



**HAL**  
open science

# Conséquences médico-légales des sorties non autorisées en hôpital psychiatrique étude rétrospective au centre hospitalier Alpes Isère de 2015 à 2017

Laura Sauerbach

► **To cite this version:**

Laura Sauerbach. Conséquences médico-légales des sorties non autorisées en hôpital psychiatrique étude rétrospective au centre hospitalier Alpes Isère de 2015 à 2017. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02954529

**HAL Id: dumas-02954529**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02954529>**

Submitted on 1 Oct 2020

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :  
[bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr](mailto:bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Année : 2019

**CONSEQUENCES MÉDICO-LÉGALES DES SORTIES NON AUTORISÉES EN  
HÔPITAL PSYCHIATRIQUE**

**ÉTUDE RETROSPECTIVE AU CENTRE HOSPITALIER ALPES ISÈRE**

**DE 2015 À 2017**

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DIPLÔME D'ÉTAT

Laura SAUERBACH

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE  
GRENOBLE

Le 27 septembre 2019

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

Monsieur le Professeur Thierry BOUGEROL

Membres :

Madame le Professeur Virginie SCOLAN

Monsieur le Docteur François PAYSANT

Madame le Docteur Giovanna VENTURI-MAESTRI

Madame le Docteur Isabelle NAHMANI, directrice de thèse

Doyen de la Faculté : Pr. Patrice MORAND

Année 2018-2019

**ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE**

CORPS	NOM-PRENUM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APTEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BOLLA Michel	Cancérologie-Radiothérapie
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
PU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et de Pathologie Cytologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
MCU-PH	BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH	CANALI-SCHWEBEL Carole	Réanimation médicale
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
PU-PH	CHARLES Julie	Dermatologie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie

CORPS	NOM-PRENO	Discipline universitaire
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie générale
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Oncologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
PU-PH	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaëtan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie, biologie moléculaire
PU-PH	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie - virologie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU - PH	LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LETOUBLON Christian	Chirurgie digestive et viscérale
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Virologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	MALLION Jean-Michel	Cardiologie
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MC LEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Virologie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
PU-PH	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et Biologie Moléculaire
MCU-PH	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
MCU-PH	RUBIO Amandine	Pédiatrie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie Cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Réanimation
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

**PU-PH** : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers  
**MCU-PH** : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers  
**PU-MG** : Professeur des Universités de Médecine Générale  
**MCU-MG** : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale

## REMERCIEMENTS

La thèse de médecine est le début d'un chemin mais également et surtout la fin d'un parcours au cours duquel j'ai rencontré des gens formidables qui m'ont permis d'arriver où je suis aujourd'hui.

Je souhaiterais tout d'abord remercier les membres de mon jury qui me font l'honneur de juger mon travail :

- Monsieur le Professeur BOUGEROL, je vous remercie pour votre accompagnement durant ces 4 années d'internat, pour votre disponibilité et pour votre écoute lorsque j'en ai eu besoin.
- Madame le Professeur SCOLAN, merci de m'avoir autorisé à intégrer la très privée sphère de la médecine légale et de m'avoir fait confiance. Je suis ravie de pouvoir travailler à vos côtés et surtout lorsque vous vous essayez à la psychiatrie !
- Monsieur le Docteur PAYSANT, merci pour votre bonne humeur et pour humour en salle d'autopsie. Vous me faites l'honneur de juger mon travail et je vous en suis reconnaissante.
- Madame le Docteur VENTURI, vous m'avez accompagné tout au long de mon travail et je vous remercie pour avoir pris le temps de répondre à mes multiples sollicitations et mes nombreux mails.
- Isabelle, un très grand merci pour tout ce que tu as fait pour moi, ton savoir en psychiatrie et notamment en psychiatrie légale m'a toujours impressionné et ton aide m'a été très précieuse. Ta disponibilité, ta bonne humeur et tes connaissances vont énormément me manquer lorsque tu seras à Lyon. Je compte bien maintenir et entretenir notre petit groupe de psychiatrie légale à distance.

Je remercie toute l'équipe de médecine légale, notamment Sophie Crampagne qui m'a encadré pendant 2 semestres dans le service et qui a toléré ma passion plus importante pour les autopsies que pour les réunions sociales (et qui m'accepte même pour la suite de l'aventure) ! François Chiron pour sa capacité à trouver toujours une anecdote scientifique, Cloé pour sa patience quand il s'agit de me



former, Mais aussi, aux infirmières, aide-soignant(e)s, ASH du service pour leur dévouement au quotidien auprès des patients pas toujours faciles du service.

Surtout un énorme merci à la fine équipe, Jérémy et Pierre pour leur tolérance quand je me plains, pour leur sourire quand je déprime et pour leur rire quand je raconte n'importe quoi ! Vous êtes de vrais rayons de soleil !

Je remercie également tous ceux que j'ai rencontré au cours des stages qui m'ont fait grandir et m'ont formé tant sur le plan théorique qu'humainement. Je pense à toute l'équipe de l'UMD du Vinatier avec François RENAULT, Coline DARMEDRU, Paul BERAUD, à l'équipe de l'USN2 et notamment Adrien PONTAROLLO, à l'équipe de l'UPA et à tous les autres.

Merci à la promo de choc et aux autres co internes avec qui j'ai eu la chance de travailler mais aussi de bien rigoler : Josepha (et les Spritz-préparation de thèse), Grégoire, Elodie, Jérôme, Tiphaine, Albane, Pierre, Arnaud, Boris, Mircea, Margaux, et tous les autres...

Une mention toute spéciale à mes 2 acolytes que j'ai rencontré en première année et qui resteront mes meilleures rencontres au cours de l'internat, Anne-Sophie, Robin.

Anne-Sophie, je peux compter sur toi pour les bêtises, les joies, les rires et les pleurs, merci d'être là pour moi. Robin je peux compter sur toi pour les muscles, les muscles, enfin surtout les muscles mais aussi pour ton aide en toute circonstance !

A mes amis de toujours, tout particulièrement Claire, Chloé et Camille qui même en dehors des frontières de Grenoble me soutiennent.

Merci à mon compagnon et amour depuis 4 ans, Olivier. Je t'aime.

Enfin, un immense merci à ma famille, mes parents, Ariane et Arnaud pour votre amour et votre soutien sans faille quel que soit les épreuves que je traverse. Je vous aime.

Avec une mention particulière à ma grand-mère qui me parle de la thèse depuis le premier jour des études de médecine !

A Janine, Jean et Jacques qui sont partis trop tôt.

Laura SAUERBACH

## CONSEQUENCES MÉDICO-LÉGALES DES SORTIES NON AUTORISÉES EN HÔPITAL PSYCHIATRIQUE

### ÉTUDE RETROSPECTIVE AU CENTRE HOSPITALIER ALPES ISÈRE DE 2015 À 2017

#### RÉSUMÉ :

**Introduction** : La psychiatrie se démarque des autres spécialités médicales par ses connexions fortes avec le monde judiciaire, de par les soins psychiatriques sans consentement. Bien que peu étudiées dans la littérature, les sorties non autorisées (SNA) c'est à dire la soustraction aux soins de patients atteints de pathologies psychiatriques, est une inquiétude permanente au sein des unités de soins mais également dans la société eu égard aux des évènements dramatiques énoncés dans la presse. Notre étude a pour objectif principal de déterminer la proportion de sorties non autorisées pour l'ensemble des séjours de patients adultes, hospitalisés au centre hospitalier Alpes Isère (CHAI), en soins sous contrainte en 2017, puis d'en décrire les caractéristiques. **Matériel et méthodes** : Il s'agit d'une étude observationnelle monocentrique au CHAI s'étendant du 1<sup>er</sup> janvier 2017 au 31 décembre 2017 et concernant les patients majeurs en soins sans consentement ayant effectué au moins une SNA. Nous nous appuyons ensuite sur des données de 2015 et de 2016 précédemment décrites. **Résultats** : Il est retrouvé une proportion de 7,6% de SNA pour l'ensemble des séjours de patients adultes hospitalisés au CHAI en soins sous contrainte sur l'année 2017. **Discussion** : Les différentes études internationales retrouvent des taux entre 3 et 22% de SNA. Le profil type qui se dégage est celui d'un homme jeune souffrant de schizophrénie. Plusieurs motifs exprimés par les patients sont mis en avant dans la littérature pouvant expliquer ce phénomène. La responsabilité du médecin et celle de l'hôpital sont très souvent mises en cause, mais la condamnation est à la seule appréciation du juge.

**MOTS CLÉS** : Sortie non autorisée, fugue, psychiatrie, responsabilité, soins psychiatriques sans consentement

**FILIÈRE**: PSYCHIATRIE

Laura SAUERBACH

**LEGAL CONSEQUENCES OF UNAUTHORIZED LEAVES OF A PSYCHIATRIC  
HOSPITAL  
RETROSPECTIVE STUDY IN 2017 AT THE CENTRE HOSPITALIER ALPES  
ISÈRE**

ABSTRACT:

**Introduction:** Psychiatry stands out from other medical specialties by its strong connections to the judicial world through care without consent. Although barely studied in the literature, absconding, i.e. the release from care of patients with psychiatric disorders, is a permanent concern within care units but also in society with regard to dramatic events reported in the media. The main objective of our study is to determine the proportion of absconding for all stays of adult patients hospitalized at the Alpes Isère Hospital Center (CHAI) in involuntary treatment in 2017, and then to describe their characteristics. **Materials and methods:** This is a monocentric observational study at CHAI run from January 1, 2017 to December 31, 2017 and regarding major patients in care without consent who have made at least one absconding. We then use data from 2015 and 2016 as described above. **Results:** A proportion of 7.6% of absconding is found for all stays of adult patients hospitalized in the CHAI in involuntary treatment in 2017. **Discussion:** International studies found an absconding's rate between 3% and 22%. The typical profile, in these studies, is a young man suffering from schizophrenia. Several reasons expressed by patients are highlighted in the literature that may explain this phenomenon. The liability of doctors and hospitals is often invoked, but the sentence is at the sole discretion of the judge.

**Key words:** Absconding, psychiatry, Involuntary Treatments, legal liability

## **ABREVIATIONS:**

- SNA : Sortie Non Autorisée
- CHAI : Centre Hospitalier Alpes Isère
- SPDT : Soins psychiatriques à la demande d'un tiers
- SPDRE : Soins psychiatriques à la demande du représentant de l'état
- SPPI : Soins psychiatriques pour péril imminent
- CDSP : Commission Départementale des Soins Psychiatriques
- IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
- DIM : Département d'Information Médicale
- SAGI : Service Assistance Garde Infirmier
- CIM-10 : Classification Internationale des Maladies
- CHUGA : Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes
- CCI : Commission de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux
- CAA : Cour Administrative d'Appel
- CE : Conseil d'État
- CA : Cour d'Appel

## Table des matières

<b>I.</b>	<b>Introduction</b> .....	<b>12</b>
<b>II.</b>	<b>Matériels et méthodes</b> .....	<b>20</b>
<b>III.</b>	<b>Résultats</b> .....	<b>25</b>
<b>IV.</b>	<b>Discussion</b> .....	<b>33</b>
<b>1.</b>	<b>Élaboration d'un profil type de patient dit « fugueur »</b> .....	<b>33</b>
a)	A partir de la cohorte du CHAI .....	33
b)	Comparaison avec les données de la littérature.....	36
c)	Limites de l'étude.....	41
d)	Cas médiatiques jurisprudentiels.....	41
<b>2.</b>	<b>Mise en perspective avec les différentes responsabilités</b> .....	<b>44</b>
a)	Administrative.....	45
b)	Pénale.....	51
c)	Civile et ordinale.....	56
<b>V.</b>	<b>Conclusion</b> .....	<b>58</b>
<b>VI.</b>	<b>Références bibliographiques</b> .....	<b>60</b>

## I. Introduction

**Henry EY considérait la psychiatrie comme le « champ de la pathologie de la liberté ».**

Née de l'inspiration des grands aliénistes du XVIIIème et XIXème siècles, la psychiatrie est une discipline médicale transversale, ayant des connexions avec de nombreux autres domaines, notamment socio-culturels. Elle a été très influencée par les différents mouvements sociétaux que notre pays a connu. L'évolution de la psychiatrie est corrélée à celle du regard que porte notre société sur « la folie », sur les personnes que l'on nomme « malades mentaux ». Les moyens alloués à cette discipline et le cadre de prise en charge des patients atteints de troubles mentaux sont donc très souvent influencés par cette essence contemporaine.(1)

La psychiatrie présente par ailleurs, une intrication forte avec le monde judiciaire et ce, avant même l'apparition des premières lois sur les soins sans consentement. C'est bien pour cela qu'il s'agit de la seule spécialité médicale dont la pratique est réglementée aujourd'hui par des textes de lois, afin d'en préciser les contours, notamment lorsqu'il s'agit de ces soins dit « sans consentement ». En effet, les patients souffrant de pathologies mentales peuvent présenter des symptômes compromettant leur discernement et entravant leur capacité à consentir aux soins, avec un risque de mise en danger d'eux-mêmes ou d'autrui.

Ce cadre légal a été peu modifié au cours du temps puisque la première loi a été promulguée en 1838, et seulement deux autres lui ont succédé.

## Historique des soins sans consentement :

La première loi statuant sur les soins psychiatriques sans consentement datant du 18 juin 1838, dite « loi Esquirol » autorisait les psychiatres à « interner » un patient présentant une pathologie psychiatrique et ce, sans son consentement. La mesure de soins était une mesure administrative. Un recours en justice était par la suite possible afin d'éviter le risque d'internement arbitraire et abusif mais rarement utilisé en pratique. (2) La notion d'hospitalisation libre n'était alors pas prévue par la loi. Elle arrivera bien plus tard dans une circulaire du 2 février 1951 : circulaire n° 41.(3)

En 1990, soit près de 150 ans plus tard, une nouvelle loi vient réformer celle de 1838. Cette loi est avant tout une évolution sémantique puisqu'il ne s'agit plus « d'aliénés » mais de « personnes atteintes de troubles mentaux » et non plus de « placement » mais « d'hospitalisation ». Elle permet également de renforcer la garantie des droits des patients hospitalisés. La mesure reste néanmoins administrative.

La dernière loi toujours en vigueur actuellement est celle du 5 juillet 2011 qui sera partiellement modifiée le 13 septembre 2013. Il s'agit alors d'une modification plus en profondeur de l'organisation des soins psychiatriques, puisque ceux-ci passent du domaine strictement administratif vers des mesures administratives et judiciaires. En effet, la loi du 5 juillet 2011, stipule l'obligation de contrôler la mesure de soins sans consentement par un juge des libertés et des détentions, dans un délai maximum de 12 jours après l'initiation de cette dernière. Elle permet également d'inclure une nouvelle modalité de soins sans consentement : les programmes de soins ambulatoires, comme alternatives à l'hospitalisation à temps complet. Les terminologies changent également avec 3 modalités de soins différentes :

- SDT : Soins psychiatriques à la demande d'un tiers
- SPI : Soins psychiatriques pour péril imminent
- SDRE : Soins psychiatriques à la demande du représentant de l'état

Cette réforme s'inscrit et trouve son origine dans les dernières évolutions concernant la relation médecin-malade et plus globalement la santé en général, où le patient prend une part importante dans les décisions le concernant, et devient l'acteur principal de sa prise en charge thérapeutique. L'information du patient est capitale et il est bien stipulé que le patient doit être tenu informé de tous les soins dont il fait l'objet.

#### Cadre légal actuel :

- Soins sans consentement

Avec plus de 92 000 personnes, âgées de 16 ans ou plus, prises en charge au moins une fois sans leur consentement en psychiatrie en France au cours de leur vie, cette modalité de soins représente environ 5,4% de la file active totale suivie en psychiatrie.(4)

Pour initier une mesure de soins sans consentement 2 conditions doivent être réunies :

- La notion d'un risque de mise en danger du patient lui-même ou d'autrui avec surtout la nécessité d'une surveillance médicale hospitalière et des soins immédiats,
- Mais également la notion de troubles mentaux rendant impossible le consentement du patient aux soins proposés. (5)



Le législateur précise bien qu'il s'agit d'une mesure de dernier recours et que les soins consentis doivent être privilégiés dans toute prise en charge en psychiatrie.

Les patients en soins sans consentement conservent des droits et des libertés clairement formulés par l'article L3211-3 du Code Santé Publique (5), notamment :

- « *Communiquer avec les autorités*
- *Saisir la Commission Départementale des Soins Psychiatriques (CDSPP)*
- *Prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix*
- *Porter à la connaissance du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Libertés, des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence*
- *Émettre ou recevoir des courriers*
- *Consulter le règlement intérieur de l'établissement et recevoir les explications qui s'y rapportent*
- *Exercer son droit de vote*
- *Se livrer à des activités religieuses ou philosophiques de son choix »*

Mais cette modalité de soins sans consentement demeure une atteinte à la liberté individuelle et surtout à la liberté de circulation des patients. De possibles restrictions peuvent être mises en place en fonction de leur état de santé. Il est impératif que ces restrictions soient « *adaptées, nécessaires et proportionnées* ». (3)

La libre circulation du patient n'est plus garantie et n'est pas soumise à l'appréciation seule du patient ou de son psychiatre. Un certificat de « *sortie de courte durée* » peut être rédigé et motivé par le médecin prenant en charge le patient, dans des cas bien précis. Il peut s'agir d'une « *autorisation de sortie de courte durée accompagnée, ne pouvant excéder 12h* » ou d'une « *autorisation de sortie de courte durée non accompagnée, ne pouvant excéder 48h* ». Le

patient reste considéré comme hospitalisé à temps complet même durant ce temps de permission.

Dans le cas d'un patient en SDRE, le certificat médical, établi pour une permission d'une durée restreinte, doit être envoyé au préfet au moins 48h avant la date de sortie de courte durée afin que celui-ci puisse se prononcer au moins 12h avant et donner un avis favorable ou non.

Tous ces documents sont par la suite présentés au juge des libertés et des détentions qui statue sur le maintien de la mesure de soins sans consentement (à 12 jours, puis tous les 6 mois lorsque la mesure est poursuivie au-delà de ce délai).(6)

- Soins libres

Pour les patients pris en charge « en soins libres », aucune des restrictions mentionnées ci-dessus ne s'applique. La loi est très claire sur ce sujet.

En effet, la loi Kouchner du 4 mars 2002 est venue renforcer et appuyer les droits des patients en insistant sur de nombreux points notamment sur les libertés, dont les libertés individuelles et la liberté de libre circulation.

Étant donné que la psychiatrie présente quelques spécificités, notamment concernant les différentes modalités de dispenses des soins, l'article L3211-2 du code de santé publique précise que :

*« Une personne faisant l'objet de soins psychiatriques **avec son consentement** pour des troubles mentaux est dite en soins psychiatriques libres. Elle dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades soignés pour une autre cause. » (7)*

Dans cette hypothèse, le principe applicable et fondamental est celui de la liberté d'aller et venir.

### Les sorties non autorisées :

Comme nous l'avons vu, certaines pathologies psychiatriques peuvent engendrer des troubles du comportement, hétéro-agressifs et/ou auto-agressifs. Une des grandes craintes, partagée par tout soignant dans le domaine de la santé mentale, concerne la survenue de tels passages à l'acte, lors de la « fugue » d'un patient. Le terme le plus approprié et largement utilisé actuellement pour définir la fugue d'un patient est la « sortie non autorisée » (SNA). Il n'y pas de réelle définition, bien établie, consensuelle de ce qu'est une sortie non autorisée. Cependant pour mener à bien notre travail, nous avons décidé de définir comme une SNA : toute sortie d'un patient à l'insu du service dans lequel il est pris en charge, toute sortie en dehors du parc en l'absence d'autorisation de la part de l'équipe soignante et enfin tous les non retours de permission à l'horaire prévu.

En effet, dans notre climat sécuritaire contemporain, conjugué avec la surmédiatisation de tous les faits divers commis par des patients souffrant de troubles mentaux, une sortie non autorisée, d'autant plus si elle est le fait d'un patient en soins sous contrainte devient progressivement la « hantise » du personnel soignant. Mais il s'agit avant tout d'une inquiétude sur la survenue d'un passage à l'acte hétéro ou auto agressif, au cours de ce temps « hors des soins ».

Néanmoins, l'hypermédiatisation de quelques cas de passages à l'acte auto et hétéro-agressifs, commis par des patients « en fugue » de services psychiatriques, associés à l'hypermédiatisation des pouvoirs publics dans ce genre de situation,

contrastent fortement avec la faible quantité de travaux scientifiques, effectués sur ce sujet tant sur le plan international que français. Le rapport IGAS de mai 2011 « Analyse d'accidents en psychiatrie et propositions pour les éviter » fait notamment état d'une sous-évaluation des fugues des hôpitaux psychiatriques et relate des accidents pouvant être parfois graves.(8) De plus, la sortie non autorisée d'un patient a également un fort impact sur les équipes soignantes et les forces de l'ordre qui se mobilisent pour signaler, chercher et retrouver le patient.

Il est, par ailleurs, intéressant de noter que de récentes études internationales tendent à montrer que les structures hospitalières ouvertes n'entraînent pas nécessairement une augmentation du taux de sorties non autorisées.(9)

Après l'affaire grenobloise, très médiatique, du meurtre d'un jeune homme de 26 ans par un patient souffrant d'une pathologie mentale et étant sorti sans autorisation de l'hôpital spécialisé (10), de multiples questions médico-légales furent soulevées et débattues, notamment sur la question de la responsabilité ou des responsabilités, du patient et des soignants qui le prennent en charge.

Même si, heureusement, les évènements dramatiques, tel que celui cité plus haut, sont rares, les sorties non autorisées sont un réel souci institutionnel avec toutes les implications médicales, médico-légales mais aussi judiciaires et administratives qui en découlent.

## Objectifs de l'étude

Notre étude a pour objectif principal de déterminer la proportion de sorties non autorisées pour l'ensemble des séjours de patients adultes hospitalisés, au centre hospitalier Alpes Isère en soins sous contrainte durant l'année 2017.

Nos objectifs secondaires sont de décrire les caractéristiques des patients effectuant ces sorties non autorisées mais également les caractéristiques de telles sorties. Nous nous intéresserons ensuite à l'évolution de ce phénomène entre 2015 et 2017 en analysant plusieurs paramètres.

Nous tenterons alors d'établir un « profil type » de patients « fugueurs » afin de confronter nos résultats avec ceux de la littérature médicale. Notre discussion s'attachera ensuite à analyser la responsabilité au sens juridique du terme afin d'établir quelles peuvent être les différentes conséquences de tels incidents.

## II. Matériels et méthodes

Notre projet porte sur les sorties non autorisées, effectuées par les patients hospitalisés au sein du Centre Hospitalier Alpes Isère (CHAI), centre hospitalier spécialisé en psychiatrie situé sur la commune de Saint-Égrève.

Il s'agit d'une étude observationnelle, rétrospective et monocentrique.

Cette étude s'intéresse aux sorties non autorisées du CHAI sur une période allant du 1<sup>er</sup> janvier 2017 au 31 décembre 2017, mises en perspective avec le nombre de séjours de soins sans consentement, sur cette période.

Lors de notre recherche, le CHAI comportait 10 unités admettant à la fois des patients en soins libres mais également des patients en soins sans consentement. Ces unités étaient, en 2017, toutes des unités dites « fermées », c'est à dire que les entrées et sorties des patients étaient contrôlées par les soignants selon des consignes médicales.

Les critères d'inclusion de notre étude sont tous les patients admis au CHAI en soins sans consentement ayant effectué au moins une sortie non autorisée durant l'année 2017, cela regroupe les patients :

- En SDT et SDTU (soins psychiatriques à la demande d'un tiers et soins psychiatriques à la demande d'un tiers urgents)
- En SPI (soins psychiatriques en péril imminent)
- En SDRE (soins psychiatriques à la demande du représentant de l'état)

Nous avons exclu de notre étude les patients hospitalisés en soins libres. Comme nous l'avons vu en introduction, il n'est pas possible de restreindre la liberté d'aller et venir d'un patient en soins libres, en conséquence ils sont libres de sortir du service hospitalier dans lequel ils sont pris en charge, à tout moment.

Nous avons également exclu les patients mineurs au moment de leur hospitalisation. Les mineurs ne sont pas hospitalisés en soins sans consentement au sens juridique du terme. En effet, le responsable légal autorise ou non leur hospitalisation.

Nous avons recueilli les informations concernant les sorties non autorisées via trois registres :

- Le registre des sorties non autorisées auprès du bureau des entrées
- Le registre des certificats médicaux de déclaration de sortie non autorisée et de réintégration auprès du DIM (Département d'Information Médicale)
- Le registre du SAGI (Service Assistance Garde Infirmier) qui comptabilise les interventions de cette équipe notamment lorsqu'elle est appelée à la demande d'une équipe soignante, lorsqu'un patient admis en soins sous contrainte est sorti sans autorisation du service dans lequel il est hospitalisé.

Nous avons ensuite recueilli les données médicales et les caractéristiques qui nous ont semblées utiles sur le logiciel des dossiers informatisés du CHAI, le logiciel « CROSSWAY ».

Les diagnostics ont été obtenus via le dossier informatisé des patients sur la base de la classification internationale des maladies (CIM-10). Nous les avons ensuite regroupés en 10 catégories diagnostiques :

- F0 : troubles organiques
- F1 : troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives
- F2 : schizophrénie, troubles schizo-typiques et troubles délirants
- F3 : troubles de l'humeur

- F4 : troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress, troubles somatoformes
- F5 : syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques
- F6 : troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte
- F7 : retard mental
- F8 : troubles du développement psychologique
- F9 : troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence

Sur le plan éthique, notre projet est inscrit sur le registre de l'INDS des essais respectant la méthodologie de référence MR004 à laquelle le CHUGA s'est engagé, sous la référence MR 4912080119. Pour ce faire une collaboration a été établie entre le CHAI et le CHUGA. Afin de respecter le droit à l'information des patients nous avons, par le biais d'un courrier (en annexe 1) informé tous les patients susceptibles d'être inclus dans notre projet. Ils bénéficiaient d'un délai de réflexion d'un mois pour refuser que leurs données personnelles soient utilisées à des fins de recherche.

Nous avons eu 5 refus de patients que nous avons effacés de notre base de données.

Concernant les analyses statistiques, notre critère de jugement principal est le nombre de sorties non autorisées rapporté au nombre de séjours de soins sans consentement sur l'année 2017. Nous avons ensuite déterminé des critères de jugement secondaires afin de mettre en avant des indices plus précis concernant ce phénomène. Nous avons ainsi précisé les caractéristiques suivantes car les plus significativement retrouvées dans la littérature :



➤ Concernant les patients ayant entrepris une SNA :

- Sexe
- Age
- Antécédents psychiatriques
- Mesure de protection en cours
- Antécédents de SNA
- Diagnostic (déterminé par la classification CIM-10)
- Comorbidités

Les antécédents psychiatriques sont définis par au moins une hospitalisation antérieure en psychiatrie ou bien un suivi psychiatrique régulier. Les antécédents de SNA sont définis par au moins une SNA répertoriée dans le dossier médical, tous séjours confondus.

➤ Concernant les SNA :

- Modalité d'hospitalisation (SDT, SDRE, SPI)
- Délai entre l'entrée du patient et la SNA
- Durée de la SNA (en heures et jours)
- Destination du patient au cours de la SNA
- Motifs évoqués par le patient pour justifier sa SNA
- Évènements remarquables dans les 7 jours précédant la SNA
- Modalités de la SNA
- Conséquences de la SNA
- Démarches entreprises par l'équipe soignante pour signaler et retrouver le patient
- Modalité de retour à l'hôpital
- Mesures mises en place au retour

Pour comparer nos résultats, nous nous sommes appuyés sur des travaux précédents réalisés au CHAI en 2015 puis en 2016.(11) Nous avons émis l'hypothèse que les modifications architecturales effectuées en 2016, avec notamment le déménagement de 3 services hospitaliers dans des bâtiments neufs et mieux sécurisés, pouvaient avoir des répercussions sur le nombre de sorties non autorisées et sur leurs caractéristiques. Les services concernés sont :

- Camille Claudel (anciennement appelé Ferrus)
- Jacques Prévert (anciennement appelé Les Arcades)
- Henry Matisse (anciennement appelé Winnicott)

Les variables quantitatives étaient exprimées sous la forme de médiane (écart interquartile) et les variables qualitatives sous la forme d'effectif en pourcentage (%). Nous avons utilisé le logiciel R4web afin d'obtenir les caractéristiques des patients ainsi que les caractéristiques des sorties non autorisées sur l'année 2017.

Les caractéristiques des sorties non autorisées entre 2015 et 2017 étaient comparées par un test de Wilcoxon pour les variables quantitatives et par un test exact de Fisher pour les variables qualitatives.

L'ensemble des analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel R version 3.4 ([www.r-project.org](http://www.r-project.org)) et une p-valeur inférieure à 0,05 était considérée comme significative.

### III. Résultats

#### **Taux de SNA :**

Le centre hospitalier Alpes Isère a répertorié 3458 séjours dont 1283 séjours en soins sous contrainte sur une période allant du 1<sup>er</sup> janvier 2017 au 31 décembre 2017. Sur ces séjours, 97 sorties non autorisées ont été retrouvées grâce au bureau des entrées et aux données collectées par le SAGI.

- Soit une proportion de 7,6% sorties non autorisées pour l'ensemble des séjours de patients adultes hospitalisés au CHAI en soins sous contrainte sur l'année 2017.
- 41% des SNA concernent des patients récidivistes ayant effectué plus d'une SNA au cours de l'année 2017.

#### **Caractéristiques des patients :**

Afin de décrire au mieux les caractéristiques des patients ayant effectué au moins une sortie non autorisée au cours de l'année 2017, nous les avons isolés, indépendamment de leur éventuelle récurrence.

69 patients sont sortis sans autorisation du CHAI sur la totalité des 97 SNA. Nous avons retiré de la base de données les patients ayant refusé de participer à l'étude, soit 5 patients, ainsi que 2 patients pour lesquels, après étude du dossier médical informatisé aucune information n'était inscrite concernant une possible SNA. Nous avons opéré nos résultats sur 83 SNA pour 62 patients ayant effectué au moins une SNA. Le tableau suivant résume les caractéristiques sociodémographiques et les diagnostics principaux des patients ayant effectué au moins une SNA sur l'année 2017.

Caractéristiques	Résultats	
<b>Age (années)</b> *Moyenne (écart-type)	35	(±13)
<b>Sexe Masculin</b>	77.4%	
<b>Diagnostic principal :</b> *données manquantes : 2		
<i>Schizophrénie et apparentés</i>	67.8%	
<i>Trouble bipolaire</i>	11.3%	
<i>Trouble de la personnalité</i>	11.3%	
<i>Autres</i>	6.5%	
<b>Antécédents psychiatriques</b>	83.9%	
<b>Antécédents de SNA</b>	64.5%	
<b>Mesure de protection :</b> *données manquantes : 7		
<i>Curatelle</i>	42.9%	
<i>Demande en cours</i>	7.1%	
<i>Aucune</i>	50.0%	

**Tableau 1 : Caractéristiques des patients ayant commis au moins une sortie non autorisée du 1<sup>er</sup> janvier 2017 au 31 décembre 2017 au Centre Hospitalier Alpes Isère**

Sur ces 64 patients en SNA, 23 (37,1%) étaient en SDRE, 23 (37,1%) en SDT et 16 (25,8%) en SPI.

Concernant les diagnostics, après avoir recueilli les diagnostics principaux qui apparaissent dans le tableau 1, nous avons essayé de déterminer les comorbidités associées.

Sur les 42 patients atteints de schizophrénie, 22 (52%) ont également une addiction et 7 (17%) un trouble de la personnalité associé. Sur les 7 patients présentant un trouble bipolaire, 4 (57%) ont une comorbidité addictive et 3 (43%) un trouble de la personnalité associé.

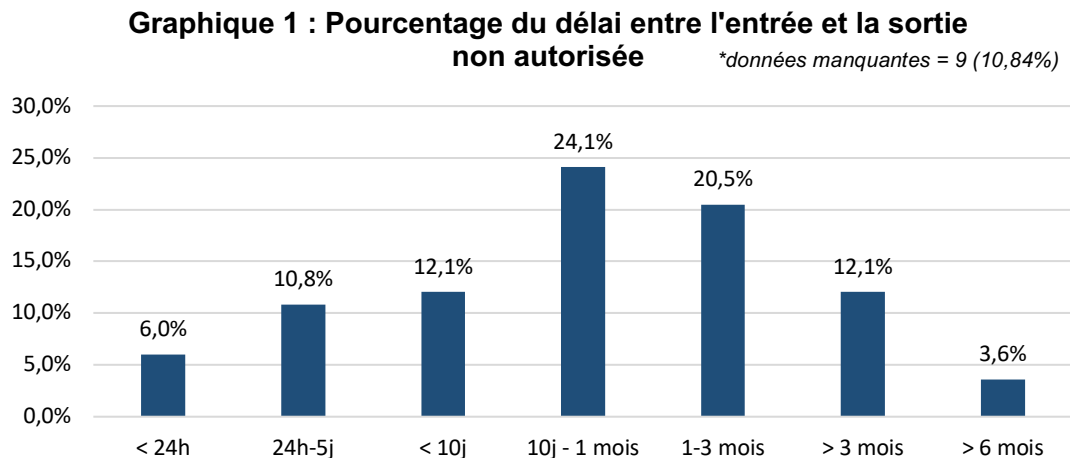
Dans la catégorie Autres, nous avons un patient présentant un retard mental léger, un patient présentant une lésion traumatique cérébrale, un patient atteint d'un trouble anxieux phobique et un patient avec une addiction seule.

### **Caractéristiques des SNA :**

Après avoir retiré les patients ayant refusé de participer à l'étude, nous avons étudié 84 SNA sur l'année 2017.

#### **Délai entre l'admission et la sortie non autorisée :**

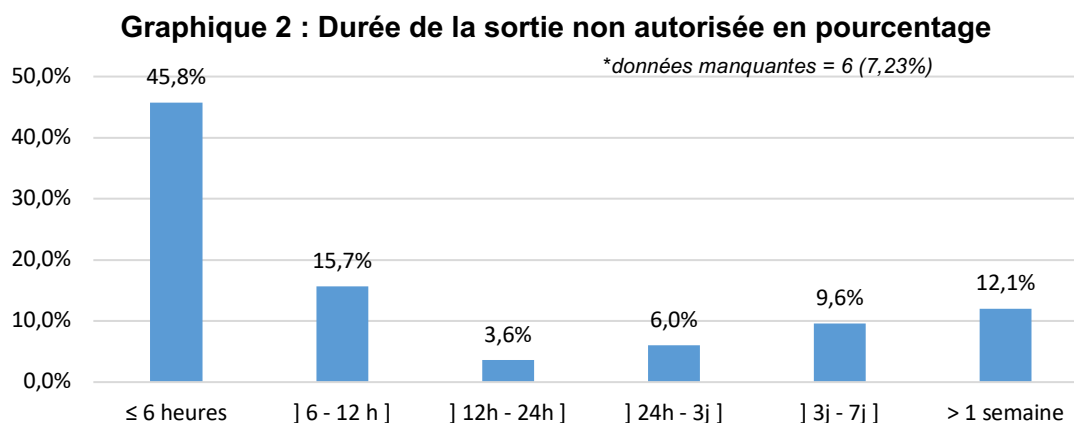
Le graphique 1 illustre le délai entre le jour de l'admission du patient dans le service et la SNA en pourcentage (%).



Plus de 52% des sorties non autorisées ont lieu dans le premier mois d'hospitalisation.

### Durée de la SNA :

La durée d'une SNA est résumée dans le graphique 2 (en pourcentage %).

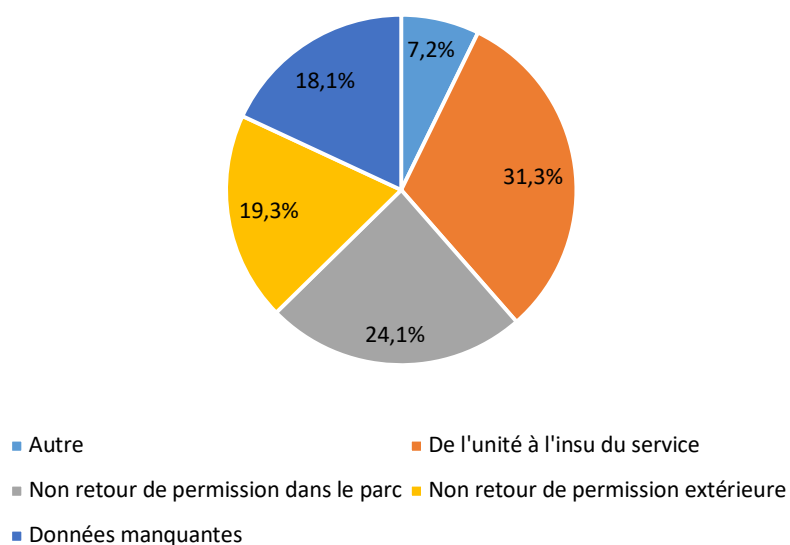


Ce graphique met en évidence la très courte durée des SNA puisqu'un peu moins de la moitié d'entre elles durent moins de 6 heures et 61% durent moins de 12 heures.

### Modalité de la SNA :

Le graphique suivant met en évidence les différentes façons entreprises pour quitter l'établissement.

**Graphique 3 : Modalité de la sortie non autorisée**



Dans la catégorie Autre, on retrouve notamment des fugues lors d'accompagnements infirmiers en ergothérapie ou à l'audience auprès du juge des libertés et des détentions mais également des manœuvres plus complexes telles que démonter une fenêtre ou couper le grillage.

Le reste des caractéristiques de ces SNA est présenté dans le tableau suivant :

Caractéristiques	Résultats
<b>Destination : *données manquantes : 24</b>	
Amis/famille/domicile	26.5%
Ville	9.6%
Errance	22.9%
Autres	12.0%
<b>Motifs évoqués par le patient : *données manquantes : 24</b>	
Manque d'adhésion aux soins, réaction face à une frustration	32.5%
Inexpliqué	14.5%
Perturbation psychique (angoisse, confusion, envahissement délirant, persécution)	10.8%
Séparation avec la famille	4.8%
Autres	4.8%
<b>Évènements survenus dans les 7 jours avant la SNA** :</b>	
<i>*Données manquantes : 8</i>	
Amélioration ou stabilité clinique, calme	24.1%
Mutation, changement de traitement, entretien médical autour du projet	22.9%
Agressivité, violence, instabilité ou dégradation de l'état psychique	18.1%
Volonté de partir, lassitude	13.3%
Conflit dans le service ou avec la famille	3.6%
Audience avec le JLD*** ou la gendarmerie	3.6%
Autres	4,8%
<b>Modalité de retour : *données manquantes : 8</b>	
Retour spontané	26.5%
Raccompagnement par le personnel de l'hôpital	38.6%
Raccompagnement par les forces de l'ordre/les pompiers	6.0%
Raccompagnement par la famille ou les amis	8.4%
Non-retour	8.4%
<b>Mesures effectuées au retour : *données manquantes : 8</b>	
Restriction des consignes médicales	47.0%
Pas de modification de consignes médicales	32.5%
Levée de la mesure de soins sous contrainte	8.4%
Non-retour	1.2%
Autres	1.2%
** <i>Sortie non autorisée</i>	
*** <i>Juge des libertés et des détentions</i>	

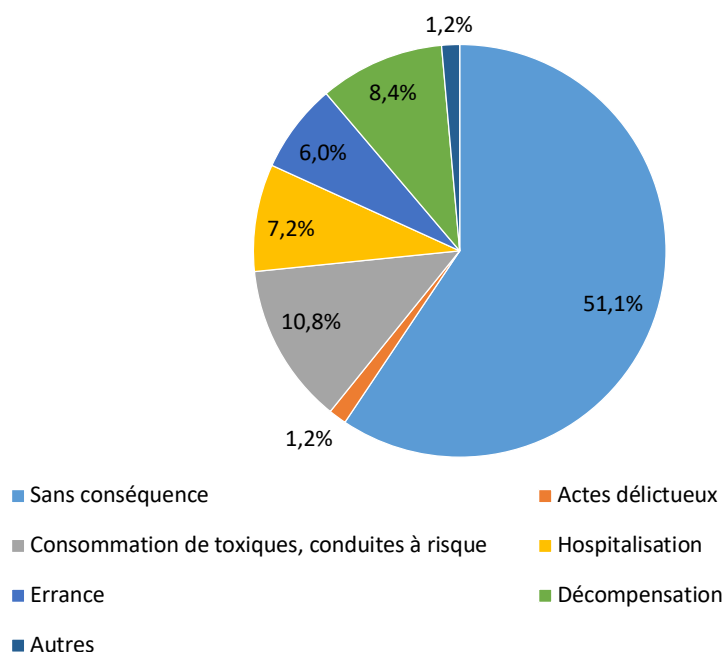
**Tableau 2 : Caractéristiques des sorties non autorisées du 1<sup>er</sup> janvier 2017 au 31 décembre 2017 au Centre Hospitalier Alpes Isère**

7 patients n'ont pas été retrouvés à la suite de leur SNA et ont été sorti d'hospitalisation sur le plan administratif. Sur ces 7 patients aucun n'a été perdu de vue car tous ont repris à un moment ou à un autre un suivi psychiatrique.

Sur les 83 SNA étudiées, 21,7% d'entre elles ont fait l'objet d'un signalement complet auprès de l'administration hospitalière associé à un signalement aux forces de l'ordre afin d'effectuer des recherches et 26,5% n'ont fait l'objet d'aucun signalement administratif ou judiciaire, des recherches par les soignants de l'unité et par l'équipe du SAGI ont été entreprises.

Concernant les conséquences des SNA sur l'année 2017 elles sont résumées dans le graphique ci-dessous :

**Graphique 4 : Conséquences des sorties non autorisées**



Un seul acte délictueux a été recensé sur l'ensemble des SNA de l'année 2017 avec comme comportement un vol dans un magasin. Il n'y a pas eu de suicide au cours d'une SNA durant l'année 2017.



### **Évolution entre 2015 et 2017 :**

2016 a été une période de changements notamment architecturaux au sein du CHAI. Sur les pavillons concernés par ces changements (Camille Claudel, Henry Matisse et Jacques Prévert) nous comptabilisons 20 SNA sur 471 séjours en 2015 contre 12 sur 503 séjours en 2017, soit 4% de SNA en 2015 contre 2% 2017. La différence n'est pas statistiquement significative avec un  $p=0,10$ .

Concernant les caractéristiques, les patients étaient significativement plus âgés en 2017 qu'en 2015 avec un âge médian [écart interquartile] de 40.0 [26.8-51.5] contre 34 ans [23.8-43.5] ( $p<0,001$ ).

Les comparaisons montrent également une proportion plus faible d'hommes ayant commis une ou plusieurs SNA que de femmes en 2017 avec 67% de personnes de sexe masculin en 2017 contre 85% en 2015 ( $p<0.001$ ).

Par ailleurs, aucune des autres données n'était statistiquement significative et donc interprétable.

<b>Caractéristiques</b>	<b>2015 (n=12)</b>	<b>2017 (n=20)</b>	<b>p</b>
<b>Antécédent SNA, n(%)</b>	14 (78)	7 (58)	0.42
<b>Antécédents psychiatriques, n(%)</b>	19 (95)	11 (92)	1.00
<b>Diagnostic principal</b>			0.15
F10, n(%)	0 (0)	1 (8)	
F20, n(%)	18 (95)	9 (75)	
F30, n(%)	0 (0)	1 (8)	
F40, n(%)	0 (0)	1 (8)	
F60, n(%)	1 (5)	0 (0)	
<b>Comorbidités, n(%)</b>	10 (50)	7 (58)	0.73
<b>Modalité d'hospitalisation</b>			0.12
SDT	10 (50)	6 (50)	
SDRE	8 (40)	2 (17)	
SPI	1 (5)	4 (33)	
SDTU	1 (5)	0 (0)	
<b>Délai admission/SNA</b>			0.07
≤ 24h, n(%)	2 (10)	0 (0)	
de 2 jours à 1 mois, n(%)	12 (60)	4 (33)	
de 1 mois à 3 mois, n(%)	3 (15)	7 (58)	
> 3 mois, n(%)	3 (15)	1 (8)	
<b>Durée SNA</b>			0.12
≤ 12h, n(%)	13 (72)	7 (58)	
12h à 7 jours, n(%)	5 (28)	2 (17)	
> 7 jours, n(%)	0 (0)	3 (25)	
<b>Modalité fugue</b>			1.00
Non-retour de permission dans le parc, n(%)	1 (6)	0 (0)	
Non-retour de permission extérieure, n(%)	8 (47)	6 (50)	
De l'unité à l'insu du service, n(%)	7 (41)	6 (50)	
Au cours d'une sortie accompagnée, n(%)	1 (6)	0 (0)	
<b>Événements 7 jours avant SNA</b>			0.07
RAS, amélioration clinique, élargissement des consignes, n(%)	0 (0)	3 (25)	
Dégradation psychique, mention de la volonté de partir, n(%)	11 (55)	4 (33)	
Conflit famille/service, n(%)	1 (5)	2 (17)	
Changement de PEC, entretien médical, audience JLD, n(%)	8 (40)	3 (25)	
<b>Conséquences</b>			0.35
Sans conséquence significative, n(%)	11 (69)	10 (91)	
Conséquences légères à modérées, n(%)	5 (31)	1 (9)	
Conséquences graves, n(%)	0 (0)	0 (0)	
Conséquences médico-légales, n(%)	0 (0)	0 (0)	
<b>Modalité retour</b>			0.26
Pas de retour, n(%)	2 (10)	4 (40)	
Retour spontané, n(%)	5 (25)	1 (10)	
Accompagné par famille/personnel CHAI/ personnel extérieur, n(%)	13 (65)	5 (50)	

**Tableau 3 : Caractéristiques et évolution des SNA entre 2015 et 2017 au Centre Hospitalier Alpes Isère**

## IV. Discussion

### 1. Élaboration d'un profil type de patient dit « fugueur »

#### a) A partir de la cohorte du CHAI

Avec cette étude, nous cherchions à déterminer le taux de sorties non autorisées au cours de l'année 2017 au centre hospitalier Alpes Isère, chez les patients hospitalisés en soins sous contrainte, mais également à élaborer un profil type de patients dit « fugueur » et les caractéristiques des SNA afin de mieux cerner le type de patient à risque pour pouvoir mieux prévenir ce phénomène.

Le profil « type » qui semble se dégager dans notre cohorte s'étendant du 1<sup>er</sup> janvier 2017 au 31 décembre 2017 est :

- un homme de 35 ans en moyenne,
- ayant un diagnostic principal de trouble schizophrénique,
- présentant des antécédents psychiatriques et également,
- des antécédents personnels de SNA,
- une comorbidité de type « *addiction à un produit* » concerne plus de la moitié des patients ayant entrepris une SNA.

Concernant les caractéristiques des SNA, leur durée semble en général très courte, inférieure à six heures. Le motif lié à la SNA n'est souvent pas noté dans le dossier médical mais pour les patients pour lesquels cela est renseigné, il s'avère que dans la majorité des cas, il s'agit de difficultés au sein du service avec un manque d'adhésion aux soins. Cette mauvaise adhésion peut s'expliquer par un symptôme notable en psychiatrie et notamment présent dans la schizophrénie qui est le déni

des troubles, associé fréquemment au défaut d'insight, c'est à dire l'absence de conscience du trouble.

Il existe une grande hétérogénéité des événements précédents la SNA, sans que n'émerge un comportement spécifique : La stabilité clinique, ou au contraire la dégradation psychique, ou un changement dans le protocole de soins sont autant de paramètres pouvant survenir dans les quelques jours avant une SNA.

Les conséquences des SNA sont toutes aussi variées mais restent pour la plupart sans gravité. Se démarque notamment les conduites addictives chez ses patients puisqu'un peu plus de 1 patient sur 10 aurait consommé des toxiques durant la période de SNA.

Par ailleurs, très peu de cas de SNA aboutissent à l'absence de retour du patient dans l'établissement. Le patient revient dans la majorité des cas par ses propres moyens ou accompagné par le personnel du CHAI. Les quelques patients qui ne sont pas revenus à l'hôpital ont, soit par la suite recontacté leur CMP (Centre médico-psychologique) de référence, soit ont été à nouveau hospitalisés au CHAI ou au CHUGA.

Il n'existe pas de cadre légal spécifique pour déterminer la démarche à suivre en cas de sortie non autorisée. Les hôpitaux psychiatriques peuvent s'appuyer sur des circulaires anciennes notamment celle du 9 décembre 1968 bien qu'abrogée actuellement qui préconise :

- Une recherche immédiate par le personnel hospitalier dans l'enceinte de l'établissement
- L'information immédiate de la famille
- L'information des services de police, si le patient n'a pas réintégré le service dans la demi-heure suivant la constatation de l'absence.(12)

Une autre circulaire du 30 avril 1954, encore en vigueur aujourd'hui, semble plus modérée concernant les services de police et laisse cette démarche à l'appréciation, dans un premier temps du psychiatre (en cas de risque de trouble à l'ordre public ou de dangers pour la sécurité des personnes) et dans un 2<sup>ème</sup> temps, du préfet qui est informé de la situation par le biais d'un certificat, si le psychiatre n'a pas déclaré de risque.(13)

Le centre Hospitalier Alpes Isère avait un protocole pour organiser la démarche à suivre en cas de SNA qui a été révisé en mai 2017 (annexe 3). La version précédente datait de novembre 2011 (annexe 2). Depuis ce protocole a été révisé à de nombreuses reprises et un comité de rédaction est actuellement en cours afin de le réviser à nouveau.

Nous avons ensuite émis l'hypothèse d'une évolution favorable, avec une réduction du nombre de SNA dans certains pavillons après un déménagement dans des locaux neufs et plus adaptés en termes de sécurité (fenêtres sécurisées, système de badge pour l'ouverture des portes etc.), le résultat n'est pas statistiquement significatif, mais nous pouvons noter une tendance en faveur d'une réduction du nombre de SNA entre 2015 et 2017. Le faible échantillon peut expliquer l'absence de significativité.

Cependant, hormis en terme d'âge et de sexe, aucune des caractéristiques comparées dans ces cas ne sont statistiquement significatives. Les patients ayant effectués une SNA en 2017 semblent de manière statistiquement significative plus âgés qu'en 2015 mais l'absence de données épidémiologiques sur l'ensemble des patients hospitalisés en 2015 et 2017 nous empêche de conclure. Il pourrait s'agir d'un biais de sélection.

## b) Comparaison avec les données de la littérature

Bien qu'il s'agisse d'un point sensible et récurrent dans les hôpitaux psychiatriques il existe peu de travaux sur le sujet des sorties non autorisées en France. Pourtant dès 2011, le rapport de l'IGAS (8) dénonçait une sous déclaration des fugues par les hôpitaux mais donnait également une série de recommandations pour diminuer le risque de survenue de ces fugues et par la même, éviter des suites possiblement dramatiques. Ce même rapport comptabilise 7 838 fugues de patients hospitalisés sans consentement en 2009 et détaille un taux de fugue entre 3 et 22%, selon les années. Au CHAI nous avons un taux qui semble légèrement plus bas que les résultats des études que nous avons pu retrouver en France, avec 7% en 2015, 8,3% en 2016 et 7,6% en 2017.

C'est à l'international et notamment dans les pays anglo-saxons que ce phénomène est de plus en plus étudié. Les fugues ou « absconding » en anglais interrogent notamment sur les conséquences de tels comportements mais également sur les mesures de sécurité et de coercition à mettre en place dans les institutions prenant en charge des patients atteints de troubles mentaux, faisant l'objet de soins sous contrainte. L'ouverture ou non des unités de soins psychiatriques de type « pavillon

fermé » soulève un débat en France mais également à l'international. Bien qu'il soit difficile de comparer nos systèmes de soins avec ceux de l'étranger du fait d'une grande hétérogénéité des pratiques nous pouvons quand même mettre en perspective certaines données.

Le taux de SNA varie d'une étude à l'autre allant de 2,5 à 35% selon la revue de la littérature de E. Muir Cochrane et K.A. Mosel publiée en 2008.(14)

Un projet australien sur quatre ans et demi et publié en 2015 fait part d'un taux de 17,22 « accidents » de type SNA pour 100 admissions dites « involontaires » (l'équivalent de nos soins sous contrainte).(15)

L'importante variabilité du taux de SNA en fonction des études témoigne de l'absence de mesures standardisées et les résultats sont donc difficilement comparables d'un pays à l'autre.

Pourtant, les caractéristiques et le profil des patients se soustrayant aux soins semblent concorder dans la plupart des études. Il s'agirait le plus souvent d'un homme, de moins de 40 ans et atteint d'une schizophrénie. (16)(14)(17)(18), ce qui s'accorde avec les résultats de notre étude diligentée au Centre Hospitalier Alpes Isère.

Quelques travaux se sont ensuite plus spécifiquement intéressés aux motivations et aux raisons évoquées par les patients, et là encore, nos résultats coïncident majoritairement. Les principaux prétextes retrouvés dans la littérature (17)(19)(20)(16) sont les suivants :

- La mauvaise adhérence aux soins et une incompréhension concernant le cadre de soins,
- Une désorganisation psychique, une symptomatologie décompensée,
- Des conflits ou des problèmes d'entente avec les autres patients hospitalisés dans l'unité,
- La nécessité de se procurer des produits pour assouvir un trouble addictif,
- Le manque allégué de leur famille.

Cette dernière raison est intéressante et est retrouvée dans la plupart des études. Une proportion non négligeable de patients allègue regretter de ne pas pouvoir voir leur famille suffisamment au cours de leur hospitalisation. Une piste à étudier serait donc d'améliorer les conditions de visites et de rencontres avec les familles.

Concernant la mauvaise adhésion aux soins qui ressort de manière significative dans la littérature notamment étrangère, le constat est qu'il faudrait améliorer l'alliance thérapeutique et favoriser une meilleure relation soignant-soigné.

L'équipe de Bowers et al en 2000 va même plus loin en montrant une corrélation statistiquement significative entre le refus de soins et de traitement et la survenue d'une sortie non autorisée. Les patients « fugueurs » sont également ceux impliqués dans des incidents violents au sein du service et ceux qui changent régulièrement d'unité pour des changements de prise en charge. (21)

Par ailleurs, une raison très fréquemment évoquée dans les différents papiers est l'ennui au cours de l'hospitalisation et l'absence d'activité. Il s'agit d'un argument qui ne transparaît pas dans notre étude mais qu'il serait intéressant de prendre en compte du fait de sa redondance dans les différentes études analysées. Pour l'étude



canadienne de Wilkie et al de 2014, l'ennui au cours de l'hospitalisation représente nettement la motivation première.(19)

Les conduites addictives sont très fortement représentées dans le profil des patients ayant entrepris une SNA que ce soit dans notre étude mais également dans les différents travaux réalisés sur le sujet. (15) Certaines équipes en font même un facteur de risque de SNA tout comme les antécédents de SNA.(22)

Pour ce qui est des conséquences, les chiffres diffèrent. Les études plus anciennes (avant les années 90) décrivent des taux très élevés de suicide au cours des fugues de l'hôpital psychiatrique, soit entre 20 à 30% de suicides chez les patients ayant quitté le service sans permission.(23) Alors que les derniers chiffres semblent plus rassurants avec des taux inférieurs de passages à l'acte suicidaire. L'incidence des gestes autolytiques varie actuellement entre 0,25% et 3,9% selon la littérature.(18)

De même, bien que très souvent médiatisés les actes hétéro-agressifs ou délictueux s'avèrent de survenues plus rares encore. Nos résultats sont en accord avec ceux de la littérature entre 1,4% et 11%. (16)(24)(25)(26)

Les patients dits « perdus de vue », c'est à dire que l'on ne retrouvera pas après une SNA restent rares que ce soit sur le CHAI comme ailleurs.(27)

Enfin, une question qui émerge actuellement en France mais qui est une réflexion de plus en plus étudiée à l'international est celle de la fermeture des unités d'hospitalisation comme facteur protecteur de sorties non autorisées et de suicides notamment. Aucune étude n'a encore été effectuée en France, malgré une tendance visant à protéger les patients et à limiter leur privation de liberté, l'ouverture des

services se fait progressivement dans certains hôpitaux. Au CHAI en 2017, aucun service n'était ouvert. Aujourd'hui quelques unités expérimentent une ouverture journalière des portes.

Or dans la littérature de nombreuses études rapportent l'absence d'augmentation du risque. Une étude allemande multicentrique avec un échantillon très important de 271 128 entrées en services fermés et 78 446 en services ouverts sur une période de 15 ans est un exemple parlant. Cette étude publiée en 2016 dans *Lancet Psychiatry* montre l'absence d'efficacité de la fermeture des services sur le risque de SNA mais également sur le risque de suicide.(28) En Autriche et Hongrie les patients sont plus souvent hospitalisés dans des unités ouvertes tandis qu'en Slovaquie même les patients en soins libres sont préférentiellement dans des services fermés. Cette hétérogénéité européenne montre l'absence de recommandation internationale et de données scientifiques suffisantes sur le sujet. Les traditions locales et culturelles semblent alors prendre le dessus.(29)(30)

L'hôpital psychiatrique français reste ainsi tiraillé. En effet, d'un côté, il faut privilégier la volonté des patients. Il est nécessaire de respecter leur liberté individuelle, notamment depuis la loi Kouchner, mais également avec les nouvelles recommandations sur les modalités d'isolement et de contention en psychiatrie.(31) De l'autre côté les patients atteints d'une pathologie mentale restent stigmatisés et représentent une source de dangerosité pour l'opinion publique comme nous le verrons par la suite.

### c) Limites de l'étude

Notre étude présente des limites. Il s'agit d'une étude rétrospective, la collecte des données via le dossier informatisé peut être un biais de recueil, il est possible que des éléments n'ont pas été inscrits dans le dossier. Un autre biais est celui lié aux refus des patients d'être inclus dans l'étude, bien que peu nombreux cela peut avoir une incidence sur les résultats.

De plus notre étude met en évidence un profil uniquement sur les caractéristiques des patients ayant effectué au moins une SNA au cours de l'année 2017 afin d'être plus précis il faudrait effectuer ce travail avec un groupe contrôle de patients n'ayant pas commis de SNA pour mieux comparer le profil.

### d) Cas médiatiques jurisprudentiels

En vue d'introduire la 2<sup>ème</sup> partie de la discussion. Nous allons évoquer ici les 2 cas très médiatiques de 2 patients ayant commis un crime au décours d'une sortie non autorisée.

La première affaire dite affaire « Canarelli » du nom du psychiatre qui sera mise en cause par la suite date de 2004. Elle concerne Joël Gaillard, atteint d'une schizophrénie paranoïde dont le psychiatre traitant était au moment des faits le Dr Canarelli, psychiatre à l'hôpital Edouard-Toulouse à Marseille. Il tua son beau-père, Germain Trabuc, le 9 mars 2004 à coups de hachette au 20<sup>ème</sup> jour d'une sortie non autorisée. Il était alors en hospitalisation d'office, ancienne modalité de soins avant 2013, équivalent actuellement aux soins psychiatriques à la demande du

représentant de l'état (SDRE). Déclaré irresponsable pénalement du fait de sa pathologie mentale selon l'article 122-1 du code pénal, Joël Gaillard ne sera pas condamné, un non-lieu est prononcé en 2005. En 2007, le fils de la victime portera plainte contre l'État, l'hôpital et toute personne morale ou physique impliquée. Après une longue période d'instruction, le premier procès se tiendra en décembre 2012, il condamnera le Docteur Canarelli à un an de prison avec sursis pour homicide involontaire en vertu de l'article 121-3 du code pénal. Le procès en appel permettra une relaxe en 2014 et cela sera conforté par la décision de la cour de cassation en 2015 mais uniquement pour le motif de « prescription de l'action publique », le fils de la victime ayant porté plainte plus de 3 ans après les faits. Le fond juridique de cette affaire reste donc en suspens. Pourtant elle défraya la chronique lors des différentes étapes du jugement, entre les associations de famille soutenant le plaignant et le syndicat des psychiatres des hôpitaux craignant un mouvement sécuritaire à la défaveur des patients.<sup>(32)(33)(34)</sup> Une page Wikipédia est d'ailleurs consacrée à cette affaire.<sup>(35)</sup>

La seconde affaire est celle qui est liée plus particulièrement à notre réflexion initiale puisqu'elle est survenue au Centre Hospitalier Alpes Isère en 2008. Jean Pierre Guillaud, atteint de schizophrénie paranoïde et hospitalisé d'office au CHAI, tua un jeune étudiant de 26 ans, Luc Meunier le 12 novembre 2008. Alors autorisé à des sorties seul dans l'enceinte du parc de l'hôpital, il aurait rejoint le centre-ville à l'insu du personnel soignant pour se procurer un couteau dont il se servit pour tuer Luc Meunier, dans un contexte d'injonctions hallucinatoires. Cet homme aurait, selon les différentes coupures de presse mais également le jugement en appel, déjà commis une agression à l'arme blanche plusieurs années auparavant sans causer la mort de la victime mais dans des circonstances similaires. Il aurait également fait une première SNA quelques jours avant celle qui sera fatale. Le docteur Gujadhur,

psychiatre et chef de service de l'unité dans laquelle était hospitalisé le patient a été mis en examen pour homicide involontaire. L'hôpital a également été mis en examen pour défaut de surveillance.

Alors que l'hôpital est relaxé, le médecin a été condamné en première instance à 18 mois de prison avec sursis en décembre 2016. Le procès en appel a eu lieu en décembre 2017 et a confirmé la décision initiale. Il s'agit donc du premier médecin condamné pour négligence suite à des faits commis par le patient. Il lui est reproché « le manque de discernement concernant la dangerosité du patient mais également un défaut de surveillance de celui-ci ». (36)(37)(38)(39)

Cette affaire qui survient peu de temps après celle de Marseille suscitera de nombreuses controverses et le pouvoir alors en place s'en emparera afin de réformer la psychiatrie et surtout les soins sans consentement. C'est dans ce contexte qu'arrivera la dernière loi sur les soins psychiatriques de Juillet 2011 et modifiée en septembre 2013.

Bien que rares, ces 2 cas illustrent l'emballement médiatique et politique que suscitent de tels drames. Les sorties non autorisées sont donc un enjeu et une préoccupation centrale pour les institutions. Quel est le cadre légal sur lequel s'appuyer pour éviter toutes conséquences dramatiques et sur quels fondements juridiques s'appuient les juges afin de statuer sur la responsabilité de chacun, dans de telles situations ?

## 2. Mise en perspective avec les différentes responsabilités

En France, la justice est divisée en deux ordres, l'ordre judiciaire et l'ordre administratif. L'ordre judiciaire est compétent pour connaître du contentieux entre personnes privées tandis que l'ordre administratif est propre aux établissements publics. Au sein de l'ordre judiciaire, il faut distinguer les juridictions civiles des juridictions pénales. Au civil, il s'agit d'indemniser la victime, de réparer un dommage par le biais de ce que l'on appelle « des dommages et intérêts ».

A contrario, la juridiction pénale vient sanctionner un comportement répréhensible et par ce biais l'auteur d'une infraction. Les sanctions encourues vont de l'amende à la peine d'emprisonnement.

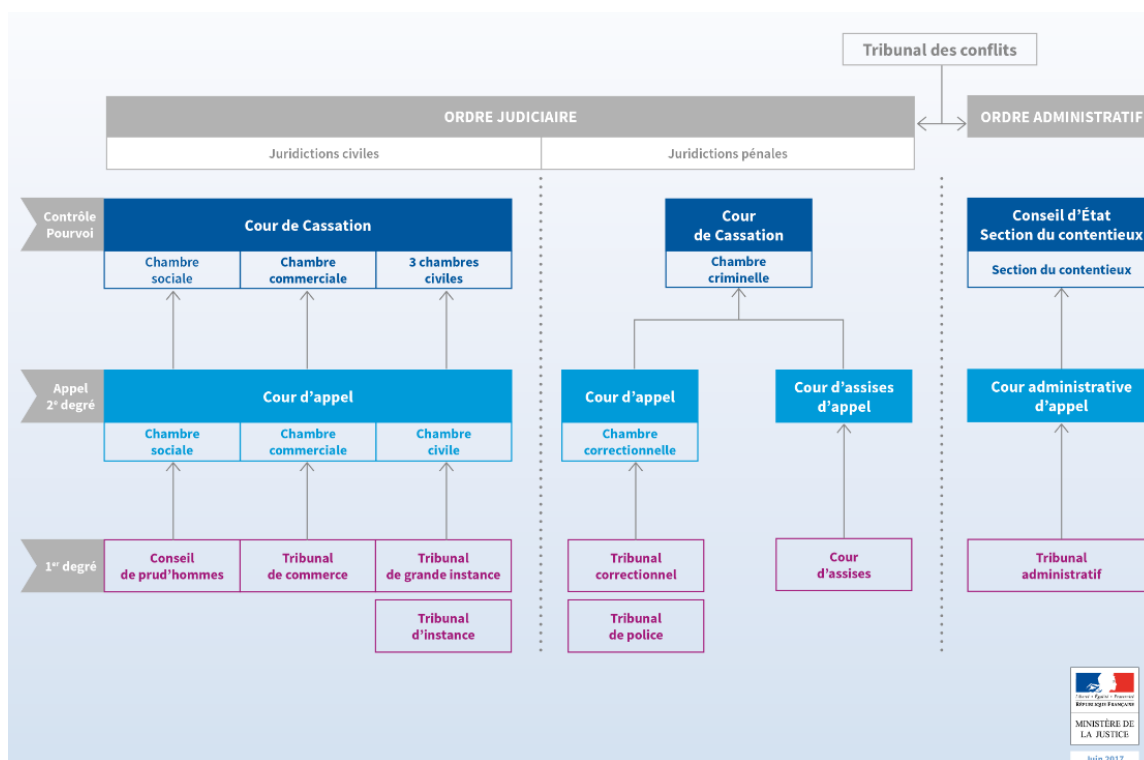


Figure 1: organisation de la justice française d'après le site justice.fr (40)

Lorsqu'une faute est commise, plusieurs juridictions peuvent être impliquées et plusieurs responsabilités discutées. Dans le cas d'une sortie non autorisée d'un

patient au cours d'un séjour hospitalier, plusieurs responsabilités peuvent être ainsi engagées.

## a) Administrative

### Généralités

La responsabilité administrative désigne l'obligation qui incombe à l'administration publique de réparer les dommages occasionnés par son action ou son inaction.

En effet, la responsabilité administrative intervient à des fins d'indemnisation, les peines encourues sont donc des dommages et intérêts. Le tribunal compétent est le tribunal administratif. Il existe au préalable des voies de recours comme la demande amiable ou la saisine de la CCI (commission de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux) avant de saisir ce tribunal.

Tout salarié d'une institution publique est, dans certain cas précis, « protégé », dans le cadre de ses missions professionnelles, par la responsabilité administrative. On parle ainsi « d'immunité civile des salariés et agents publics ».

Tout comme en matière civile, 3 éléments cumulatifs sont nécessaires, dans le cadre de la responsabilité administrative et afin d'obtenir une indemnisation :

- **Une faute** : volontaire ou pouvant résulter d'une imprudence
- **Un préjudice** : l'atteinte d'un intérêt, la survenue d'un dommage de différents ordres (moral, physique, matériel etc.)
- **Un lien de causalité** : qui doit exister entre la faute et le préjudice, ce lien doit être certain

Il est nécessaire que ces 3 éléments soient réunis pour que la responsabilité de l'établissement public soit engagée. Il peut s'agir par exemple de fautes liées à un défaut d'organisation du service (personnels en nombre insuffisants, locaux inadaptés ou non conformes, absence de procédure etc.) ou de fautes d'agents (maladresse au cours d'un acte chirurgical, défaut ou retard de diagnostic, choix thérapeutique inadéquat, défaut de surveillance etc.).

Il existe une exception en matière de droit administratif, désignée sous le terme de « responsabilité sans faute ». La victime doit seulement prouver que le dommage est en lien avec une activité de l'administration qui n'a pas commis de faute pour autant, et ce, dès lors que son activité peut faire courir un risque spécial aux tiers : cela concerne notamment l'activité médicale avec la notion d'aléa thérapeutique.(41)

En psychiatrie cela a son importance, car un patient en soins sans consentement en permission reste considéré comme étant sous la responsabilité administrative de l'établissement où il est hospitalisé.

#### Plus spécifiquement en psychiatrie et dans le cadre des SNA

La surveillance des usagers fait partie intégrante des missions des établissements de santé public quelle que soit la population accueillie (cela est bien précisé dans l'article L. 6111-1, alinéa 1er du Code de la santé publique). Le directeur a également, de manière plus spécifique, un « pouvoir de police » (art. L. 6143-7 du code de santé publique) au sein de la structure dont il a la direction. De plus, l'essence même de la loi sur les soins sans consentement est basée sur cette notion de « surveillance constante en milieu hospitalier ». Il s'agit donc d'un principe fondamental dans la question de la responsabilité administrative lors d'une sortie non autorisée.



Pour autant, il n'existe aucune recommandation particulière concernant la surveillance à mettre en place de manière efficiente, ni concernant la qualité de celle-ci ou les mesures sécuritaires à mettre en œuvre par l'institution. Sur un plan purement juridique, la reconnaissance d'un défaut de surveillance engageant la responsabilité administrative de l'établissement en question repose sur des fondements jurisprudentiels.(42)

Il existe sur ce sujet, une circulaire dite « Veil » datant du 19 juillet 1993 qui précise l'importance de la surveillance hospitalière concernant les patients atteints de troubles mentaux et qui indique que « *cette habilitation [des établissements à recevoir des personnes hospitalisées sous contrainte] implique que l'établissement présente des caractéristiques architecturales et comporte une organisation des services et du personnel qui garantissent une surveillance vigilante des malades hospitalisés d'office ou à la demande d'un tiers.* »(43) Ainsi, le juge sera d'autant plus attentif à la surveillance mise en place et aux moyens de sécurité employés lorsqu'il s'agit d'un établissement spécialisé en psychiatrie.

Lors d'un jugement pour défaut de surveillance, le juge va être amené à apprécier celle-ci « *in concreto* », c'est à dire en analysant chaque situation au cas par cas en fonction des faits, des circonstances etc. Il n'est donc pas possible actuellement d'en tirer une quelconque conduite à tenir. Mais V. DUJARDIN (42) dans son essai d'analyse jurisprudentielle sur la surveillance en santé mentale repère 3 principes simples sur lesquels se base le juge :

- ***Le caractère prévisible ou imprévisible du comportement du malade et l'état de santé du patient.*** Pour cela, le juge aura accès à l'ensemble du dossier médical préalablement saisi afin de confronter les différentes observations soignantes (infirmières ou médicales) sur l'état de santé et l'évaluation du risque

auto ou hétéro-agressif. Deux arrêts de Cour Administrative d'Appel illustrent typiquement ce principe. Le premier datant du 15 novembre 2012 par la Cour Administrative d'Appel de Nantes, qui statue à l'absence de faute pour l'établissement de santé. Il s'agit d'une patiente en soins sans consentement ayant fugué de l'établissement et qui au cours de SNA, se suicidera par noyage. Le dossier médical, ainsi que les certificats médicaux attestent de la nécessité d'une surveillance au regard des antécédents de tentatives de suicide mais que la symptomatologie au moment des faits ne permettait pas de prédire la survenue du comportement autolytique.(44) A contrario, la Cour Administrative d'Appel de Marseille a condamné le 17 juin 2017 un centre hospitalier pour : « *la faute ayant consisté à s'abstenir de procéder dans les délais utiles à une évaluation clinique, médicale et infirmière de l'état de la patiente, susceptible de rendre possible une prise en charge adaptée et, le cas échéant, une adaptation de son régime d'hospitalisation* ». A la lecture du dossier médical, le juge a ainsi noté :

- « *Aucune transmission infirmière, ciblée ou classique, relative à l'état clinique ni aux éléments précités ; pas d'évaluation clinique ni médicale ni infirmière tracée au cours des 22 heures de séjour dans l'établissement*
- *L'absence de mise en place de cadre de soins particulier et de prise en charge spécifique, notamment en ce qui concerne la problématique suicidaire qui n'a pas été considérée comme prioritaire, l'absence de consigne médicale et de diagnostic infirmier.* »

La patiente admise en soins libres a quitté l'établissement sans autorisation et a été retrouvée décédée dans un magasin de bricolage après avoir ingéré une demi-bouteille d'acide sulfurique.

L'hôpital a fait valoir le mode d'hospitalisation libre de la patiente, expliquant ne pas pouvoir contraindre la libre circulation de celle-ci, or les juges n'ont pas retenu cet argument. Une adaptation de la modalité d'hospitalisation pouvant se faire à partir de ses antécédents personnels, d'une observation et d'une évaluation adéquate de son état psychique.(45)

Ces 2 exemples soulignent l'importance de tenir à jour et de manière très précise les dossiers médicaux que ce soient les observations infirmières ou médicales.

- **La nature de la surveillance**, les juges apprécient alors les moyens mis en œuvre pour protéger un patient en fonction de son état clinique. Ils prennent en compte les moyens thérapeutiques, matériels et la surveillance qui en découle. Il s'agit ici de repérer une négligence de la part du personnel ayant entraîné le dommage. Par exemple, un centre hospitalier spécialisé a été condamné en 2018 sur le plan administratif dans le cadre d'un accident de la circulation impliquant un patient sorti sans autorisation de l'hôpital alors qu'il était hospitalisé à la demande d'un tiers. Le patient a ainsi fait preuve d'un comportement risqué, avec mise en danger de lui-même et d'autrui, sur une route en dehors de tout passage protégé. L'assureur du conducteur qui a indemnisé la victime (ce patient en soins sans consentement) a demandé réparation auprès de l'établissement hospitalier pour défaut de surveillance. Le Conseil d'État du 9 novembre 2018 lui a donné raison. Il a conclu que l'établissement avait commis une faute d'organisation et de fonctionnement qui a engendré la fuite du patient et de ce fait, les troubles du comportement présenté par celui-ci avaient concouru à l'accident.(46)

- ***L'organisation matérielle de la surveillance***, les juges apprécient alors l'aménagement des locaux et les dispositifs de sécurité mis en place par l'hôpital. Plusieurs condamnations ont pu être prononcées en ce sens par exemple, un hôpital général de Nice a été condamné en 1987 après qu'un patient s'est suicidé par pendaison à l'aide d'un fil électrique, non fixé dans les toilettes.(47)

De plus la Cour d'Appel de Lyon a condamné un hôpital psychiatrique en 2012, pour une mauvaise prise en charge de la SNA en elle-même. En effet, l'équipe soignante après avoir constaté la SNA n'aurait pas entrepris les mesures nécessaires pour rechercher le patient, rentrer en contact avec lui ni signaler sa disparition à l'entourage. Ce patient était alors en soins libres mais avec des antécédents psychiatriques lourds et avec un potentiel de dangerosité, d'après l'expertise liée au jugement.(48)

Ces quelques exemples en matière de responsabilité administrative dans le cadre des établissements psychiatriques hospitaliers attestent d'une grande hétérogénéité des condamnations mais également des motifs de condamnations. La jurisprudence révèle qu'un examen minutieux des moyens mis en œuvre au sein de l'établissement, est effectué, du fait du risque que représente le patient pour lui-même et/ou pour les autres et ce, quelle que soit sa modalité d'hospitalisation. L'examen de ce domaine se fait de manière très individuelle, sans un cadre légal précis et est donc nécessairement empreint de subjectivité, laissé au libre arbitre des juges. Cela souligne comme l'indiquent certains auteurs, l'incertitude qui plane sur la notion juridique d'obligation de surveillance.

Bien que ne permettant pas d'atténuer la responsabilité, la traçabilité et la bonne tenue des dossiers médicaux restent indispensables afin de démontrer au juge que la conduite de l'équipe de soins est exempte de toute négligence fautive.(49)

## b) Pénale

### Généralités

Le droit pénal est l'ensemble des règles juridiques qui organisent, pour un pays, les réactions et les sanctions mises en place par l'État contre les infractions et ceux qui les commettent. En France, ce droit est encadré par le Code pénal de 1994.

Il s'agit en matière de droit pénal, de venir sanctionner l'auteur d'une infraction, par opposition aux droits administratifs et civils dont la fonction principale est l'indemnisation d'une victime ayant subi un dommage.

Le droit pénal est basé sur 3 grands principes :

- Le principe de légalité, il n'y a pas d'incrimination et de peine en dehors d'une loi, c'est à dire que seule la loi peut prévoir la définition d'une infraction et la peine appliquée ou encourue.
- Le principe de matérialité, il n'y a pas d'incrimination sans acte, le droit pénal vient sanctionner un comportement et non pas des opinions ou des pensées. Plus rarement, l'abstention d'acte peut également être punie.
- Le principe de culpabilité, il n'existe pas de responsabilité sans faute.

Plus spécifiquement pour le principe de culpabilité, il faut prouver l'existence d'une faute sanctionnable mais également prouver l'imputabilité de cette faute, l'attribuer à

une personne morale ou physique. Il existe plusieurs obstacles à cette imputabilité dont l'absence de raison, au sens de l'article 122-1 alinéa 1 et 2 du Code Pénal, celui pour lequel les psychiatres experts sont requis lors de leurs missions expertales. Il y a également, l'absence d'information ou encore l'absence de liberté (la force majeure ou la contrainte, article 122-2 du code pénal).

En pratique, les principales infractions pouvant être constituées dans le cadre de l'exercice médical sont :

- **La violation du secret professionnel** : définie par les articles 226-13 et 226-14 du Code pénal.
- **La non-assistance à personne en péril** : définie par l'article 223-6 alinéa 2 du Code pénal
- **Les atteintes involontaires à l'intégrité corporelle**, définies par les articles 221-6, 222-19 et 222-20 du Code pénal.

Il s'agit principalement de faute par imprudence ou négligence. Ce qui est appelé en droit une « faute non intentionnelle ». Or dans ce contexte, pour que l'infraction soit caractérisée il faut dans un premier temps que la faute soit suffisamment grave et « expose autrui à un risque d'une particulière gravité ».(50) Il faut ensuite que le lien de causalité entre la faute commise par le médecin et les blessures ou la mort de la victime soit prouvées de manière certaine.(51) En effet, L'article 221-6 du Code pénal exige que soit constatée l'existence certaine d'un lien de causalité entre la faute du prévenu et la mort de la victime.(5)

#### Plus spécifiquement en psychiatrie et dans le cadre de SNA

La psychiatrie est une des spécialités médicales les plus souvent confrontées à la justice. Il s'agit de la seule spécialité pour laquelle il existe des textes législatifs bien

spécifiques, que sont les lois encadrant les soins psychiatriques sans consentement. Mais elle figure également dans les 10 spécialités médicales le plus souvent mises en cause selon le rapport annuel sur les risques de santé de la MACSF, (rapport non exhaustif car ne prenant en compte que les souscripteurs de la MACSF).(53)

Lors d'une sortie non autorisée, deux évènements sont tout particulièrement redoutés par les équipes : le suicide ou la mise en danger du patient lui-même mais également le risque de survenue d'infractions et notamment de passages à l'acte hétéro-agressifs.

Dans le cas où le patient se suiciderait lors d'une SNA, il n'y a à ce jour aucune jurisprudence en matière pénale. Les principales affaires ont été jugées en matière civile et administrative comme nous l'avons vu précédemment. Mais si l'on s'interroge tout de même sur la responsabilité pénale du médecin lors du suicide de son patient, il faut alors qu'il y ait une faute pénale, qui serait ici non intentionnelle mais caractérisée (car avec un risque d'une particulière gravité). Par ailleurs il relèvera du juge de se prononcer sur le caractère direct ou indirect du lien de causalité mais également sur la notion de certitude d'un tel lien. En effet le principe de négligence qui sera imputé au médecin reste à l'appréciation du juge.

Dans le cas plus sensible, où le patient viendrait à commettre un délit ou un crime pendant une sortie non autorisée, il existe deux jurisprudences très connues ayant fait la une des médias et citées précédemment. Nous allons nous attarder plus spécifiquement sur l'affaire Canarelli afin d'illustrer la responsabilité pénale du psychiatre dans de telles situations.

Cette affaire aura mis en lumière une des spécificités du code pénal créé en 1994 comme le souligne Olivier BOITARD dans « La responsabilité pénale du psychiatre :

quelle évolution ? ». (54) En effet, dans le code pénal napoléonien en vigueur de 1810 à 1994, l'article 64 prévoyait l'absence de responsabilité selon ces termes : « *il n'y a ni crime, ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister* ». Cette phrase était en faveur de l'absence de responsabilité d'un malade « en état de démence » mais elle allait plus loin en annulant la présence même d'un crime ou d'un délit. Avec le nouveau code pénal entré en vigueur en 1994 et l'article 122-1 « *n'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes. La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable (...)* » non seulement la formulation désuète et inadaptée « état de démence » fut mise à jour mais implicitement il est reconnu la présence d'un délit ou d'un crime. Ce qui laisse entendre qu'une responsabilité peut être engagée sans pour autant préciser laquelle.

Les fautes imputées au Dr Canarelli sont de trois ordres :

- Elle n'aurait pas mis en place des « soins appropriés » à l'état de santé de son patient et aurait, de ce fait, commis une erreur de diagnostic,
- Elle n'a pas donné une suite appropriée « aux incidents et alertes répétés » ayant jalonné le parcours du patient,
- Et enfin elle aurait « mal géré » les événements du 19 février 2004 et n'aurait pas « pris les dispositions utiles pour que puisse effectivement être ramenée à exécution la mesure d'hospitalisation d'office ».



Si tant est que ces manquements soient considérés comme des fautes au sens pénal du terme, il faut que les juges statuent sur le lien de causalité indirect mais certain, entre le décès de la victime et la faute du médecin. Cette faute doit ensuite être considérée comme une faute caractérisée pour être pénalement reconnue. Nous avons de nouveau une importante flexibilité de jugement et un arbitrage subjectif des magistrats.

Concernant la première faute imputée au Dr Canarelli, l'erreur diagnostique ne constitue pas en soi une faute pénale imputable aux médecins.

Dans cette affaire, la question n'a été que partiellement résolue puisque dans un premier temps le médecin a été condamné puis en appel relaxé sur le fondement de la prescription de l'action publique.

Certains auteurs se sont questionnés sur le rôle et les risques qu'encourt le psychiatre en prenant en charge des patients dits dangereux. Dans cette dynamique sécuritaire, il revient aux psychiatres d'évaluer la dangerosité mais également de gérer les risques qui en découlent. Ces faits sont survenus quelques années avant la réforme des soins sans consentement, très certainement influencée par ce cas et celui qui a eu lieu dans la ville de Grenoble. La réforme a ainsi durci le cadre et renforcé la sécurité autour des soins ambulatoires afin de permettre certainement un meilleur contrôle de tels risques.(55)

Sur le plan pénal, le médecin a donc le droit de se tromper de diagnostic, mais il doit tout mettre en œuvre pour protéger ses patients et prévenir les risques de dangerosité psychiatrique en se fondant sur une analyse circonstanciée des bénéfices et des risques attendus. Les psychiatres sont donc soumis à une certaine rigueur et doivent être préparés et conscients de ces enjeux.

## c) Civile et ordinale

### Civile :

Comme nous l'avons vu précédemment, lorsqu'un médecin travaille dans un établissement public, la responsabilité administrative entre en jeu. Seuls des cas exceptionnels peuvent exonérer l'hôpital de toute responsabilité. Le médecin engage alors sa propre responsabilité civile pour faute personnelle et comme en responsabilité administrative, il faut prouver un lien de causalité certain et direct entre la faute et le dommage.

Les cas où le médecin hospitalier peut engager sa responsabilité sont lorsque :

- L'acte se détache matériellement de la fonction et ressort de la vie privée de l'agent
- La faute est inadmissible au regard du code de déontologie
- L'acte révèle chez l'agent une intention malveillante avec volonté de nuire
- La recherche d'un intérêt personnel peut être constatée

Il n'y a aucune jurisprudence concernant une responsabilité civile engagée pour une sortie non autorisée au sein d'un établissement public.

Mais il existe de nombreux cas où la responsabilité civile de cliniques notamment de cliniques psychiatriques est engagée concernant des défauts de surveillance alors même qu'il s'agit d'établissements ne pouvant pas recevoir de patients en soins sans consentement.(56)(57) Cela montre que les juges, au-delà de la modalité des soins, évaluent également la juste adaptation des modalités de surveillance aux symptômes présentés par le patient.(58)

### Ordinale :

Concernant la responsabilité ordinale relative au code de déontologie qui s'applique à tout médecin, toute personne que ce soit un patient ou un praticien peut saisir le conseil départemental de l'ordre des médecins et ainsi déposer une plainte. Comme la juridiction pénale, la juridiction ordinale vise à sanctionner un comportement, mais contrairement au pénal, elle vise le non-respect du code de déontologie.

Avec 21,5% de décisions portant sur le non-respect des principes de rédaction des certificats (article 28 du code de déontologie), il s'agit du principal manquement déontologique retrouvé à l'échelle des conseils départementaux.(59)

Concernant les SNA, elles peuvent faire appel à l'article 32 (article R.4127-32 du code de la santé publique) :

*« Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents. »*

A ce jour, il n'a pas été mis en évidence de plainte à ce sujet mais le conseil de l'ordre pourrait avoir à statuer sur les décisions prises par un médecin concernant les modalités de surveillance mise en place pour éviter une sortie non autorisée.

Ainsi, en cas de SNA, la responsabilité de l'hôpital mais également les responsabilités pénale, ordinale du médecin peuvent être engagées.

Une évaluation précise, des moyens adaptés et personnalisés et enfin une bonne tenue des dossiers de soins sont autant de principes à respecter pour prévenir le phénomène.

## V. Conclusion

Thèse soutenue par : Laura SAUERBACH

**TITRE : Conséquences médico-légales des sorties non autorisées en hôpital psychiatrique. Etude rétrospective au centre hospitalier Alpes Isère de 2015 à 2017**

La sortie non autorisée de l'hôpital psychiatrique reste un phénomène encore peu décrit dans la littérature internationale et encore moins dans la littérature française. Pourtant les quelques cas médiatiques et dramatiques de sorties non autorisées ayant engendré un acte criminel ou un suicide, en font « la bête noire » des pouvoirs publics et des institutions. Au-delà de ces considérations, il s'agit surtout d'un enjeu de santé publique car cela entraîne un retard aux soins mais également des ruptures de traitement.

Le pourcentage de 7,6% de sorties non autorisées pour l'ensemble des séjours de patients adultes hospitalisés au CHAI en soins sous contrainte sur l'année 2017, est totalement en adéquation avec les chiffres avancés par les données de la littérature.

Il se dégage de notre étude, un profil type de patient dit « fugueur », il s'agirait d'un homme âgé en moyenne 35 ans, présentant une schizophrénie et ayant des antécédents de SNA et des antécédents psychiatriques. Ces mêmes caractéristiques sont également retrouvées dans la littérature. Concernant les motivations de survenue d'une SNA, il semblerait qu'un défaut d'alliance thérapeutique mais également le peu de visites de la famille ou encore l'ennui soient des facteurs précipitants la SNA.

Les nouvelles directives en matière de santé mentale tendent à remettre le patient au cœur du soin mais également à préserver ses intérêts et ses libertés. Cela apparaît contradictoire avec le climat sécuritaire contemporain qui plane au-dessus des

institutions et des psychiatres, avec pour ces derniers, le risque de finir condamner pour un passage à l'acte qu'ils n'ont pas commis.

Et pourtant, lorsqu'il s'agit d'évaluer le cadre légal et les fondements en matière de responsabilité sur le sujet, l'éclairage reste imprécis. En analysant la jurisprudence, il s'avère que les différentes affaires sont jugées « in concreto », c'est à dire « au cas par cas ». Aussi bien l'établissement de santé pour défaut de surveillance que le médecin pour homicide involontaire, peuvent être incriminés et condamnés. Mais cela reste heureusement rare.

Il apparaît ainsi intéressant d'approfondir ce sujet en effectuant de nouveaux travaux notamment afin de comparer les différentes modalités de signalement d'une SNA d'un établissement à l'autre mais également de recenser de manière précise les SNA et leurs caractéristiques à plus grande échelle. Avec l'ouverture progressive des unités de soins, des études comparatives semblent nécessaires pour confirmer l'hypothèse d'une absence d'augmentation du risque de survenue d'une SNA et de tous aléas médico-légaux associés.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER  
Grenoble, le 4/09/19

  
LE DOYEN  
Professeur Patrice MORAND

LE PRESIDENT DU JURY  
Professeur Thierry BOUGEROL

Pour le Président  
et par délégation  
Le Doyen de Médecine  
Pr. Patrice MORAND



## VI. Références bibliographiques

1. Vermorel H, Vermorel M. De l'asile à la politique de secteur : l'évolution des institutions et des soins psychiatriques à Bassens. *Inf Psychiatr.* 2012;88(9):759.
2. Rossini K, Senon J-L, Verdoux H. La place de l'autorité judiciaire dans les lois françaises de soins sans consentement. *L'Évolution Psychiatr.* janv 2015;80(1):209-20.
3. Dupont M, Laguerre A, Volope A. Soins sans consentement en psychiatrie : comprendre pour bien traiter. Presses de l'EHESP; 2015. (Presses de l'EHESP).
4. Coldefy M. Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011. *Quest Déconomie Santé.* févr 2017;IRDES(n° 222).
5. loi du 5 juillet 2011 modifié le 13 septembre 2013.
6. Droits des usagers des services de psychiatrie, revue *Psychom*, 04/2018.
7. LOI n°2011-803 du 5 juillet 2011 - art. 1.
8. IGAS. Analyse des accidents en psychiatrie, 2011 p58.9.
9. Huber CG, Schneeberger AR, Kowalinski E, Fröhlich D, von Felten S, Walter M, et al. Suicide risk and absconding in psychiatric hospitals with and without open door policies: a 15 year, observational study. *Lancet Psychiatry.* sept 2016;3(9):842-9.
10. [https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2018/05/15/prison-avec-sursis-en-appel-pour-le-psychiatre-du-meurtrier-de-grenoble\\_857903](https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2018/05/15/prison-avec-sursis-en-appel-pour-le-psychiatre-du-meurtrier-de-grenoble_857903).
11. Reguis M. Les sorties non autorisées en psychiatrie : étude au centre hospitalier Alpes Isère en 2016 [Thèse de doctorat]. [Grenoble]: université de Grenoble Alpes; 2018.
12. Circulaire N°207 du 9decembre1968 relative aux évasions des malades hospitalisés dans les hôpitaux psychiatriques.
13. Circulaire N°145 du 30 avril 1954 relative à la recherche des malades mentaux évadés.
14. Muir-Cochrane E, Mosel KA. Absconding: A review of the literature 1996-2008. *Int J Ment Health Nurs.* oct 2008;17(5):370-8.
15. Gerace A, Oster C, Mosel K, O'Kane D, Ash D, Muir-Cochrane E. Five-year review of absconding in three acute psychiatric inpatient wards in Australia: Absconding from Acute Inpatient WardS. *Int J Ment Health Nurs.* févr 2015;24(1):28-37.
16. Meehan T, Morrison P, McDougall S. Absconding Behaviour: an Exploratory

Investigation in an Acute Inpatient Unit. :5.

17. Sheikhmoonesi F, Kabirzadeh A, Yahyavi ST, Mohseni Saravi B. 464 – A prospective study of patients absconding from a psychiatric hospital in Iran. *Eur Psychiatry*. janv 2013;28:1.
18. Desrues T. Les fugues en psychiatrie : état des lieux au CHU de Nantes en 2011, thèse de doctorat en médecine, université de Nantes, soutenue le 4 octobre 2012.
19. Wilkie T, Penney SR, Fernane S, Simpson AIF. Characteristics and motivations of absconders from forensic mental health services: a case-control study. *BMC Psychiatry*. déc 2014;14(1):91.
20. Falkowski J, Watts V, Falkowski W, Dean T. Patients Leaving Hospital Without the Knowledge or Permission of Staff–Absconding. *Br J Psychiatry*. avr 1990;156(04):488-90.
21. Bowers L, Jarrett M, Clark N, Kiyimba F, McFarlane L. Determinants of absconding by patients on acute psychiatric wards. *J Adv Nurs*. 2000;32(3):644-9.
22. Cullen AE, Jewell A, Tully J, Coghlan S, Dean K, Fahy T. A Prospective Cohort Study of Absconson Incidents in Forensic Psychiatric Settings: Can We Identify Those at High-Risk? *PloS One*. 2015;10(9):e0138819.
23. Crammer, J. L. (1984). The special characteristics of suicide in hospital in-patients. *British Journal of Psychiatry*, 145, 460– 463.
24. Stewart D, Bowers L. Absconding and locking ward doors: evidence from the literature: Absconding and locking ward doors. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. févr 2011;18(1):89-93.
25. Tomison AR. Characteristics of Psychiatric Hospital Absconders. *Br J Psychiatry*. mars 1989;154(03):368-71.
26. Bowers, Jarrett, Clark. Absconding: a literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. oct 1998;5(5):343-53.
27. Bailey J. Absconding: reducing failure to return in adult mental health wards. *BMJ Qual Improv Rep*. 2016;5(1).
28. Huber CG, Schneeberger AR, Kowalinski E, Fröhlich D, von Felten S, Walter M, et al. Suicide risk and absconding in psychiatric hospitals with and without open door policies: a 15 year, observational study. *Lancet Psychiatry*. sept 2016;3(9):842-9.

29. Rittmannsberger H, Sartorius N, Brad M, Burtea V, Capraru N, Cernak P, et al. Changing aspects of psychiatric inpatient treatment. A census investigation in five European countries. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr.* déc 2004;19(8):483-8.
30. Cibis M-L, Wackerhagen C, Müller S, Lang UE, Schmidt Y, Heinz A. [Comparison of Aggressive Behavior, Compulsory Medication and Absconding Behavior Between Open and Closed door Policy in an Acute Psychiatric Ward]. *Psychiatr Prax.* avr 2017;44(3):141-7.
31. Instruction no DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement [Internet]. [cité 11 août 2019]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2017/17-04/ste\\_20170004\\_0000\\_0050.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2017/17-04/ste_20170004_0000_0050.pdf)
32. <https://www.lequotidiendumedecin.fr/archives/la-relaxe-de-la-psychiatre-dr-daniele-canarelli-confirmee-en-cassation>.
33. [https://www.lemonde.fr/societe/article/2014/03/31/la-justice-met-fin-aux-poursuites-contre-la-psychiatre-daniele-canarelli\\_4392976\\_3224.html](https://www.lemonde.fr/societe/article/2014/03/31/la-justice-met-fin-aux-poursuites-contre-la-psychiatre-daniele-canarelli_4392976_3224.html).
34. <https://www.nouvelobs.com/justice/20121218.OBS2888/entre-la-justice-et-la-psychiatrie-la-confiance-est-rompue.html>.
35. [https://fr.wikipedia.org/wiki/Danièle\\_Canarelli](https://fr.wikipedia.org/wiki/Danièle_Canarelli). In.
36. Cour de cassation criminelle Chambre criminelle 16 février 2016 N°15 80 366.
37. Le psychiatre et l'assassin diffusé le mar. 06.11.18 à 22h55 sur France 2 société - 65 min - 2018 - tous publics.
38. <https://www.lequotidiendumedecin.fr/specialites/psychiatrie/prison-avec-sursis-en-appel-pour-le-psychiatre-du-meurtrier-de-grenoble>.
39. <http://www.leparisien.fr/faits-divers/condamnation-confirmee-pour-le-psychiatre-d-un-schizophrène-meurtrier-a-grenoble-15-05-2018-7717305.php>.
40. Présentation de l'ordre judiciaire et de l'ordre administratif | Justice.fr [Internet]. [cité 17 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.justice.fr/pr%C3%A9sentation-ordre-judiciaire-ordre-administratif>
41. Soins sans consentement en psychiatrie : Comprendre pour bien traiter - Livre [Internet]. Les Presses de l'EHESP. [cité 10 juill 2019]. Disponible sur:



<https://www.presses.ehesp.fr/produit/soins-sans-consentement-en-psychiatrie/>

42. Dujardin V, L'obligation de surveillance dans les établissements de santé mentale, essai d'analyse jurisprudentielle, *Revue Fond. des questions hospitalières*, octobre 2007, p419-441.
43. Circulaire DGS/SP3 n°48, du 18 juillet 1993, portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjour des malades hospitalisés pour troubles mentaux.
44. CAA de Nantes 3ème Chambre 15 11 2012 11NT02033.
45. CAA de Marseille 2ème chambre formation à 3 17 06 2013 11MA00769.
46. Curie Roche P. Accident de la circulation et responsabilité pour faute d'un hôpital psychiatrique Note sous CE, 9 novembre 2018, n° 412799, Dalloz, RDDSS 2019 p.122.
47. TA Nice, 10 août 1987.
48. CAA DE LYON, 6ème chambre - formation à 3, 08/11/2012, 11LY00331 [Internet]. [cité 11 août 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?idTexte=CETATEXT000026631345>
49. Les sorties « contre avis médical » et « à l'insu du service » [Internet]. [cité 3 août 2019]. Disponible sur: <http://prevention.sham.fr/Prevention/Accueil/Droit-Pratiques/Le-point-sur/Les-sorties-contre-avis-medical-et-a-l-insu-du-service>
50. Mayaud.Y Les délits non intentionnels en matière pénale, Dalloz, RDSS 2008 p.49.
51. LA RESPONSABILITE MEDICALE | Documents de Médecine Légale [Internet]. [cité 14 juill 2019]. Disponible sur: <https://medecinelegale.wordpress.com/2010/11/20/la-responsabilite-medicale/>
52. Veron M. La certitude du lien de causalité Commentaire Droit pénal n° 6, Juin 2008, comm. 82.
53. Chiffres clés du risque médical - Rapport annuel 2017 - MACSF [Internet]. [cité 11 août 2019]. Disponible sur: <https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Rapport-annuel-sur-le-risque-en-sante/Risque-des-professions-de-sante/Chiffres-cles-risque-medical>
54. Boitard O. La responsabilité pénale du psychiatre : quelle évolution ? *Inf Psychiatr.* 2013;89(5):356.
55. Couturier M. La responsabilité pénale du psychiatre dans la prise en charge du malade dangereux : suite... Note sous cour d'appel d'Aix-en-Provence, 7e ch. A, 31 mars 2014, n°

150/2014. RDSS 2014 P919. :5.

56. CA PARIS 16 novembre 2012 N° 10/19711.

57. Risque suicidaire en établissement psychiatrique - MACSF Exercice Professionnel [Internet]. [cité 11 août 2019]. Disponible sur: <https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Responsabilite/Analyses-de-decisions/risque-suicidaire-obligation-securite-etablissement>

58. La responsabilité civile de la clinique en cas de suicide de son patient - MACSF exercice professionnel [Internet]. [cité 11 août 2019]. Disponible sur: <https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Responsabilite/Analyses-de-decisions/responsabilite-clinique-suicide-patient>

59. rapport d'activité de la juridiction ordinaire en 2017 [Internet]. [cité 11 août 2019]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/oukz4g/rapport\\_dactivite\\_de\\_la\\_juridiction\\_ordinaire\\_en\\_2017.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/oukz4g/rapport_dactivite_de_la_juridiction_ordinaire_en_2017.pdf)

## Annexe 1 : Lettre information patient

### LETTRE D'INFORMATION

**Titre identifiant la recherche : Conséquences médico-légales des sorties non autorisées au Centre Hospitalier Alpes Isère, étude rétrospective de 2015 à 2017**

**Médecin investigateur responsable de l'étude :**

Laura SAUERBACH  
Interne de psychiatrie

**Coordonnées :**

[CHU Grenoble Alpes, service médecine légale](#)  
[CS10217 CHU, 38043 GRENOBLE Cedex 09](#)  
[Tel : 04 76 76 84 70](#)

**Organisme responsable du traitement des données :**

[CHU Grenoble Alpes](#)

**Coordonnées :**

[CHU Grenoble Alpes](#)  
[Direction à la Recherche Clinique et à l'Innovation](#)  
[Pavillon Dauphiné – Rez-de-chaussée](#)  
[CS 10217 38043 GRENOBLE Cedex 9](#)  
[Tel : 04 76 76 59 57](#)

### GLOSSAIRE :

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

Investigateur : Personne qui dirige et surveille la réalisation de la recherche

Monocentrique : L'étude est réalisée dans un seul service clinique

Multicentrique : L'étude est réalisée dans plusieurs services cliniques

Madame, Monsieur,

Mme SAUERBACH ainsi que le Dr NAHMANI souhaitent conduire une recherche en utilisant les données de votre dossier médical ou du dossier médical de votre enfant. Cette recherche est organisée **par le C.H.U. GRENOBLE Alpes en collaboration avec le Centre Hospitalier ALPES ISERE.**

Cette étude devrait débuter en février 2019 et il est prévu qu'elle s'achève en octobre 2019.

Cette recherche consiste à évaluer **les conséquences médico-légales et juridiques des sorties non autorisées du Centre Hospitalier Alpes Isère.**

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser que vos données de santé soient utilisées. Votre refus n'a pas à être justifié et ne modifiera en rien votre prise en charge ou votre relation avec le médecin.

#### **BENEFICES, CONTRAINTES ET RISQUES**

Cette recherche sur données ne vous procurera pas de bénéfice direct du fait de votre participation. Cependant, elle permettra aux médecins de mieux comprendre les motivations, les facteurs de risque et les risques liés aux sorties non autorisées au Centre Hospitalier ALPES ISERE.

De manière plus globale cette étude vise à accroître la connaissance médicale et à améliorer la qualité de prise en charge des patients.

De même, cette étude est effectuée sur les données existantes, issues de vos soins au CHAI et ce en collaboration avec le CHUGA. Elle ne nécessitera aucune action supplémentaire et n'engendre donc aucun risque. Votre participation à cette recherche n'entraînera aucune modification de votre prise en charge médicale.

## CONFIDENTIALITE DES DONNEES

Dans le cadre de la recherche n'impliquant pas la personne humaine à laquelle le CHU Grenoble Alpes vous propose de participer, un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif de cette dernière.

Les données que nous prévoyons de collecter sont les suivantes :

Le diagnostic lors de l'hospitalisation et les comorbidités

L'âge

Le sexe

Délai entre admission et la sortie non autorisée

Durée de la sortie non autorisée

Motifs évoqués et les circonstances de survenue

Destination du patient

Evènements survenus dans les 7 jours précédents la sortie non autorisée

Les conséquences de la sortie non autorisée

Les modalités de retour à l'hôpital

Ces données seront identifiées par un numéro de code et donc anonymisées.

Ces données pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé françaises ou étrangères et à d'autres entités du CHU Grenoble Alpes ou à des tiers, sous une forme qui ne permettra pas votre identification directe ou indirecte.

Les données sont stockées sur le serveur des ordinateurs du CHUGA.

Le responsable de traitement procédera à la collecte de ces données via le logiciel informatique du Centre Hospitalier Alpes Isère et à leur traitement.

Dans le cas où le traitement des données serait délégué à une autre entité, les précautions nécessaires au maintien de votre anonymat seront prises et un contrat sera établi.

Ces données seront utilisées à visée statistique et seront archivées sur le serveur informatique du CHUGA et ce pendant une durée maximum de 2 ans.

## VOS DROITS

Conformément aux dispositions de loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés, la personne responsable du traitement a procédé à une déclaration de conformité à la méthodologie de référence MR-004 auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.

Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées.

Vous disposez d'un droit à l'effacement des données et à l'oubli

Vous disposez d'un droit à la limitation de traitement de vos données

Vous disposez d'un droit de réclamation à une autorité de contrôle (CNIL)

### **Pour exercer vos droits, ou pour toute question à ce sujet :**

Vous pouvez contacter le délégué à la protection des données du CHU Grenoble Alpes par mail ([protection-donnees@chu-grenoble.fr](mailto:protection-donnees@chu-grenoble.fr)) ou par téléphone au 04.76.76.75.75.

Une demande peut aussi être envoyée par courrier à ce délégué à la protection des données ou à la direction générale du CHU Grenoble Alpes à l'adresse mentionnée en entête de ce document.

Si vous avez des questions sur l'étude, vous pouvez contacter le Laura SAUERBACH (interne) ou le Dr NAHMANI, psychiatre au CHUGA.

Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L 1111-7 du Code de la Santé Publique. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui vous suit et qui connaît votre identité.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information.

L'étude commencera le 15/02/2019. Elle n'inclura pas vos données en cas d'opposition avant cette date. En cas d'opposition après cette date, vos données seront soustraites à l'étude sauf en cas d'impossibilité technique ou de mise en péril de l'étude. Si vous êtes opposé(e) à l'utilisation de vos données, merci de bien vouloir remplir et signer le document ci-après et le retourner au Dr NAHMANI.

**Si vous ne vous opposez pas, vous n'avez rien à faire**

**FORMULAIRE D'OPPOSITION**

**Titre identifiant la recherche : Conséquences médico-légales des sorties non autorisées au Centre Hospitalier Alpes Isère, étude rétrospective de 2015 à 2017**

<b>Médecin investigateur responsable de l'étude :</b> Laura SAUERBACH (interne) Dr NAHMANI (psychiatre) <b>Coordonnées :</b> <a href="#">CHU Grenoble Alpes, service médecine légale</a> <a href="#">CS10217 CHU, 38043 GRENOBLE Cedex 09</a> <a href="#">Tel : 04 76 76 84 70</a>	<b>Organisme responsable du traitement des données :</b> <a href="#">CHU Grenoble Alpes</a> <b>Coordonnées :</b> <a href="#">CHU Grenoble Alpes</a> <a href="#">Direction à la Recherche Clinique et à l'Innovation</a> <a href="#">Pavillon Dauphiné – Rez-de-chaussée</a> <a href="#">CS 10217 38043 GRENOBLE Cedex 9</a> <a href="#">Tel : 04 76 76 59 57</a>
--	---

## A REMPLIR PAR LE PATIENT

Patient majeur :

Je soussigné(e) Madame/Monsieur ..... (nom et prénom) demande à faire valoir mon droit d'opposition à l'utilisation de mes données à caractère personnel dans le cadre de cette recherche.

De ce fait, je refuse que des données de mon dossier médical soient recueillies et soient utilisées dans le cadre de cette recherche.

Pour un patient mineur :

Je soussigné(e) Madame/Monsieur ..... (nom et prénom)

parent de ..... (nom et prénom)

demande à faire valoir mon droit d'opposition à l'utilisation des données à caractère personnel de mon enfant dans le cadre de cette recherche.

De ce fait, je refuse que des données de son dossier médical soient recueillies et soient utilisées dans le cadre de cette recherche.

Date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Signature :

**Formulaire à renvoyer à :**


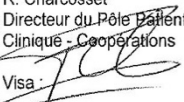
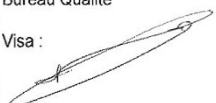
**CHU Grenoble Alpes, service médecine légale**

**A l'attention du Dr NAHMANI**

**CS10217 CHU, 38043 GRENOBLE Cedex 09**



## Annexe 2 : Protocole SNA du 8 juillet 2011 au CHAI

Centre Hospitalier Alpes Isère – BP 100 – 38521 Saint Egrève Cédex		
Direction des patients et des familles	INSTRUCTION	DC-INS-07-V03
Rédacteur : S. Sebag Direction des Patients et des Familles Visa : 	<b>SORTIE D'UN PATIENT NON AUTORISEE</b>	<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <b>B 2-2</b> RIP           </div>
Vérificateur : R. Charcosset Directeur du Pôle Patients – Clinique - Coopération Visa : 		Date d'application : Le 08/11/2011
Approbateur : Bureau Qualité Visa : 		

Date	Version	Commentaires
01/12/93	A	Fiche RIP N° B2/3
24/11/03	B	Actualisation dans le cadre de la formalisation des documents en forme qualité – Groupe RIP
08/11/2011	V03	Actualisation dans le cadre de la loi du 5 Juillet 2011.

Quantité	Destinataires
1	RIP (Recueil d'informations pratiques)
Original	Bureau Qualité

Mots clés
Sortie, patient, <i>RIP</i> .

**SORTIE NON AUTORISEE D'UN PATIENT  
(SNA)**

**I TEXTES OFFICIELS PRINCIPAUX :**

Circulaires : N°. 145 du 30/4/1954.  
N°. 207 du 9112/1968.  
N°. 1029 du 11/5/1978.

(Aucun texte postérieur à la loi 2011-803 du 5 JUILLET 2011 qui elle-même n'aborde pas le cas de la fugue).

**II DEFINITIONS :**

Est considérée comme SORTIE NON AUTORISEE (« fugue ») toute absence non autorisée .

DSI : Dossier de Soins Infirmiers.

SDRE : Soins sur Décision du Représentant de l'Etat.

SDT : Soins à la Demande d'un Tiers.

SL : Soins Libres.

**III DISPOSITIONS PRATIQUES :**

**4.1 - Dans tous les cas :**

Il doit être préalablement bien vérifié que le malade ne se trouve pas dans l'unité de soins.  
L'évaluation de la situation et de la nécessité de faire réintégrer le patient incombe au médecin psychiatre traitant (ou à son remplaçant).  
L'organisation de la réintégration incombe au service médical du médecin traitant le patient.  
Le cadre infirmier concerné (ou son remplaçant) doit être immédiatement informé et il doit superviser le processus mis en œuvre.

➤Le service saisit dans CROSSWAY le mouvement « absence non autorisée ».

**4.2 - Recherches immédiates :**

**L'absence non expliquée (et avérée) d'un patient nécessite en premier lieu une recherche préalable :**

- dans les différents lieux du bâtiment de l'unité de soins,
- dans l'enceinte de l'établissement,
- dans l'environnement immédiat de l'hôpital.

**Cette recherche préalable est à mettre en œuvre dans les cas suivants :**

- Pour les SDRE, les SDT et les mineurs.
- Pour les SL : si la consigne est donnée, par le médecin.

**4.3 - Procédures après recherches immédiates infructueuses :**

**4.3.1 SOINS LIBRES :**

- contacter le praticien hospitalier traitant le patient (à défaut le chef de service ou le praticien d'astreinte) qui arrêtera la suite à donner en fonction de la pathologie.
- Le cas échéant mettre en œuvre les consignes particulières.
- Le service contacte la famille, le tuteur,...
- Le service consigne les circonstances de la fugue dans le D S I.

#### **4.3.2 – Soins à la Demande d'un Tiers (SDT) :**

- Effectuer les premières recherches locales dès le constat de la fugue.
- Informer rapidement le médecin responsable du service (ou le praticien d'astreinte), qui décidera de la suite à donner et établira un certificat de « sortie sans autorisation » (disponible dans CROSSWAY).
- Faxer ce certificat au Bureau des Entrées ou au Standard-Accueil\*
- Prévenir rapidement le Cadre de Santé de l'unité ou le Cadre de garde.
- Remplir une fiche de signalement (disponible dans CROSSWAY) et
- la faxer à la Gendarmerie de Saint-Egrève
- la faxer à la Police de Grenoble
- la faxer à la Gendarmerie du domicile du patient
- contacter la famille, le tuteur, le tiers demandeur de l'hospitalisation.

#### **S'il y a lieu de poursuivre les recherches :**

- Le médecin établit un certificat de « signalement de sortie non autorisée et demande de réintégration » (disponible dans CROSSWAY).
- informer le Bureau des Entrées ou le Standard-Accueil\* et le Directeur d'astreinte.

#### **Veiller à**

- informer le cadre supérieur de santé.
- consigner les circonstances de la fugue dans le D S I.

#### **4.3.3 - Soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) :**

- Effectuer les premières recherches locales dès le constat de la fugue.
- informer rapidement le médecin responsable du service (ou le praticien d'astreinte), qui établira un certificat de « sortie sans autorisation » (disponible dans CROSSWAY).
- Faxer ce certificat au Bureau des Entrées ou au Standard-Accueil\*
- Prévenir rapidement le Cadre de Santé de l'unité ou le Cadre de garde.
- Informer la Gendarmerie de Saint-Egrève
- Informer la Police de Grenoble
- Informer la Gendarmerie du domicile du patient
- Informer le Bureau des Entrées ou le Standard-Accueil\* et le directeur d'astreinte
- Remplir une fiche de signalement (disponible dans CROSSWAY) et
- la faxer à la gendarmerie et à la police.
- contacter la famille, le tuteur, le tiers demandeur de l'hospitalisation.
- rédiger un rapport circonstancié, adressé au Directeur coordonnateur des Soins et transmis par voie hiérarchique, ainsi qu'au médecin responsable de l'unité fonctionnelle ou du service.

#### **Veiller à :**

- informer le cadre supérieur de santé.
- conserver une copie du rapport dans le dossier du patient.

En cas de sortie non autorisée, l'arrêté préfectoral initial continue à produire ses effets concernant la réquisition des autorités de police.

#### **4.3.4 - Pour les mineurs :**




Appliquer l'instruction ci-dessus, relative aux patients en SDRE.

#### ***Pour toutes les sorties non autorisées :***

Après mise en œuvre de l'instruction, le service saisit un événement indésirable dans le logiciel de gestion des risques.

\* Les jours ouvrables Bureau des Entrées de 8h à 17h et Standard Accueil après 17h, week-ends et jours fériés Standard Accueil.

**Annexe 3 : Protocole SNA du 29 mai 2017 au CHAI :**

Centre Hospitalier Alpes Isère – BP 100 – 38521 Saint Egrève Cédex		
PÔLE PATIENTS	INSTRUCTION	DC-INS-07-V04
Rédaction : Jocelyne Rastoll Bureau des Admissions Visa : 	<b>SORTIE NON AUTORISEE D'UN PATIENT HOSPITALISE</b>	
Vérification : Michel Saby Directeur du Pôle Patients Visa : 		
Validation : Bureau Qualité Visa : 		Date d'application :  Le 29 Mai 2017

Date	Version	Commentaires
01/12/93	A	Fiche RIP n° B2-2
24/11/03	B	Actualisation dans le cadre de la formalisation des documents en forme qualité – Groupe RIP
08/11/11	V03	Actualisation dans le cadre de la loi du 5 Juillet 2011
10/05/17	V04	Mise à jour

Annexes	

Quantité	Destinataires	Support
Original	Bureau Qualité	

Mots clés
sortie non autorisée, patient, hospitalisé.

## SORTIE NON AUTORISEE (SNA) D'UN PATIENT HOSPITALISE

### I - TEXTES DE REFERENCE

**Circulaires :**

n° 145 du 30/04/1954

n° 207 du 9/12/1968

n° 1029 du 11/05/1978

**F. Lalande, C. Lépine, Analyse d'accidents en psychiatrie et propositions pour les éviter – Rapport IGAS 2011 RM 2011-071P**

**V. Dujardin Les relations Hôpital Police Justice Juin 2013 – Les Editions Hospitalières**

### II – DEFINITIONS

Cette procédure s'applique à tous les patients, quel que soit leur mode d'hospitalisation, qui quittent l'établissement sans avoir prévenu l'équipe médicale ou en cas de non retour à l'issue d'une autorisation de sortie.

Pour les patients faisant l'objet de soins psychiatriques libres, on parlera donc de sortie à l'insu du service et non de sortie non autorisée (principe de liberté d'aller et venir).

Le terme de fugue est inadéquat.

#### **1 – En cas d'absence avérée du service : dans tous les cas d'hospitalisation :**

Recherches immédiates :

- dans les différents lieux du bâtiment de l'unité de soins
- dans l'enceinte de l'établissement
- dans l'environnement immédiat de l'hôpital

Cette recherche préalable est à mettre en œuvre dans les cas suivants :

- pour les SDRE, les SDT et les mineurs
- pour les SL : si la consigne est donnée par le médecin

#### **2 – Procédures après recherches immédiates infructueuses ou non retour après autorisation d'absence temporaire**

##### **2-1 Soins libres :**

Demander l'avis du praticien hospitalier traitant le patient (à défaut le chef de service ou le praticien d'astreinte) qui arrêtera la suite à donner en fonction de l'état du patient :

Signalement auprès des autorités de Police si transformation de la mesure en soins psychiatriques sans consentement

ou

un signalement de « disparition inquiétante » auprès de l'autorité de Police après avoir éliminé toutes les possibilités de recherche

ou

pas d'action prévue

Informez la personne à prévenir (proche, personne de confiance, parents, tuteur...) dans tous les cas.

Les circonstances de la sortie non autorisée et la prise de décision doivent être tracées dans le dossier de soins (DSI).

## **2-2 Soins sans consentement (SDT-SDTU-SPI-SDRE) et mineurs**

### **2-2-1 Dispositions pratiques**

- Informer le praticien hospitalier traitant le patient (à défaut le chef de service ou le praticien d'astreinte) qui arrêtera la suite à donner en fonction de l'état du patient (certificat de levée ou demande de réintégration).
- Prévenir rapidement le Cadre de santé de l'unité ou le Cadre de garde.
- Informer systématiquement la personne à prévenir (proche, personne de confiance, parents pour les mineurs, tuteur...) et le tiers demandeur de l'hospitalisation.

**L'évaluation de la situation et la nécessité de faire réintégrer le patient incombent au médecin psychiatre traitant (ou son remplaçant).**

### **2-2-2 S'il y a lieu de poursuivre les démarches de réhospitalisation**

- Le médecin établit un certificat de « signalement de sortie non autorisée et demande de réintégration » (disponible dans Crossway).
- Faxer ce certificat au Bureau des Entrées ou le Standard-Accueil\* qui informe le Directeur, le Directeur du pôle Offre de Soins et le Directeur d'astreinte. Le Bureau des Entrées informe l'ARS par fax pour les SDRE.
- Le personnel du service remplit la fiche de signalement (disponible dans Crossway dans « formulaire » puis « déclaration de sortie non autorisée ») et la faxe (ou mail) à :  
  
Gendarmerie de Saint-Egrève  
Gendarmerie du domicile du patient  
Bureau des Entrées ou Standard-Accueil  
Juge des Enfants en cas OPP (mineurs)
- L'organisation de la réintégration incombe au service du médecin traitant le patient. Le cadre infirmier concerné (ou son remplaçant) supervise le processus de mise en œuvre.
- Les circonstances de la sortie non autorisée et la prise de décision doivent être tracées dans le dossier de soins (DSI).
- Pour les SDRE, l'arrêté préfectoral initial continue à produire ses effets concernant la réquisition des autorités de police.
- Un rapport circonstancié pourra être demandé par l'ARS ou le Préfet pour les SDRE.

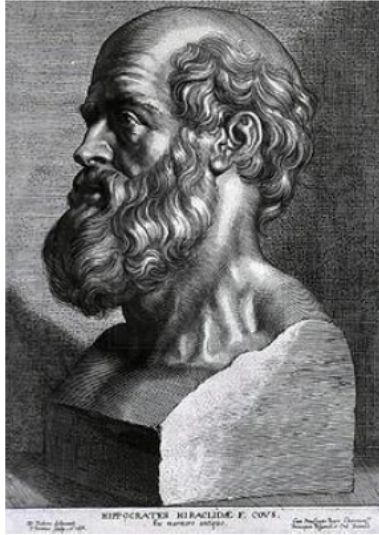
**Pour toutes les sorties non autorisées**, l'unité signale un évènement indésirable dans le logiciel de gestion des risques.

\*Les jours ouvrables Bureau des Entrées de 8 h à 17 h et Standard-Accueil après 17 h, week-ends et jours fériés Standard-Accueil.

Réintégration du patient sous contrainte.

SDRE : SAGI.

SDT : Service avec appui du SAGI.



## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

*En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,*

*Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.*

*Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

*Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.*

*Je garderai le respect absolu de la vie humaine.*

*Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.*

*Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*