régulière.
- Qui est le tiers demandeur ? (famille, tuteur ou curateur, précisions sur les relations antérieures)
- Pièces à fournir – 2 certificats médicaux
- Notion de « péril imminent »

# Modalités SDRE

- Troubles mentaux nécessitant des soins et compromettant la sûreté des personnes ou portant atteinte, de façon grave, à l'ordre public
- Qui décide ?
- Pièces à fournir – 1 seul certificat médical (médecin extérieur à l'établissement d'accueil)
- Procédure d'admission

- Après la période d'observation, en fonction des conclusions des certificats médicaux, l'autorité ayant prescrit la mesure décide du maintien ou de la levée des soins, et de la forme de prise en charge si décision de maintien des soins :
  - soit sous forme d'hospitalisation complète,
  - soit sous toute autre forme (cf dispositifs de soins) définie dans un programme de soins.
- La loi prévoit le calendrier selon lequel doivent être établis les certificats médicaux au cours de la prise en charge.

## Le contrôle systématique des hospitalisations complètes par le Juge des Libertés et de la Détention (JLD)

- Le JLD exerce un contrôle systématique, au plus tard au bout de 12 jours d'hospitalisation complète continue, puis au plus tard au bout de 6 mois d'hospitalisation complète continue, ou à tout moment sur saisine facultative.
- Le juge valide ou invalide la mesure en cours mais il ne peut la modifier de lui-même. S'il décide de lever l'hospitalisation complète (HC), il peut acter que cette levée ne prendra effet qu'à l'issue d'un délai de 24 heures maximum, afin que l'équipe médicale puisse enclencher, si nécessaire, un programme de soins.

# Les audiences foraines

- Une audience foraine est une audience qui se tient hors de son tribunal de juridiction ou d'un bâtiment juridique officiel, dans une autre localité que celle où siège la juridiction.
- Dans le cadre de l'audience foraine, l'administration juridique se rend directement au-devant des justiciables.
- L'audience foraine se tient sur ordonnance.
- Une audience foraine peut ainsi être organisée dans des bâtiments publics tels que les écoles, les mairies, les maisons de justice et du droit, etc.

# La visioconférence

- Interdite depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2014

# Les dispositions spécifiques pour certains patients en SDRE

- Ces dispositions concernent les personnes hospitalisées pour irresponsabilité pénale ou en Unités pour Malades Difficiles (UMD), mais aussi pour les personnes hospitalisées sur demande du représentant de l'Etat et qui ont connu ce type d'antécédents au cours des 10 années précédentes.
- Lorsque le psychiatre envisage une fin d'HC pour un tel patient, un collège de soignants rend un avis destiné à éclairer le préfet. Ce collège est composé :
  - du psychiatre du patient,
  - d'un autre psychiatre,
  - d'un membre de l'équipe pluridisciplinaire qui prend en soins ce patient (infirmier, cadre de santé, psychologue, assistant social...).

# À retenir

- Une personne ne peut sans son consentement (ou le cas échéant celui de son représentant légal) faire l'objet de soins psychiatriques. Cependant, des soins psychiatriques sans consentement sont autorisés sous réserve du respect d'un certain nombre de conditions prescrites par le Code de la Santé Publique.

# À retenir

- La personne faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement est aussitôt, ou dès que son état le permet, informée de sa situation juridique, de ses droits, des voies de recours et des garanties, ainsi que des décisions prises à son endroit et des raisons qui les motivent.

# À retenir

- À tout moment, le consentement de la personne doit être recherché et respecté à chaque fois qu'elle est apte à exprimer sa volonté.
- Lorsque l'état de la personne le permet, une transformation générale de la mesure en soins libres doit être recherchée. La décision revient à l'auteur de la mesure, et non au médecin.

- L'établissement d'un certificat nécessite obligatoirement un examen physique (somatique) de la personne. Lorsqu'il ne peut pas être procédé à cet examen, un avis est alors établi sur la base du dossier médical. Cet avis expose notamment les raisons pour lesquelles l'examen n'a pas été possible.

- Le certificat médical doit permettre à ses destinataires non médecins de comprendre le bien-fondé de la mesure (adaptée, nécessaire et proportionnée à l'état mental de la personne, à sa potentielle dangerosité et à la mise en œuvre du traitement requis), celle-ci devant prendre en compte l'équilibre entre la protection de la santé et les libertés individuelles de la personne et mettre en exergue les comportements pouvant porter atteinte à la sécurité des personnes et à l'ordre public, le cas échéant.

# Le renforcement des droits des patients

- Le diagnostic médical ne doit pas être révélé dans le certificat ou l'avis médical eu égard au secret professionnel.
- Le médecin rédacteur doit être obligatoirement un psychiatre inscrit à l'ordre des médecins et en situation régulière d'exercice.
- Les délais d'envoi des certificats et avis médicaux doivent être respectés.

# Le renforcement des droits des patients

- L'information des patients sur leurs droits et voies de recours est renforcée et leurs observations sur les décisions les concernant sont recueillies.
- Les sorties de courte durée sont facilitées.
- Le patient, pendant ses sorties, peut désormais être accompagné par un membre de sa famille ou sa personne de confiance. La loi du 27 septembre 2013 rétablit les sorties de courte durée non accompagnées.
- Les mesures de soins psychiatriques sur décision du directeur de l'établissement (suite à une demande d'un tiers ou en cas de péril imminent), de plus d'un an font l'objet d'un examen par un collège tripartite.

# Le renforcement des droits des patients

- Les missions des Commissions Départementales des Soins Psychiatriques (CDSP) sont recentrées sur les situations les plus sensibles : en cas de péril imminent sans tiers par exemple, ou les SDT ou SDRE de plus de 1 an.
- Un rapport annuel est transmis au contrôleur général des lieux de privation de liberté.
- Droit de visite des parlementaires.

# La Commission Départementale des Soins Psychiatriques CDSP

- Créée par la loi du 27 juin 1990, elle a 8 missions :
- Elle doit être informée des hospitalisations sans consentement
- Elle reçoit les réclamations
- Elle est chargée d'examiner la situation de ces personnes hospitalisées, au regard du respect de leurs libertés individuelles et de leur dignité
- Elle peut saisir le Procureur de la République ou le préfet au sujet de la situation d'une personne en soins psychiatriques sans son consentement
- Elle adresse chaque année un rapport d'activité au JLD et aux autres autorités
- Elle peut proposer au JLD d'ordonner une levée de mesure de soins psychiatriques
- Elle statue sur les modalités d'accès aux informations médicales en cas de soins sans consentement

# La Commission Départementale des Soins Psychiatriques CDSP

- Elle est composée de 3 médecins (2 psychiatres et 1 médecin généraliste) et de 2 représentants des usagers.
- Jusqu'à la promulgation de la loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice, elle comportait également un magistrat. Désormais, les magistrats siégeant dans les CDSP ne seront plus remplacés à l'issue de leur mandat.
- Deux passages par an dans les établissements accueillant des patients en soins sans consentement.
- Dans les services concernés, les soignants sont tenus d'informer les patients concernés du passage de la commission et de garder trace de leur souhait de la rencontrer ou non dans le DP.

# Quels sont les droits fondamentaux de la personne admise en soins psychiatriques sans consentement ?

- Droit d'information sur les décisions le concernant, sur ses droits, sa situation juridique et les voies de recours possibles
- Droit d'accès à son dossier patient (à l'exception des informations recueillies auprès de tiers)
- Droit d'émettre ou de recevoir des courriers
- Droit de communiquer avec les autorités (préfet, président du TGI, procureur de la République, maire)
- Droit de saisir directement le Juge des Libertés et de la Détention (JLD)
- Droit de saisir la Commission Départementale des Soins Psychiatriques (CDSP)
- Droit de porter à la connaissance du Contrôleur général des lieux de privation de liberté des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence
- Droit de saisir la Commission de Relation avec les Usagers et de la Qualité de Prise en Charge (CRUQPC)
- Droit de prendre conseil auprès d'un médecin ou d'un avocat de son choix
- Droit de vote
- Droit de se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix

# L'isolement et la contention

# L'isolement

- Texte de 1960 = réglementation des chambres « protégées »
- Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé – article 72
  - Dernier recours
  - Registre
  - Rapport annuel
- Recommandations HAS du 20 mars 2017

# Définitions

- **Isolement** = Placement du patient à visée de protection, lors d'une phase critique de sa prise en charge thérapeutique, dans un espace dont il ne peut sortir librement et qui est séparé des autres patients. Tout isolement ne peut se faire que dans un lieu dédié et adapté.

# Indications

- Prévention d'une violence imminente du patient ou réponse à une violence immédiate, non maîtrisable, sous-tendue par des troubles mentaux, avec un risque grave pour l'intégrité du patient ou celle d'autrui.
- Uniquement lorsque des mesures alternatives différenciées, moins restrictives, ont été inefficaces ou inappropriées, et que les troubles du comportement entraînent un danger important et imminent pour le patient ou pour autrui.
- **En dernier recours, pour une durée limitée, et uniquement de manière adaptée, nécessaire, et proportionnée au risque, après une évaluation du patient.**
- Mesure pleinement justifiée par des arguments cliniques.

# Contre-indications

- Jamais pour punir, infliger des souffrances ou de l'humiliation ou établir une domination.
- En aucun cas pour résoudre un problème administratif, institutionnel ou organisationnel, ni répondre à la rareté des intervenants ou des professionnels.
- État clinique ne nécessitant pas un isolement.
- Réflexion bénéfices-risques à mener lorsqu'il existe des risques liés à l'état somatique du patient, une affection organique dont le diagnostic ou le pronostic peut être grave.

# Modalités de mise en œuvre

- Ne peuvent être isolés que les patients faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement.
- L'isolement est réalisé sur décision d'un psychiatre, d'emblée ou secondairement. Dans ce dernier cas, la décision qui pourrait avoir été prise par l'équipe soignante doit être confirmée dans l'heure qui suit le début de l'isolement, après un examen médical permettant de déterminer si l'isolement est justifié, s'il doit être maintenu ou s'il doit être levé.
- Un entretien et un examen médical sont réalisés au moment de l'isolement.
- Le médecin est préférentiellement le psychiatre traitant du patient dans l'unité de soins. En cas de décision prise par un interne ou un médecin non psychiatre, et durant les périodes de garde, cette décision doit être confirmée par un psychiatre dans l'heure qui suit. Cette confirmation peut se faire par téléphone en fonction des informations échangées. Cette confirmation doit être tracée dans le dossier du patient.

# Modalités de mise en œuvre

- Une fiche particulière de prescription du suivi de la décision doit être présente dans le dossier du patient.
- Il convient de s'assurer que les patients bénéficient d'un accès à l'alimentation, à l'hydratation et à l'hygiène.
- À l'initiation de la mesure, l'indication est limitée à 12 heures. Si l'état de santé le nécessite, la décision et la fiche de prescription doivent être renouvelées dans les 12 heures. En cas de prolongation, la décision et la fiche de prescription doivent être renouvelées toutes les 24 heures en concertation avec l'équipe soignante. L'équipe soignante réévalue l'état clinique et peut solliciter le psychiatre pour la levée de la mesure à tout moment. La mesure ne doit pas être maintenue plus longtemps que nécessaire. Les isolements de plus de 48 heures doivent être exceptionnels.

# Modalités de mise en œuvre

- Le patient bénéficie au minimum de deux visites médicales par 24 heures.
- En aucun cas, le recours à une mesure d'isolement ne doit devenir un mode d'intervention systématique à l'endroit d'un patient qui a des comportements à risque. Chaque fois qu'un patient a un tel comportement, les professionnels habilités doivent s'interroger sur les causes sous-jacentes à ce comportement.
- Toute mesure programmée d'isolement est à proscrire. La mesure « si besoin » ne peut s'appliquer.
- De façon exceptionnelle et uniquement dans les situations d'urgence, il peut être possible d'isoler pour des raisons tenant à sa sécurité un patient en soins libres. La durée de cet isolement doit être la plus courte possible, adaptée et proportionnée au risque, ne pouvant pas dépasser les 12 heures, soit le temps maximum nécessaire à la résolution de la situation d'urgence ou à l'initiation de la transformation du régime de soins.

# Conditions de l'isolement

- Il est indispensable, au moment de la mise en place de la mesure d'isolement, de donner au patient des explications claires concernant les raisons de l'isolement et les critères permettant sa levée.
- La mise en place d'une mesure d'isolement doit être effectuée dans des conditions de sécurité suffisantes pour le patient et l'équipe de soins.

# L'espace d'isolement

- La mesure d'isolement est faite dans un espace prévu et dédié à cet effet afin de procurer un environnement soignant et sécurisé, notamment sur le plan architectural.

# Levée de la mesure

- L'isolement doit être levé, sur décision médicale, dès que son maintien n'est plus cliniquement justifié.

# Analyse de la levée de la mesure avec le patient

- Après la sortie d'isolement, il est proposé au patient de reprendre l'épisode avec les membres de l'équipe. Cela donne lieu à une analyse clinique tracée dans le dossier du patient.

# Temps de reprise en équipe pluri professionnelle

- À l'issue d'une mesure d'isolement, un temps de reprise en équipe pluri professionnelle doit avoir lieu.

# Recueil des données et politique d'établissement

- Chaque mesure d'isolement doit être enregistrée dans un registre en préservant l'anonymat du patient. Ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé ayant surveillé le patient.
- Il est souhaitable d'aménager des espaces d'apaisement dans les unités de soins, lieu dont la porte n'est pas fermée à clé et conçu pour procurer un espace de faible stimulation afin de permettre une diminution de la tension interne d'un patient.

# La contention mécanique

# Définitions

- Il existe plusieurs types de **contentions**, dont les contentions physiques et mécaniques :
  - contention physique (manuelle) : maintien ou immobilisation du patient en ayant recours à la force physique,
  - contention mécanique : utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements empêchant ou limitant les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps dans un but de sécurité pour un patient dont le comportement présente un risque grave pour son intégrité ou celle d'autrui.

# La contention en psychiatrie

- La contention mécanique est une **mesure d'exception**, limitée dans le temps, sur décision d'un psychiatre, conformément à la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, dans le cadre d'une démarche thérapeutique, après concertation pluri professionnelle, qui impose la prescription d'une surveillance et d'un accompagnement intensifs.
- L'utilisation d'une mesure de contention mécanique représente un processus complexe, **de dernier recours**, justifié par la clinique.

Le processus comprend lui-même de nombreux éléments, décision, accompagnement du patient, délivrance de soins, surveillance... réalisés par les différents professionnels d'une équipe de soins, selon leurs champs de compétence et de responsabilité.

# Indications

- Prévention d'une violence imminente du patient ou réponse à une violence immédiate, non maîtrisable, sous-tendue par des troubles mentaux, avec un risque grave pour l'intégrité du patient ou celle d'autrui.
- Uniquement lorsque des mesures alternatives différenciées, moins restrictives, ont été inefficaces ou inappropriées, et que les troubles du comportement entraînent un danger important et imminent pour le patient ou pour autrui.
- En dernier recours, pour une durée limitée, et uniquement de manière adaptée, nécessaire, et proportionnée au risque, après une évaluation du patient.
- Mesure pleinement justifiée par des arguments cliniques.

# Contre-indications

- Jamais pour punir, infliger des souffrances ou de l'humiliation ou établir une domination.
- En aucun cas pour résoudre un problème administratif, institutionnel ou organisationnel, ni répondre à la rareté des intervenants ou des professionnels.
- État clinique ne nécessitant pas une contention.
- Réflexion bénéfices-risques à mener lorsqu'il existe des risques liés à l'état somatique du patient, une affection organique dont le diagnostic ou le pronostic peut être grave.

# Modalités de mise en œuvre

- La contention est indiquée exceptionnellement en dernier recours, pour une durée limitée et strictement nécessaire, après une évaluation du patient, et uniquement dans le cadre d'une mesure d'isolement.
- La contention mécanique ne peut s'exercer que dans le cadre d'une mesure d'isolement. Ne peuvent être isolés que les patients faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement.
- La mise sous contention mécanique est réalisée sur décision d'un psychiatre, d'emblée ou secondairement.
- Un entretien et un examen médical sont réalisés au moment de la mise sous contention mécanique.

# Conditions

- Une fiche particulière de prescription du suivi de la décision doit être présente dans le dossier du patient.
- À l'initiation de la mesure, l'indication est limitée à 6 heures. Si l'état de santé le nécessite, la décision et la fiche de prescription doivent être renouvelées dans les 6 heures. En cas de prolongation, la décision et la fiche de prescription doivent être renouvelées toutes les 24 heures. Les contentions mécaniques de plus de 24 heures doivent être exceptionnelles.
- Le patient bénéficie au minimum de deux visites médicales par 24 heures.
- Il est indispensable, au moment de la mise en place de la contention mécanique, de donner au patient des explications claires concernant les raisons de la mise sous contention et les critères permettant sa levée.

# Conditions

- La mise en place d'une mesure de contention mécanique doit être effectuée dans des conditions de sécurité suffisantes pour le patient et l'équipe de soins.
- La contention mécanique doit être faite dans un espace d'isolement prévu et dédié à cet effet afin de procurer un environnement soignant et sécurisé, notamment sur le plan architectural. Il doit respecter l'intimité du patient et permettre le repos et l'apaisement.

# Levée de la mesure

- La contention mécanique doit être levée, sur décision médicale, dès que son maintien n'est plus cliniquement justifié.

# Analyse de la levée de la mesure avec le patient

- Après la levée de la contention mécanique, il est proposé au patient de reprendre l'épisode avec les membres de l'équipe. Cela donne lieu à une analyse clinique tracée dans le dossier du patient.

# Temps de reprise en équipe pluri professionnelle

- À l'issue d'une mesure de contention mécanique, un temps de reprise en équipe pluri professionnelle doit avoir lieu.

# Recueil des données

- Chaque mesure de contention mécanique doit être enregistrée dans un registre en préservant l'anonymat du patient. Ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé ayant surveillé le patient.

# Dernier recours

- Evidemment, sauf que ...

# L'espace d'apaisement

- Il est souhaitable d'aménager des espaces d'apaisement dans les unités de soins.
- L'espace d'apaisement est un lieu dont la porte n'est pas fermée à clé et conçu pour procurer un espace de faible stimulation afin de permettre une diminution de la tension interne d'un patient.
- Il est utilisé de façon volontaire, le plus souvent sur demande du patient ou sur suggestion de l'équipe soignante, dans le respect d'un cadre défini pour son utilisation.
- Le patient peut choisir de quitter l'espace d'apaisement à tout moment.
- Il peut contenir des matelas, du matériel pour écouter de la musique, des fauteuils confortables, des livres, des lumières douces, etc.
- Avec l'accord du patient, sa chambre, dont il peut sortir à tout moment, peut également être utilisée dans un accompagnement soignant de désescalade.

# La liberté d'aller et venir

# La liberté d'aller et venir

- Convention européenne des droits de l'homme – article 5
- « *Toute personne a droit à la liberté et à la sûreté. Nul ne peut être privé de sa liberté sauf dans les cas suivants et selon les voies légales.* »
- L'atteinte à la liberté d'aller et venir, si elle ne résulte pas d'une hypothèse expressément prévue par la loi (par exemple par des soins sans consentement), est constitutive d'une séquestration (soit un crime).

# La liberté d'aller et venir

- **Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL)** est une autorité administrative indépendante créée par la loi du 30 octobre 2007 à la suite de l'adoption par la France du protocole facultatif à la Convention des Nations Unies contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.
- Le CGLPL a concrètement débuté son activité le 30 juin 2008. Adeline Hazan a été nommée en juillet 2014 pour un mandat de 6 ans non renouvelable.
- Mission : veiller à la protection de l'ensemble des droits fondamentaux des personnes privées de liberté.
- Puis formuler des recommandations aux autorités publiques et/ou choisir de les publier au Journal Officiel.

# La liberté d'aller et venir

- Etablissements concernés :
  - établissements pénitentiaires,
  - centres de rétention administrative,
  - locaux de garde à vue,
  - centres éducatifs fermés,
  - **établissements de santé mentale.**
- Depuis 10 ans, 5205 lieux de privation de liberté ont été contrôlés.
- La France a été pionnière d'une psychiatrie plus ouverte dans les années 60 et 70, avec une logique de désinstitutionnalisation de la psychiatrie.

# La liberté d'aller et venir

- Certains pays européens s'en sont inspirés, comme l'Italie qui a supprimé ses hôpitaux psychiatriques il y a 40 ans.
- Aujourd'hui en France, la situation a bien changé.
- Depuis le drame de Pau en 2004, les préoccupations sécuritaires se sont substituées à l'objectif de réinsertion :
  - la plupart des services sont des structures closes
    - limitation sans raison de la liberté d'aller et venir des patients,
  - croissance sans précédent des hospitalisations sans consentement
    - facilitée par la procédure allégée du « péril imminent »,
  - les séjours à l'hôpital se prolongent faute de structures médico-sociales d'aval,
  - la continuité des soins est incertaine.

# La liberté d'aller et venir

- La France est peu à peu devenue l'un des pays européens qui enferme le plus les personnes atteintes de troubles mentaux.