

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2012

N°134

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de PSYCHIATRIE

par

Thibault DESRUES

Né le 02/11/1982 à Paris (15^{ème})

Présentée et soutenue publiquement le *4 Octobre 2012*

**LES FUGUES EN PSYCHIATRIE : ETAT DES LIEUX AU CHU DE
NANTES EN 2011**

Président : **Monsieur le Professeur VANELLE**

Directeur de thèse : **Madame le Docteur GRUAT**

Sommaire

I. INTRODUCTION	4
II. REVUE DE LA LITTERATURE	6
A. Caractéristiques des fugeurs	6
1. Taux de fugues.....	6
2. Caractéristiques sociodémographiques	8
3. Diagnostic	10
4. Mode d’hospitalisation	11
5. Fugueurs multiples.....	12
B. Caractéristiques de la fugue	13
1. Délai entre l’admission et la fugue	13
2. Circonstances de survenue.....	14
3. Durée de la fugue.....	15
4. Destination	15
5. Retour	16
6. Facteurs prédictifs.....	16
7. Raisons retrouvées	18
C. Conséquences	19
1. Pronostic global	19
2. Autoagression	20
3. Heteroagression, actes délictueux	21
D. Dispositifs testés pour réduire les fugues	21
E. Services fermés : résultats et conséquences	23
F. Cadre légal	24
1. La situation juridique française.....	25
a) Rappel historique	25
b) Jurisprudence	26
2. Les systèmes de soins anglo-saxons	32
a) USA	32
b) Grande-Bretagne	33
c) Comparaison et évolution des systèmes anglais et français	34
III. LES FUGUES AU CHU DE NANTES EN 2011	36
A. Description des procédures en cas de fugue au CHU de Nantes	36
1. Les services.....	36
2. Procédures administratives de déclaration de fugues au CHU	37
a) Patients en hospitalisation libre.....	37
b) Patients sous contrainte et mineurs	37
c) Projet de procédure standardisée.....	38
d) Point de vue administratif	39

3.	Procédures juridiques et policières	40
a)	Police	40
b)	Agence Régionale de Santé.....	41
4.	Enquête auprès des cadres d'unité	42
B.	Analyse descriptive des fugues au CHU de Nantes en 2011.....	45
1.	Objectifs.....	45
2.	Méthodologie.....	45
3.	Résultats de la comparaison avec la population générale	48
4.	Etude complémentaire des caractéristiques de la fugue et des fugueurs.....	54
a)	Comparaison de l'échantillon de fugueurs uniques à la population générale de fugueurs.....	55
b)	Caractéristique de la fugue.....	58
c)	Caractéristiques des fugueurs.....	65
d)	Evènements dans les 7 jours précédant la fugue	69
e)	Recherche de corrélations statistiques.....	72
IV.	DISCUSSION.....	76
A.	Taux de fugueurs	76
B.	Caractéristiques des fugueurs	77
C.	Caractéristiques des fugues et facteurs précipitants	78
D.	Comparaison entre unité ouverte et fermée	82
E.	Limites et perspectives	83
1.	Biais et limites	83
2.	Réflexions et perspectives	87
V.	CONCLUSION	92
VI.	BIBLIOGRAPHIE	94
VII.	ANNEXE	102
	Questionnaire adressé aux cadres d'unité.....	102

I. INTRODUCTION

Les fugues ou sorties sans autorisation médicale (SSA) sont un mode de sortie d'hospitalisation très fréquent en psychiatrie.

La médiatisation de cas particuliers d'autoagressivité, mais aussi et surtout d'hétéroagressivité par des patients en fugue de l'hôpital psychiatrique et l'hyperréactivité des pouvoirs publics, contrastent fortement avec le peu de travaux sur le sujet à l'international et leur quasi inexistence en France. Faut-il y voir une opposition du corps médical en raison des enjeux qui dépassent ceux du soin psychique et le rende vulnérable au droit de regard de la société, des autorités publiques ?

Les fugues reflètent l'un des enjeux majeurs de la psychiatrie moderne qui est de trouver un équilibre entre deux paramètres essentiels: la protection de personnes présentant un risque pour elle-même ou autrui en raison de troubles psychiques et le respect de la liberté individuelle. Cet équilibre est également à concevoir dans le contexte actuel, marqué par l'augmentation de l'activité, l'accroissement de la demande de soutien psychique en parallèle de la désinstitutionnalisation et de la diminution des hospitalisations classiques. Une évolution où le psychiatre doit composer avec la lourdeur croissante des procédures administratives tout comme la mise en cause de plus en plus fréquente de la responsabilité médicale. D'autre part, la période récente a également été marquée par la modification du cadre légal des hospitalisations sous contrainte par la loi du 5 juillet 2011 avec, entre autres, l'objectif de limiter les fugues.

En dehors de ces considérations globales, d'un point de vue médical et individuel, les fugues justifient un intérêt et une analyse attentive en raison des conséquences potentiellement dommageables pour nos patients tant du point de vue du pronostic que de l'alliance thérapeutique, des ruptures de traitements et des mises en danger potentielles.

Nous verrons ici, après une revue de la littérature principalement anglo-saxonne remise dans son contexte historique et juridique, la situation au CHU de Nantes via une analyse rétrospective et comparative de toutes les sorties sans autorisation médicale des services de psychiatrie adulte en 2011. Nous restituerons ensuite les résultats en les discutant et en les mettant en perspective avec les données de la littérature actuelle, dans le but de tenter de définir plus précisément la population des patients fugueurs et de réfléchir à des axes de prise en charge plus performants pour ces patients particuliers.

II. REVUE DE LA LITTÉRATURE

Les données françaises se rapportant aux fugues d'un service de psychiatrie étant quasiment inexistantes, la majorité des articles que nous allons aborder ici est anglo-saxonne, et principalement du Royaume Uni, des USA et du Canada.

En premier lieu nous étudierons les caractéristiques sociodémographiques des fugueurs, en nous intéressant plus particulièrement au sous-groupe des fugueurs multiples. Nous analyserons ensuite les caractéristiques repérées des fugues en elles-mêmes et leurs conséquences. Les systèmes d'intervention testés pour limiter les fugues seront ensuite passés en revue, puis nous nous pencherons sur les avantages et inconvénients repérés des prises en charge en unité fermée. L'ensemble des données sera dans un deuxième temps mis en perspective avec le contexte juridique français et les particularités des systèmes de soins anglo-saxons.

A. Caractéristiques des fugueurs

1. Taux de fugues

Les taux de fugues sont difficiles à déterminer et à comparer en raison de la grande variabilité des critères, de la méthodologie, et des procédures administratives de signalement.

Ainsi la définition même de la SSA varie d'un hôpital à l'autre et d'un service à l'autre, reflet de la dépendance à la procédure de signalement administratif. Certains englobent les sorties contre avis médical, d'autres incluent les non-retour de permissions après un laps de temps donné, certains définissent la SSA comme une absence du service de plus d'une heure (Bowers, Jarrett, et Clark 1998; L Bowers, Jarrett, Clark, Kiyimba, et al. 1999; Stewart et Bowers 2010) ou à partir de minuit (Andoh 1999; Andoh 1994). Dans un certain nombre d'études, les critères de temps d'absence ne sont pas spécifiés (Stewart et Bowers 2010).

De plus, les différentes études sur les fugues varient fortement dans leur méthodologie. Certaines études évoquées ici sont prospectives, d'autres rétrospectives. Elles ont eu lieu sur des durées variables de 6 à 12 mois voire plus pour certaines analyses rétrospectives.

Bien évidemment, les taux de fugue sont à mettre en lien avec les fonctionnements propres à chaque service. Certains auteurs se sont penchés sur des unités ouvertes, fermées ou sur des services ayant une fermeture partielle. De la même manière dans certains travaux, les services spécialisés ont été inclus quand d'autres auteurs se concentraient sur les unités d'hospitalisation en psychiatrie générale.

En raison de ces critères multiples, Bowers propose, dans sa revue de la littérature, d'utiliser comme valeur de référence un taux de fugues pour cent lits par mois ou taux de fugues pour cent admissions par mois. Il précise cependant les limites de cette méthode qui ne permet pas de prendre pas en compte le taux de fugueurs récidivistes ni la durée de séjour (Stewart et Bowers 2010; L Bowers, Jarrett, et Clark 1998) , ces deux informations ayant pourtant toute leur importance comme nous le verrons par la suite. Les auteurs retrouvent 35 études avec une quantité d'informations suffisante pour calculer ce taux. La moyenne des fugues aux USA est ainsi chiffrée à 5,88 pour cent lits par mois et à 4,20 pour le Royaume Uni. Si la valeur prise en compte comme référence est le nombre d'admissions, les taux de fugues se montent à 8,92 pour cent admissions par mois aux USA versus 6,28 pour le Royaume Uni et 5,58 pour l'Inde.

Lorsque les critères pour une telle comparaison n'étaient pas réunis, les études et les taux analysés sont très variables rendant toute analyse comparative délicate. On peut ainsi retrouver des chiffres très disparates allant de 0,55% de patients fugueurs sur dix ans, 1,4% sur 13 ans, 14% à 35% des patients fugueurs sur un an, ou encore 36% de sorties irrégulières (Stewart et Bowers 2010; Moore et Hammond 2000; Glick et al. 1986; Neilson et al. 1996; Enser et MacInnes 1999; Brook, Dolan, et Coorey 1999; Hunt et al. 2010).

Il est intéressant de noter qu'aucune étude française n'est retrouvée dans les différentes revues de littérature anglo-saxonne.

S. Marti auteur de la seule étude française retrouvée pour les services de psychiatrie adulte, citait une estimation des « évasions » de l'hôpital psychiatrique datant de 1972 qui évoquait le chiffre de 4 pour mille sorties. Dans son analyse prospective sur un hôpital près de Lyon « Le Vinatier », elle rapportait un taux de fugue équivalent à 10% de la file active en 2001 et 8,7% en 2002 (Marti 2004).

L'auteur soulignait l'existence de plusieurs biais comme l'absence de signalement en cas de retour rapide, et la notion de fugues non repérées avant le retour.

Le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) de mai 2011 estime à environ 10 000 le nombre de fugeurs hospitalisés sous contrainte en France, soit 12% des patients sous contrainte. Les rapporteurs évoquent une probable sous-estimation des fugues par une tendance à la sous déclaration des évènements par le personnel hospitalier (IGAS 2011).

2. Caractéristiques sociodémographiques

De manière générale, les études retrouvent un âge plus jeune dans la population des fugeurs en comparaison avec la population générale des patients hospitalisés en psychiatrie (IGAS 2011; Stewart et Bowers 2011; Andoh 1999; Moore et Hammond 2000; Yasini et al. 2009; Atkinson 1971; Greenberg, Otero, et Villanueva 1994; Tomison 1989).

Deux études retrouvent ainsi que, respectivement 66 et 74% des fugeurs avaient moins de 40 ans (Andoh 1999; Meehan, Morisson, et McDouglas 1999). Pour Bowers, avoir moins de 35 ans serait même un facteur prédictif de fugue (L Bowers et al. 2000).

Il faut cependant souligner que certaines études ne retrouvent pas d'association significative entre l'âge et la survenue d'une SSA (Nicholson, Norwood, et Enyart 1991; Raynes et Patch 1971; Smith Jr. 1982; Stewart et Bowers 2011).

Le deuxième facteur retrouvé de manière quasi consensuelle dans les études est la prédominance d'hommes chez les fugueurs (Andoh 1999; Miller et al. 1983; Falkowski et al. 1990; Tomison 1989; Moore et Hammond 2000; Molnar, Keitner, et Swindall 1985). Il faut cependant souligner que cette surreprésentation masculine ne ressort pas comme une différence significative en cas de comparaison avec des groupes contrôles de non fugueurs et est donc uniquement un reflet de la population hospitalisée (Stewart et Bowers 2010; L Bowers, Jarrett, et al. 1999).

Dans le cas de l'étude française réalisée en 2004, Marti retrouvait 68% d'hommes chez les fugueurs, avec une moyenne d'âge de 36 ans. La comparaison avec la population générale hospitalisée (57% d'hommes et 44 ans d'âge moyen) mettait en évidence une différence significative pour ces deux facteurs (Marti 2004).

Parmi les autres caractéristiques du fugueur qui ressortent dans les différentes études, il semble que les fugues soient plus fréquentes chez les patients sans emploi (Andoh 1999). Le statut marital semble également jouer un rôle, Marti retrouvait 95% de célibataire dans sa population de fugueurs, contre 55% dans les patients hospitalisés sous contrainte à la même époque (Marti 2004).

Pour plusieurs auteurs, la notion d'un antécédent de sortie sans autorisation est un des facteurs prédictifs importants d'un nouvel épisode de fugue (Bowers 2000, Falkowski 1990). Dans l'étude lyonnaise, les fugueurs avaient pour 75% d'entre eux au moins un antécédent de SSA (Marti 2004).

3. Diagnostic

Schizophrénie et trouble de la personnalité sont les diagnostics les plus fréquemment rapportés chez les fugueurs, avec une prédominance pour la schizophrénie (Richmond, Dandridge, et Jones 1991; Falkowski et al. 1990; Meehan, Morisson, et McDouglas 1999 ; Stewart et Bowers 2010). Certaines équipes ont même retrouvé une association statistiquement significative entre SSA et troubles de la personnalité (Atkinson 1971; Walsh et al. 1998) ou entre SSA et schizophrénie (L Bowers et al. 2000). Les décompensations maniaques de troubles bipolaires seraient également surreprésentées ainsi que les pathologies addictives principalement l'alcool (Andoh 1999). Certaines études retrouvent une sur représentation facteur 36 versus 10 d'alcoolodépendance chez les fugueurs et de façon encore plus significative 28 versus 3 des autres addictions aux produits (Raynes et Patch 1971). Il faut cependant nuancer ces résultats du fait de biais importants, notamment l'inclusion des patients hospitalisés dans une unité d'addictologie. Une étude retrouve une consommation excessive d'alcool chez près de 28% des fugueurs (Dickens et Campbell 2001). D'autres auteurs rapportent les chiffres de 20% pour l'alcool et 11% des fugueurs qui consommeraient du cannabis (L Bowers, Jarrett, et al. 1999).

Ces résultats sont cependant à mettre en balance avec un certain nombre d'études qui n'ont trouvé aucune différence statistique dans les diagnostics de fugueurs versus groupe patients contrôle (Short 1995; Stewart et Bowers 2010)(Glick et al. 1986; Nicholson, Norwood, et Enyart 1991; Brook, Dolan, et Coorey 1999; Yasini et al. 2009).

S.Marti, dans son étude française, retrouve elle aussi une surreprésentation significative du diagnostic de psychose chez les fugueurs. La présence de troubles de la personnalité semble plus fréquente chez les fugueurs que dans l'ensemble de la population hospitalisée mais sans que l'on puisse mettre en évidence de différence significative. Les troubles de l'humeur étaient sous représentés dans le groupe des fugueurs en comparaison à l'ensemble des patients hospitalisés. L'auteur soulignait ne pas retrouver les conduites addictives comme facteur déterminant dans la survenue des fugues. (Marti 2004)

4. Mode d'hospitalisation

Les résultats sont très variables d'une étude à l'autre allant de 20 à 78% de fugueurs hospitalisés sous contrainte (Meehan, Morisson, et McDouglas 1999; Falkowski et al. 1990; Richmond, Dandridge, et Jones 1991; Stewart et Bowers 2010). La majorité des auteurs retrouvent une sur représentations d'hospitalisations sous contraintes chez les fugueurs (Stewart et Bowers 2010; Meehan 1999; Alezrah 2004).

Marti retrouve l'hospitalisation d'office comme facteur prédisposant de la fugue. Les patients en HO étaient en effet plus nombreux à fuguer que les patients hospitalisés sous un autre mode d'hospitalisation. Environ 12% des patients hospitalisés en HO ont fugué au moins une fois, contre 8% des patients en HDT et 7% des patients en HL (Marti 2004).

Il faut noter qu'il est possible que la vigilance accrue pour les patients sous contrainte amène à une signalisation plus rigoureuse des SSA pour cette catégorie, certains hôpitaux signalant même les SSA uniquement pour les patients sous contrainte (Stewart et Bowers 2010; L Bowers et al. 2000; Marti 2004; Muir-Cochrane et al. 2011). Le mode d'hospitalisation ne serait donc pas un facteur de risque de fugue mais un facteur de « risque » de plus grande vigilance et de meilleure prise en compte.

5. Fugueurs multiples

Le nombre de fugues par patient « fugueur » varie de 1,06 à 2,85 selon les études (Brook, Dolan, et Coorey 1999; Yasini et al. 2009; Miller et al. 1983; Smith Jr. 1982; Walsh et al. 1998; Dickens et Campbell 2001; Molnar, Keitner, et Swindall 1985; Falkowski et al. 1990; Glick et al. 1986; Short 1995; Tomison 1989; L Bowers et al. 2000; Stewart et Bowers 2010). Ces chiffres sont difficilement comparables, la majorité des études ne précise pas si cela est calculé pour un seul et même épisode. Le taux de récurrence est supérieur pour les patients d'unité ouverte versus unité fermée.

En France est retrouvé un taux moyen de 1,5 fugues par an par patient fugueur et de 1,25 fugues par fugueur au cours du même épisode. S.Marti retrouvait par ailleurs 80% de fugue unique par séjour et 70% de fugueurs uniques sur l'année (Marti 2004).

Les taux de récurrence sont extrêmement variables selon les études allant de 9 à 69%. (Stewart et Bowers 2010). La majorité des études retrouvent cependant des taux de récurrence autour de 30%.(Miller et al. 1983; Molnar, Keitner, et Swindall 1985; Short 1995; Dickens et Campbell 2001; Tomison 1989; Falkowski et al. 1990; Moore et Hammond 2000).

Bowers souligne que les taux de fugues multiples semblent plus importants dans les unités ouvertes que les unités fermées. Ces fugueurs « récidivants » semblent plus souvent être hospitalisés sous contrainte, plus jeunes que la moyenne, plus souvent de sexe masculin et avec des durées d'hospitalisation soit très courtes soit très prolongées, avec plus de diagnostics de psychoses ou de troubles bipolaires, moins de dépressions et de troubles anxieux, et plus souvent au chômage. (Falkowski et al. 1990; Hershorn 1993; Miller et al. 1983; Molnar, Keitner, et Swindall 1985; Nicholson, Norwood, et Enyart 1991).

Cependant certaines études ne retrouvent pas d'association statistiquement significative entre fugues répétées et âge, sexe, diagnostic, mode d'hospitalisation et durée de séjour (Molnar, Keitner, et Swindall 1985; Miller et al. 1983).

B. Caractéristiques de la fugue

1. Délai entre l'admission et la fugue

Bien évidemment ces données sont extrêmement difficiles à comparer en raison de la variabilité très importante des durées de séjour d'un hôpital à l'autre voire d'une unité à l'autre.

On peut néanmoins observer que la plupart des études indiquent que les fugues ont lieu peu après l'admission. Les données varient de un tiers des fugueurs dans les trois premiers jours à 50% dans la première semaine et 75% dans les trois premières semaines (Short 1995; Yasini et al. 2009; L Bowers, Jarrett, et al. 1999). L'étude française de Marti retrouve des taux comparables avec 25% de fugues la première semaine et 50% dans les trois premières semaines (Marti 2004). A noter que ces taux sont relativement comparables aux sorties contre avis médical pour certains auteurs (Stewart et Bowers 2010).

La durée globale de l'hospitalisation des fugueurs est elle aussi très variable d'une étude à l'autre sans que l'on puisse retrouver une tendance par rapport à la population générale des patients hospitalisés en psychiatrie. Les auteurs rapportent des durées de séjour plus brèves ou comparables au reste de la population. Le seul facteur ressortant de manière significative pour tous les auteurs est la survenue de fugues « précoces » dans les premières semaines (Atkinson 1971; Stewart et Bowers 2011; Stewart et Bowers 2010).

2. Circonstances de survenue

Il n'est pas possible de dégager une période particulière de survenue de la fugue sur l'ensemble des études. Le présupposé de nombreux auteurs est que les fugues surviennent plus fréquemment au moment des changements d'équipes, ce qui ne semble pas confirmé par les études statistiquement valables (Stewart et Bowers 2010).

A contrario il semble que les SSA comme les sorties contre avis médical soient plus fréquentes le week-end, l'explication avancée étant les effectifs minimums et la proportion importante de patients en permission (Stewart et Bowers 2010). De la même façon les SSA semblent plus fréquentes en été qu'en hiver (L Bowers, Jarrett, et al. 1999).

Peu d'auteurs se sont intéressés aux modalités de la fugue en elle-même. Bowers enregistrait 82% de fugues à partir d'un service ouvert, Dickens 40% (L Bowers, Jarrett, et al. 1999 ;). Une fois de plus ces chiffres sont sans doute à prendre avec précaution, les fugues de patients d'unité ouverte suscitant en général moins d'inquiétudes et de vigilance. Nombre d'études estiment sans surprise que la majorité des fugues de services fermés ont lieu durant des sorties de l'unité.

Les patients fuguant d'une unité fermée le font en général durant une sortie de l'unité non accompagnée (Meehan 1999) (L Bowers, Jarrett, et al. 1999). Ils partent rarement de l'unité, et quand ils le font ils profitent le plus souvent d'une ouverture de porte. (Dickens et Campbell 2001)

3. Durée de la fugue

L'ensemble des auteurs rapporte que la durée des SSA est de relativement courte durée. La durée moyenne de fugue est ainsi inférieure à 24 heures dans plusieurs études (L Bowers, Jarrett, et al. 1999; Meehan, Morisson, et McDouglas 1999; Falkowski et al. 1990; Tomison 1989; Dickens et Campbell 2001). Marti retrouve 25% de retour dans les 24 heures et 55% dans les 48 heures. La durée moyenne des fugues dans son étude était quant à elle significativement plus longue à 14 jours, loin des données retrouvées dans la littérature internationale. Pour l'auteur, cette durée était à mettre en lien avec quelques cas de fugues particulièrement longues. (Marti 2004)

4. Destination

Très peu de données sont retrouvées dans la littérature sur ce sujet. Dans la grande majorité des cas (30 à 60%) c'est au domicile ou chez des proches que se rendent les fugueurs (L Bowers, Jarrett, et al. 1999; Falkowski et al. 1990; Tomison 1989; Dickens et Campbell 2001). Bowers précise qu'une fois chez eux, la majorité des fugueurs reprennent leurs activités habituelles (L. Bowers, Davis, Jarrett, et al. 1999). Certains fugueurs entrent dans une période d'errance (entre 7 et 50%) (Marti 2004).

Les alcoolisations sont également fréquentes durant les fugues, qu'elles aient été la motivation de celles-ci ou non (Muller 1962; Dickens et Campbell 2001; L. Bowers, Davis, Jarrett, et al. 1999).

5. Retour

Nombre d'études retrouvent de 3 à 53% de non-retour à l'hôpital sur des périodes variant allant de 1 à 12 mois (Dickens et Campbell 2001; Short 1995; Molnar, Keitner, et Swindall 1985; Meehan 1999; L. Bowers, Davis, Jarrett, et al. 1999; Stewart et Bowers 2011) avec par exemple 13% de non-retour sur un an pour l'étude française.(Marti 2004)

Les retours se font le plus souvent spontanément dans 20 à 65 % des cas. Dans 13 à 40% les patients sont ramenés par la police et plus rarement par l'entourage pour 8 à 13% des cas (Marti 2004).

Il est également intéressant de noter que les fugueurs en hospitalisation d'office (HO) sont ceux qui statistiquement reviennent le plus souvent spontanément. L'auteur avançant deux explications, la dimension juridique de la contrainte et le lien statistique entre isolement social (surreprésenté chez les patients en HO) et retour spontané (Marti 2004).

6. Facteurs prédictifs

On ne retrouve que très peu d'études sur les éventuels facteurs prédictifs de fugue. Nous l'avons évoqué, les antécédents de fugue semblent être le facteur prédictif le plus pertinent et le plus fréquemment retrouvé (Falkowski et al. 1990; Lewis Jr. et Kohl 1962; Molnar, Keitner, et Swindall 1985; Brook, Dolan, et Coorey 1999; L Bowers et al. 2000). Un lien semble exister, sans pour autant être retrouvé de manière systématique dans la majorité des études. Ainsi le milieu défavorisé (Falkowski et al. 1990), le chômage (Andoh 1999), la mauvaise compliance aux soins (L Bowers et al. 2000), la violence et l'agitation (L Bowers et al. 2000), l'hospitalisation sous contrainte (Falkowski et al. 1990; Andoh 1999; Meehan 1999; Molnar, Keitner, et Swindall 1985; Tomison 1989) semblent augmenter la probabilité de survenue d'une fugue.

Une tentative de fugue, l'expression du désir de fugue, des consignes médicales strictes, la peur, les éléments de persécution et le désaccord avec les décisions médicales (notamment le refus de permission) sont également cités comme des éléments à prendre en compte (Stewart et Bowers 2011).

Une autre étude retrouvait comme facteurs « prédisposants et précipitants » les antécédents de fugue, un faible contrôle pulsionnel, une faible motivation pour les soins, un délire de persécution, le stress généré par l'hospitalisation et la thérapie. Les auteurs retrouvaient également l'implication de la famille qui pouvait inciter le patient à fuir, mais également les difficultés relationnelles avec l'équipe soignante et un contre transfert négatif du thérapeute. (Lewis Jr. et Kohl 1962). Ces données mettent l'accent sur l'importance de la relation humaine dans la gestion et la prévention des fugues, qui ne peut entièrement reposer sur des mesures de restriction de liberté. C'est également ce que pointait Bowers en relevant 15% des fugues survenues quand le patient était sous haute surveillance, voire avec une présence infirmière constante. Cela montrait selon lui qu'un patient décidé à fuir le ferait quelles que soient les mesures de sécurité mises en place, ce qui nécessite une approche humaine et relationnelle (L Bowers, Jarrett, et al. 1999).

Certains facteurs favorisants sont retrouvés de façon disparate avec un refus de traitement dans les 48 h, l'agressivité, la consommation de toxiques, avoir exprimé son intention de fuguer dans les 24 heures précédant le départ ce qui représenterait jusqu'à 58% des fugueurs (L Bowers, Jarrett, et al. 1999), le défaut de conscience des troubles (Hershorn 1993; Short 1995) et l'échec du traitement (Stewart et Bowers 2010; Short 1995; Nussbaum et al. 1994; Quinsey et al. 1997; L. Bowers, Davis, Jarret, Clark, et al. 1999; L. Bowers, Alexander, et Gaskell 2003; Brook, Dolan, et Coorey 1999)

Bowers note également une corrélation significative entre taux de fugues et l'absence de visite de proches. (L Bowers et al. 2000) On retrouve aussi la mutation comme facteur favorisant de fugue qui précipiterait le départ de l'unité. (Marti 2004) Il est intéressant de noter qu'une étude sur les traitements par injection ne montrerait pas de lien statistique avec les fugues (Tomison 1989).

7. Raisons retrouvées

Très peu d'auteurs ont travaillé sur les raisons invoquées par les patients. L'étude la plus ancienne retrouvait une prise en charge médicale défectueuse, des problèmes familiaux, le syndrome de manque chez les éthyliques, l'influence d'autres patients plus rarement (Muller 1962).

La majorité des auteurs s'accordent à retrouver non un facteur spécifique mais un ensemble de facteurs mis en avant par les patients de manière plus ou moins fréquente. Ainsi les patients évoquent la peur (Falkowski et al. 1990; L Bowers, Jarrett, et al. 1999; Meehan 1999), le sentiment d'enfermement (L Bowers, Jarrett, et Clark 1998), le sentiment d'isolement (Andoh 1999; Miller et al. 1983; L Bowers, Jarrett, et al. 1999), l'ennui (L Bowers, Jarrett, et Clark 1998; Meehan 1999).

Certains patients mettent en lien la fugue avec des difficultés au domicile ou leur envie de remplir leurs responsabilités quotidiennes (Falkowski et al. 1990; Meehan 1999; L Bowers et al. 2000). Pour d'autres, c'est l'inadéquation entre la demande de soins et la réponse médicale donnée qui a précipité leur départ volontaire (L Bowers, Jarrett, et Clark 1998; McIndoe 1986; Molnar, Keitner, et Swindall 1985; Meehan 1999), ou le refus du traitement médicamenteux (McIndoe 1986; L Bowers, Jarrett, et Clark 1998). La pathologie mentale joue bien entendu un rôle déterminant dans la survenue de la fugue avec tous les éléments délirants et dissociatifs, mais aussi la confusion, l'intolérance à la frustration et l'impulsivité (Falkowski et al. 1990; L. Bowers, Davis, Jarrett, et al. 1999).

Il semble nécessaire également de prendre en compte les difficultés relationnelles avec les équipes de soins (Falkowski et al. 1990; McIndoe 1986; L Bowers, Jarrett, et Clark 1998).

C. Conséquences

1. Pronostic global

Pour certains auteurs la fugue a pour conséquence principale une aggravation de l'état psychique du patient notamment pour les états maniaques et délirants. Les fugues favorisent également des consommations de toxiques et peuvent aboutir à une modification du cadre de soins avec l'augmentation des restrictions de sorties et même un changement du mode d'hospitalisation. Marti soulignant également comme conséquence potentielle la rupture de soins et la perte de confiance des proches dans les soignants (Marti 2004).

Une des conséquences les plus évidentes de la fugue est la rupture de traitement qui en découle. Dans 4% des fugues il y aurait des décompensations somatiques après rupture de traitement (Andoh 1999). Il y aurait aussi de façon attendue une recrudescence des troubles psychiques après l'arrêt du traitement (Meehan 1999), et le risque de rupture de soins « définitive » (Lewis Jr. et Kohl 1962).

Une publication américaine, sur une étude prospective sur deux ans compare le devenir des patients en fonction de leur mode de sortie (normal et contre avis médical/ SSA) avec des échelles d'évaluation standardisées avec l'Echelle d'Evaluation Santé Mentale (Health-Sickness Rating scale), le degré global de sévérité selon le questionnaire d'Evaluation Psychiatrique (Psychiatric Evaluation Form) et le questionnaire global d'Anamnèse (Historical Information Form). Les résultats ne montrent pas de différences significatives à un ou deux ans après la sortie bien que l'évolution du groupe des sorties sans autorisation montre une évolution légèrement moins favorable à l'ensemble des échelles.

Seules deux des évaluations montrent une différence statistiquement significative en faveur du groupe sorti de l'hôpital dans des conditions normales : l'échelle d'évaluation santé-maladie à un an et le questionnaire global d'anamnèse à deux ans (Glick et al. 1986). Il faut noter que l'échantillon était de taille modeste avec des taux de perdu de vue importants dans le groupe sans autorisation.

Par ailleurs l'absence de distinction entre SSA et sortie contre avis médical dans cette étude, constitue un biais de confusion qui ne permet pas de prendre en compte de manière précise le devenir des patients sortis sans avis médical.

2. Autoagression

Il existerait un lien entre sortie sans autorisation et suicide (L Bowers, Jarrett, et Clark 1998). L'incidence des gestes autolytiques varie entre 0,25% et 3,9% selon la littérature.(Falkowski et al. 1990; Andoh 1999; Meehan 1999; L. Bowers, Davis, Jarrett, et al. 1999)

Certains évalueraient même sur des études des années 70/80 que 30% des suicides de patients hospitalisés en psychiatrie se produiraient pendant une fugue. (Marti 2004)

D'autres actes auto-agressifs sont recensés durant les fugues : l'overdose, les tentatives de suicides, blessures (Stewart et Bowers 2010).

3. Hétéroagression, actes délictueux

Les actes hétéroagressifs sont peu fréquents mais très médiatisés. Ils sont évalués entre 0,4% (Andoh 1999), 1,4% (L. Bowers, Davis, Jarrett, et al. 1999) et 2,7% (Dickens et Campbell 2001). D'autres actes délictueux sont recensés dans la littérature : vol, vandalisme, troubles à l'ordre public, violence... Les fréquences de survenue sont encore une fois très hétérogènes selon les études, mais restent limités, variant de 2 à 11% (Stewart et Bowers 2010; Molnar, Keitner, et Swindall 1985; Walsh et al. 1998; Lewis Jr. et Kohl 1962; Meehan 1999; Aspinall 1994; Len Bowers et al. 2008; Tomison 1989).

D. Dispositifs testés pour réduire les fugues

De nombreuses études anglo-saxonnes ont cherché à mettre en évidence des procédés efficaces de réduction des fugues. Aucune méthode testée n'a permis de montrer une efficacité statistiquement valide.

Par exemple, une étude a proposé la mise en place d'une séance de psychothérapie de groupe deux fois par semaine chez les patients ayant déjà fugué durant leur hospitalisation. Les auteurs observaient une réduction des fugues de 50%. Cependant la taille réduite de l'échantillon (8 patients par groupe) ne permettait de tirer aucune conclusion (Stewart et Bowers 2010).

D'autres études ont mis en place des procédures plus centrées sur des mesures de sécurité et d'accompagnement pour diminuer et prévenir ces fugues. La procédure prévoyait plusieurs axes d'action avec la signature de registres à chaque entrée et/ou sortie, l'identification des patients à risque de fugues, un accompagnement lors de l'annonce de nouvelles difficiles et une aide aux relations sociales pour les patients à risque.

Les mesures mises en place comprenaient aussi des actions après les fugues comme la reprise en équipe de chaque incident et la mise en place systématique d'une synthèse multidisciplinaire après deux fugues. L'ensemble de ces mesures a permis d'obtenir une réduction d'environ 25% des taux de fugues. (L. Bowers, Alexander, et Gaskell 2003)

Certains auteurs ont montré une réduction de 50% avec la mise en place de réunions institutionnelles « soignants-soignés » d'une heure toutes les semaines. Une autre étude a démontré une réduction de 50% des fugues après la mise en place d'un signalement écrit horaire par les infirmières des patients identifiés comme à risque de fugue, et la tenue d'un registre pour les permissions et sorties de l'unité. Les axes d'action s'intéressaient également à l'implication du patient dans ses soins pour tenter de majorer l'adéquation entre la demande et les soins proposés. Ainsi le patient participait de manière active à son programme de soins, avec des contrats de soins écrits, des sorties précoces d'hospitalisation pour les patients avec la mise en place d'un suivi rapproché (Richmond, Dandridge, et Jones 1991).

Pour Bowers, certaines mesures essentiellement centrées sur l'amélioration de l'accompagnement des patients par les infirmières est efficace dans les unités où il existe des taux de fugues particulièrement importants et des difficultés institutionnelles évidentes. Les services ayant des taux « corrects » de fugues et une « bonne » dynamique institutionnelle ne semblent pas améliorer leurs statistiques de façon aussi nette. (Stewart et Bowers 2010). Ce qui replace, comme vu précédemment, les difficultés de communication entre patients et équipes comme un facteur important dans la survenue des fugues.

De la même façon certains auteurs retrouvent une corrélation inversement proportionnelle entre niveau d'expérience de l'équipe et fugues ainsi qu'entre le nombre de réunions cliniques et fugues. (Stewart et Bowers 2010; Len Bowers 2012)

Communiquer sur le traitement, les décisions médicales, impliquer le patient dans la détermination du cadre de soins et favoriser l'alliance thérapeutique sont les mesures les plus fréquemment citées par les auteurs pour réduire les fugues. (Andoh 1999; McIndoe 1986; Stewart et Bowers 2010; Marti 2004).

On peut aussi citer les facteurs sociaux, l'accompagnement dans les démarches extérieures et plus globalement toutes les préoccupations générées par l'éloignement du domicile et du travail (Meehan 1999; Marti 2004).

Les mesures d'intervention et de prévention des fugues sont donc des mesures non spécifiques d'amélioration de la prise en charge des patients. Hormis le caractère plus spécifique de la nécessité de connaître et de repérer les patients à risque, les auteurs se reposent sur des mesures d'accompagnement et de création de relation thérapeutique de qualité, afin d'approcher le plus possible les attentes du patient par rapport aux soins, y compris en proposant une approche globale des difficultés. La résolution des difficultés institutionnelles et la création ou la valorisation de temps d'échange multidisciplinaires semblent également jouer un rôle.

E. Services fermés : résultats et conséquences

Les hôpitaux « fermés » à sécurité renforcée ont, de façon attendue, des taux de fugues inférieurs aux hôpitaux « classiques » (Stewart et Bowers 2010).

Cependant, les résultats sont plus contrastés en ce qui concerne les hôpitaux comprenant des services « mixtes » ouverts/fermés. Dans la majorité des études retrouvées, les taux de fugue des services fermés sont, de manière assez logique, significativement inférieurs à ceux des services ouverts ou partiellement ouverts (L. Bowers, Davis, Jarrett, et al. 1999; L Bowers, Jarrett, et Clark 1998; Stewart et Bowers 2010; Richmond, Dandridge, et Jones 1991; Walsh et al. 1998). En revanche certaines études ne montrent pas de différences significatives entre unités ouvertes et fermées, voire même retrouvent des taux supérieurs de fugues à partir des unités fermées (Stewart et Bowers 2010; Dickens et Campbell 2001).

Deux études montrent ainsi une augmentation significative du taux de fugues après la décision d'une ouverture des services. (Molnar et al. 1985; Stewart et Bowers 2011).

A contrario, en 2010, une étude allemande a comparé le taux de fugues sur deux périodes de 6 mois dans un même service fermé puis ouvert. Il n'était pas retrouvé de différence significative entre les deux périodes en termes de diagnostics, d'âge, de sexe et de durée de séjour. Il était mis en évidence une différence statistiquement significative en termes de sorties sans autorisation, d'épisodes d'agressivité et de traitements imposés qui étaient plus fréquents sur la période où le service était fermé. Il est également retrouvé que le délai de réadmission était plus court durant la période service fermé (Lang et al. 2010).

Ces données qui peuvent sembler contradictoires mettent en évidence les conséquences de conditions d'hospitalisation trop restrictives sur la survenue d'événements intercurrents durant l'hospitalisation, y compris bien entendu les fugues.

F. Cadre légal

Il paraît ici nécessaire de présenter dans quel cadre légal se déroulent les hospitalisations en psychiatrie en France comme dans les pays Anglo-Saxons dont est issue la majorité de la littérature retrouvée sur les fugues.

Nous aborderons également la jurisprudence française en matière de responsabilité médicale et administrative. De manière plus ou moins consciente, la mise en cause de la responsabilité joue forcément un rôle dans les modalités de gestion des sorties sans autorisations.

1. La situation juridique française

a) Rappel historique

Jusqu'à la Révolution Française il n'existait pas de différence entre les forçats et les malades mentaux. Les lettres de cachet permettaient à l'administration royale de séquestrer les correctionnaires comme les insensés. Ces lettres de cachet seront abrogées en 1790.

Pinel et Esquirol sont les premiers aliénistes français à mettre en avant l'idée d'une législation spécifique concernant les soins aux malades mentaux. C'est le Code Pénal dit « *Code Napoléon* » en 1810 qui reconnaît l'irresponsabilité pénale des malades mentaux en état de démence : « *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.* »

C'est la loi du 30 juin 1838 qui définira pour la première fois les modalités d'internement des aliénés et donc du soin avec deux types d'internement :

« *Le placement volontaire* » (PV) soit un placement qui est la volonté de l'entourage avec une demande manuscrite de la famille et un certificat médical d'un médecin extérieur à l'établissement et « *le placement d'office* » (PO) qui est décidé par le préfet afin de sauvegarder l'ordre public et la sûreté des personnes, le certificat médical étant facultatif et non prévu par la loi (Bernardet 2002a; Trojak 2006).

b) Jurisprudence

Il n'existe pas de législation spécifique concernant les SSA. La réglementation repose uniquement sur deux circulaires ministérielles dont la première est la circulaire du 30 avril 1954.

Pour les patients hospitalisés en HO, il convient de distinguer si le malade est dangereux ou non. Dans la négative, le préfet décide seul de la mise en place de mesures de recherches particulières, sur la base du certificat médical établi par le médecin chef.

Dans l'affirmative, le directeur de l'établissement doit transmettre le certificat médical stipulant la dangerosité du malade au préfet et « *formuler par l'intermédiaire du service local de police ou de gendarmerie une demande de recherche auprès du commissaire divisionnaire, chef du service régional de police judiciaire* ». Ce dernier juge alors en fonction du comportement prévisible du malade de l'opportunité d'effectuer une diffusion de l'avis de recherche sur le plan régional, interrégional ou national.

Dans le cas d'un patient en placement volontaire, « *aucune mesure de recherche systématique impliquant les services de police ne peut être déclenchée sans une modification de la situation juridique du malade.* » (Marti 2004)

La circulaire du 9 décembre 1968 complète cette mesure en imposant le respect de trois dispositions sans distinction du mode d'hospitalisation :

- « *les recherches doivent être entreprises par le personnel de l'établissement dans son enceinte dès que la disparition du malade est constatée ;*
- *La famille doit être immédiatement avisée*
- *Les services de police doivent être alertés si dans la demi-heure qui suit l'évasion, l'évadé n'a pas réintégré l'établissement* » (Senon et Jonas 2005)

Dans une circulaire du Ministère des Affaires Sociales datée du 29 novembre 1994, il est recommandé de faire appel aux forces de police ou de gendarmerie en cas de situation potentiellement dangereuse, reconnaissant ainsi les possibilités d'intervention limitées du personnel soignant.

Pour plus de clarté, nous limiterons notre réflexion aux procédures pour toute personne hospitalisée en psychiatrie en placement volontaire ou involontaire et relevant d'une pathologie psychiatrique évidente. Nous nous limiterons ici aux procédures concernant le « défaut de surveillance » de l'établissement ou du psychiatre.

Lors d'hospitalisation dans un établissement public, c'est le plus souvent la responsabilité de ce dernier qui est engagée, c'est la responsabilité administrative. Le médecin est considéré ici comme un agent du service public, n'ayant pas de contrat direct avec le patient. Toutefois sa responsabilité civile ou pénale peut être engagée en cas de « faute détachable du service ».

Deux fautes peuvent être imputées au service en cas de fugue: le défaut de surveillance et l'absence de signalement de la fugue. (Marti 2004)

L'obligation de surveillance est une des conditions de la loi du 27 juin 1990 qui justifie le placement en hospitalisation à la demande d'un tiers.

L'article L.3212-1 du code de la sante publique issu de la loi de 1990 définit ainsi les conditions cumulatives de l'hospitalisation à la demande d'un tiers :

Une personne atteinte de troubles mentaux ne peut être hospitalisée sans son consentement sur demande d'un tiers que si :

-ses troubles rendent impossible son consentement

-son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier (...)

Il est intéressant de noter que la Loi du 5 juillet 2011 complète ainsi la deuxième condition de la loi de 1990 : « *son état mental impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète, soit d'une surveillance médicale régulière justifiant une prise en charge* »

Certaines fiches ministérielles de mai 1994 explicitent un certain nombre d'éléments.

Ainsi la fiche numéro 1 à propos de l'HDT précise que :

« *Le terme « surveillance constante » ne signifie ni que le malade hospitalisé doit être surveillé vingt-quatre heures sur vingt-quatre, ni qu'un médecin ou une équipe médicale doivent être à son chevet en permanence. Cela signifie qu'une équipe soignante engagée dans un projet thérapeutique est à tout moment susceptible d'intervenir en cas de besoin.* »

De la même façon, la circulaire Veil du 19 juillet 1993, sur les conditions de séjour des malades hospitalisés pour troubles mentaux stipule « *qu'il convient également d'appeler les personnels des équipes de soins et les personnels de direction à la plus extrême vigilance quant au respect des règles de sécurité et à la surveillance que de tels malades requièrent.* »

Ces deux textes restent donc très vagues quant à la qualité de la surveillance, sa nature ou les dispositifs appropriés à mettre en place.

Ces notions de jurisprudence sont par définition évolutives (Dujardin 2007). Pour V.Dujardin les juges font une appréciation *in concreto*, c'est-à-dire que chaque affaire est examinée au cas par cas en fonction des faits, des circonstances... Ainsi deux affaires semblant similaires ne donnent pas forcément lieu à un jugement identique. Il en va donc ainsi de l'appréciation de défaut de surveillance.

De la même façon il n'existe pas de dispositif de sécurité type. Néanmoins il est considéré que la capacité d'un établissement à recevoir des patients 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 »* (circulaire Veil). (Dujardin 2007)

Un autre impératif fondamental qui s'impose aux soignants, en particulier pour les personnes en HL est la liberté de circulation. Ces deux impératifs, l'un qui nécessite des mesures de sécurité et de vigilance et l'autre qui justifie la garantie des libertés vont donc devoir être respectés malgré leur opposition à priori.

L'article L.3211-2 du code de la santé publique de la loi du 27 juin 1990 stipule : *« une personne hospitalisée avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en hospitalisation libre. Elle dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades hospitalisés pour une autre cause »*.

De la même façon une circulaire du 19 juillet 1993 rappelle que *« [...] des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux donne à ces patients hospitalisés librement les mêmes droits que ceux qui sont reconnus aux malades hospitalisés pour une autre cause. Parmi ces droits figurent celui d'aller et venir librement à l'intérieur de l'établissement où ils sont soignés ; cette liberté fondamentale ne peut donc être remise en cause s'agissant de personnes qui ont-elles mêmes consenties à recevoir des soins psychiatriques [...] »*.

Cette notion n'est pas incompatible avec les impératifs du soin que l'on retrouve dans le contrat de soins qui est établi de façon plus ou moins formelle entre le patient et l'équipe soignante et qui va limiter plus ou moins les libertés d'aller et venir dans l'intérêt du soin et donc du patient lui-même.

Comme le rappelle la circulaire Veil du 19 juillet 1993 il est possible en cas d'urgence de limiter la liberté du patient : *« en cas d'urgence, il peut être possible d'isoler, pour des raisons tenant à sa sécurité, un malade quelques heures en attendant soit la résolution de la situation d'urgence, soit la transformation de son régime d'hospitalisation en régime d'hospitalisation sous contrainte. »*

L'ANAES (HAS depuis 2004) en 1998 précisait qu'il convient dans les douze heures de transformer le régime d'hospitalisation libre en hospitalisation sous contrainte en cas de mise en chambre d'isolement (MCI) prolongée. L'ANAES soulignant également qu'il doit y avoir adéquation entre des soins portant atteinte à la liberté et les modalités d'hospitalisation.

La liberté de circulation n'exonère donc pas l'établissement de son obligation de surveillance mais les juges apprécient *in concreto* les affaires (Dujardin 2007). Dans un arrêt du conseil d'état du 26 mai 1986 : *« considérant que, bien que Mr R ait été hospitalisé en service libre, il appartenait à l'hôpital psychiatrique compte tenu des antécédents présentés par l'intéressé [...] d'exercer une surveillance particulière [...], que le fait que Mr R ait pu, à une heure déterminée de la nuit [...] sortir librement de l'établissement relève, dans ces conditions, qu'elles qu'aient été les méthodes thérapeutiques employées par ce dernier, un fonctionnement défectueux du service de nature à engager la responsabilité de l'hôpital. »*

Pourtant et de façon contradictoire on retrouve dans un autre arrêt du Conseil d'Etat du 29 janvier 1993, *« que le placement d'une personne en service libre exclut nécessairement une surveillance permanente [...] »*

Dans son analyse de la jurisprudence en matière d'obligation de surveillance V. Dujardin retrouve un certain nombre de critères mis en avant par les juges :

- l'état de santé, le comportement du patient dans les heures et les jours précédents.
- le caractère prévisible ou imprévisible du geste ou du comportement : il n'est pas retrouvé par l'auteur de jurisprudence prenant en compte le caractère « prévisible » du comportement.
- la connaissance d'antécédents suicidaires ou de tendances suicidaires
- le mode d'hospitalisation : la jurisprudence semble montrer que les juges estiment qu'un placement sous contrainte nécessite un renforcement de la surveillance
- la nature de la surveillance exercée
- l'organisation matérielle du service : l'aménagement des locaux (Dujardin 2007)

Pour le défaut de surveillance il semble y avoir trois critères juridiques principaux : le caractère prévisible ou imprévisible du comportement du malade, la qualité de la surveillance effective et l'organisation du service.

2. Les systèmes de soins anglo-saxons

En raison du grand nombre d'études anglo-saxonnes et particulièrement anglaises, il nous a semblé important de préciser les spécificités du modèle britannique et américain, afin de pouvoir mettre en perspective les données.

a) USA

L'hospitalisation sous contrainte aux USA a fortement diminué depuis que la Cour Suprême américaine a statué en 1975 dans l'affaire « O'connor vs Donaldson » que la personne doit présenter un comportement dangereux pour elle-même ou les autres. Une ordonnance du tribunal doit valider l'hospitalisation dans les 72 heures et celle-ci doit avoir lieu dans les conditions les moins restrictives possibles. Les statuts et conditions légales varient d'un Etat à l'autre avec dans certains états des indications précises en cas de symptômes dépressifs, dans d'autres cas ce sont les proches qui peuvent demander, via un formulaire un examen psychiatrique en urgence, ce qui sera ou non confirmé par un juge. Parfois, le critère de « danger imminent » est requis. Dans certains états, ce sont les policiers, travailleurs sociaux, médecins ou infirmiers qui peuvent demander une évaluation psychiatrique aux urgences de maximum 48 heures.

En 1979, la Cour d'Appel des Etats Unis dans le cas « Rogers vs Okin » a déterminé qu'un patient même hospitalisé sous contrainte peut refuser tout traitement en l'absence de situation urgente et établit comme droit constitutionnel le refus de traitement d'un patient hospitalisé sous contrainte en l'absence d'ordonnance du tribunal.(National Resource Center on Psychiatric Advance Directives 2012).

b) Grande-Bretagne

L'approche anglaise est complexe avec pas moins de 14 types d'hospitalisations sous contraintes dans le « *Mental Health Act* » de 1983. Nous retiendrons :

- la rétention d'une personne pendant 72 heures même en cas d'hospitalisation libre dès lors que sa sortie pourrait comporter un danger pour elle-même ou pour autrui.

- à visée d'observation d'une durée maximale de 28 jours

- pour traitement d'une durée maximale de 6 mois renouvelable avec des critères plus restrictifs comme l'existence d'une maladie mentale, la nécessité de traitement de nature à améliorer le trouble et la détention ne se justifiant que si les traitements visent à assurer la sante et la sécurité du patient ou celle d'autrui

- en urgence dans un lieu de sureté, par un agent de police pour un individu interpellé dans un lieu public après examen médical et entretien avec un assistant social agréé. (Bernardet 2002b; Trojak 2006) .

Ainsi il existe une intégration plus importante des travailleurs sociaux avec les assistants sociaux qui se trouvent au centre du dispositif en étant à l'origine de 90% des hospitalisations sous contrainte avec l'obligation de suivi et d'accompagnement à la réinsertion.

Il est par ailleurs possible, sous certaines conditions, pour un patient sous contrainte, de refuser tout traitement. La liberté individuelle est une donnée primordiale en Grande-Bretagne, alors que la France a une tradition plus paternaliste (Bernardet 2002a).

c) Comparaison et évolution des systèmes anglais et français

Le système psychiatrique anglais notamment avec le Mental Health Act de 1959 introduit un concept d'hospitalisation libre très souple.

Ainsi on retrouvait déjà en 1930 75 % des admissions en psychiatrie en placement libre en Grande-Bretagne contre seulement 10 % en 1957 en France. Aujourd'hui les écarts sont beaucoup moins significatifs.

Cependant il reste d'importantes différences notamment en ce qui concerne les hospitalisations sous contrainte.

En 1985, on retrouve 240 000 admissions en psychiatrie outre-manche, dont 17 000 sous contrainte, soit environ 4 000 personnes en prenant en compte les hospitalisations multiples sur une année. Les chiffres français sont eux respectivement de 400 000 admissions dont 40 000 sous contrainte soit environ 15 000 personnes, quasiment quatre fois plus qu'en Grande-Bretagne pour des populations de taille similaire. De la même façon la durée moyenne de séjour des hospitalisations sous contrainte est de plus de 100 jours en France alors que 80 % des hospitalisations sous contraintes anglaises sont inférieures à 28 jours.

En 1995 les écarts se resserrent avec encore trois fois moins de lits psychiatriques publics (20 000) et moitié moins d'hospitalisations sous contraintes qu'en France (27 000). Ce rapprochement des chiffres est expliqué par certains auteurs comme une augmentation de la prépondérance de la notion de sureté par rapport à l'accès aux soins. (Bernardet 2002a)

En 2000 on retrouve environ 61000 hospitalisations sous contrainte en France soit 13% des hospitalisations en psychiatrie et un taux de 110 contraintes pour 100 000 habitants.

Au Royaume Uni, les chiffres montaient à 46 000 hospitalisations sous contrainte en 1998 et 24 000 en 1999 soit 13% des hospitalisations en psychiatrie et donc respectivement 93 et 48 hospitalisations sous contrainte pour 100 000 habitants.

La France est une des seules nations à dépasser en Europe le taux de 100 hospitalisations sous contrainte pour 100 000 habitants en 2000, avec l'Allemagne et l'Autriche (175 pour 100 000)(Salize et Dressing 2004).

La France est passée de 113 à 111 hospitalisations sous contrainte pour 100 000 habitants entre 1992 et 2001 mais en chiffres bruts l'augmentation des hospitalisations sous contrainte est de 20% entre 1997 et 2001 et de 86% entre 1992 et 2001. (Ministère de la Sante 2004)

III.LES FUGUES AU CHU DE NANTES EN 2011

L'objectif de cette étude est de faire un état des lieux de la problématique des SSA au CHU de Nantes. Dans un premier temps, nous reviendrons sur la situation dans les unités de soins via une enquête auprès des cadres d'unité et auprès des responsables administratifs.

Nous verrons les procédures de signalement en projet avant de recueillir le point de vue des intervenants extérieurs : l'Agence Régionale de Santé (ARS) et celui de la police, très souvent sollicitée par nos services.

Dans un deuxième temps nous verrons, via une analyse rétrospective des patients hospitalisés au CHU de Nantes en 2011, les chiffres et les éventuelles spécificités de ces patients « fugueurs ».

L'objectif de cette analyse est de comparer les données du CHU aux données de la littérature avec une population générale représentative des patients de psychiatrie adulte en France.

Les enjeux sont de déterminer la prévalence des fugues et les conséquences éventuelles, mais aussi de préciser s'il existe des critères spécifiques et reproductibles d'une population particulièrement à risque de fugue et donc de rupture de soins.

A. Description des procédures en cas de fugue au CHU de Nantes

1. Les services

L'ensemble des services d'hospitalisation de secteur en psychiatrie adulte au CHU de Nantes sont regroupés à l'hôpital Saint Jacques. Il existe 5 services pour 5 secteurs, avec chacun une unité ouverte et une unité fermée. Ce qui représente 73 lits en unités fermées (et 10 Chambres de Soins Intensifs) et 139 lits en unités ouvertes.

2. Procédures administratives de déclaration de fugues au CHU

a) Patients en hospitalisation libre

Les soignants doivent rechercher le patient dans l'unité de soins, informer la sécurité et poursuivre la recherche aux abords immédiats de l'hôpital, joindre le patient et les proches par téléphone, prévenir le cadre de l'unité et le psychiatre référent ou de garde.

Si et seulement si le patient est considéré comme dangereux pour lui-même ou pour autrui un signalement doit être fait aux Urgences Medico-Psychologiques (UMP) ainsi qu'à l'Unité de Gestion des Patients en Psychiatrie (UGEPP), une fiche de signalement devant également être faxée au Commissariat de Police.

Le délai de signalement varie selon les habitudes des services. La fugue peut être signalée après 1 heure d'absence ou uniquement lors des repas en cas d'absence ou le soir au moment de la fermeture des portes des unités ouvertes.

Le lit est libéré immédiatement après la découverte de la fugue, sauf indication spécifique du médecin référent.

b) Patients sous contrainte et mineurs

La procédure est identique mais avec un signalement systématique et immédiat au médecin référent, à la famille ou à la personne de confiance et appel du patient, fax de signalement à l'administration, fax à la police et certificat de situation rédigé par le médecin dans le cas de patients adultes en hospitalisation sous contrainte.

Pour les patients mineurs et les patients en HO/SDRE, la fiche de signalement doit également être envoyée au cadre d'astreinte de l'ARS.

En cas d'ordonnance de placement provisoire d'un mineur sur l'hôpital, le directeur de garde doit également informer le substitut du Procureur de la République.

Pour les patients détenus le directeur de garde informe immédiatement le commissariat de Nantes, le directeur de l'établissement pénitentiaire concerné et le Préfet. Des consignes sont données de ne pas toucher les lieux de la fugue pour faciliter une éventuelle enquête policière.

Le lit est gardé 24 à 48 heures.

c) Projet de procédure standardisée

Il existe un projet de procédure standardisée de déclaration des sorties sans autorisation au CHU de Nantes. La procédure est non officielle, encore en cours d'élaboration mais de nombreux cadres d'unité s'y réfèrent déjà.

Les objectifs affichés sont d'élaborer un document de référence pour tous les services, formaliser le signalement à la police, améliorer la gestion et le suivi des SSA, améliorer la gestion des mouvements dans le logiciel des SSA et particulièrement leurs réintégrations.

La procédure est standardisée et administrative répondant aux lois et circulaires vues plus haut.

Le signalement des SSA des patients en HL est limité aux patients pour lesquels l'évaluation médicale et/ou soignante conclut à une vulnérabilité ou un risque auto ou hétéroagressif. Un signalement est alors fait au Commissariat Central de Nantes ainsi qu'à l'administration du CHU.

Dans tous les cas, les mouvements doivent être signalés sur le logiciel de soins clinicom (ce qui est déjà appliqué à l'heure actuelle).

d) Point de vue administratif

Nous avons rencontré un responsable administratif et juridique du CHU pour les hospitalisations psychiatriques sous contrainte.

Il est intéressant de noter qu'il ne semble y avoir d'affaires judiciaires en cours impliquant la responsabilité des soignants ou de l'hôpital.

Les différents problèmes soulevés par l'administration sont l'enquête nationale (IGAS 2011) qui avait noté un taux de signalement particulièrement élevé au CHU de Nantes. Ce qui est à l'origine de la nouvelle procédure de signalement. Il y avait en effet trop de signalements reçus pour tout type de patients, ce qui compliquait le travail de la police.

De la même manière, il existe une discordance importante entre le nombre élevé de signalements des SSA et le peu de réintégrations signalées, ce qui entraîne des chiffres invalides et ne permettant pas à la police d'avoir des informations fiables et actualisées. L'inscription sur le fichier des personnes recherchées est un processus complexe nécessitant le déplacement d'un membre du personnel au commissariat de police. La procédure était utilisée de façon trop fréquente, devant être limitée aux situations à risques.

On note également la demande de l'administration de mise en Chambre de Soins Intensifs systématique des patients incarcérés à leur arrivée, ce qui remet quelque peu en cause le libre arbitre du médecin pour mettre en place le contrat de soins qui semble approprié.

3. Procédures juridiques et policières

a) Police

Nous avons rencontré un Commandant de Police de l'Hôtel de Police de Nantes afin d'échanger sur les procédures de signalement et le rôle des forces de l'ordre dans la recherche des patients en fugue du CHU.

En premier lieu la police notait avoir reçu, en juin 2012, 16 signalements de patients en fugue d'un service de psychiatrie du CHU de Nantes. 20 signalements des autres services du CHU et des cliniques de Nantes ont également été enregistrés. C'est donc une activité quotidienne des forces de police.

Il n'a pas été possible de retrouver l'ensemble des chiffres pour l'année 2011, le système informatique de la police n'enregistrant pas ces données.

Pour les forces de l'ordre il ne semble pas y avoir de difficultés particulières de signalement des fugues avec un appel à toutes les patrouilles lancé immédiatement du Centre d'Information et de Commandement (CIC).

Pour le commandant la majorité des fugueurs (sans distinction du service d'origine) est retrouvée dans la journée ; les chiffres n'étant pas disponibles à ce jour.

La police retient comme principal risque pour les fugueurs, les risques d'autoagressivité qui semble être le principal motif d'inquiétude signalé par les équipes de soins. A noter également le nombre important de patients atteints de pathologies démentielles parmi les patients signalés comme en fugue des structures de soins.

Le manque de signalement par l'hôpital des personnes réintégrées n'est pas récurrent pour la police et ne semble pas constituer une source de difficultés particulières.

La principale difficulté notée par la police est la nécessité pour l'hôpital de détacher un membre du personnel pour inscrire la personne disparue sur le Fichier des Personnes Recherchées (FPR). En effet les forces de l'ordre notent souvent un délai relativement long pour qu'un membre du personnel hospitalier se déplace, ceci retardant le lancement de la lourde procédure judiciaire d'inscription sur le FPR.

Ces situations particulièrement graves et urgentes nécessiteraient d'améliorer la coordination et le délai de lancement de la procédure. La police insistant sur l'importance de la rapidité pour pouvoir retrouver ces personnes.

b) Agence Régionale de Santé

Un entretien téléphonique avec un inspecteur de l'ARS responsable des hospitalisations sous contrainte a également été réalisé.

Il ne semble pas qu'il y ait de difficultés particulières pour le signalement des fugues à Nantes comme dans le reste du département.

L'ARS notait néanmoins la difficulté de retrouver les patients rapidement à l'inverse des informations fournies par la Police.

Comme pour la Police il n'a pas été possible de récupérer des données chiffrées de la part de l'ARS.

Les principales complications de ces fugues pour l'ARS est la décision de maintien ou non de la mesure d'hospitalisation sous contrainte en cas de disparition prolongée. L'ARS note l'augmentation des refus de levée de la mesure par la Préfecture alors que les médecins demandent souvent la levée de la mesure devant leur impossibilité d'évaluer le patient. De la même façon les Juges des libertés et de la détention refusent régulièrement de statuer en cas d'absence du patient.

Il n'est pas noté de procédures judiciaires en cours sur la Loire Atlantique concernant des patients fugueurs en psychiatrie, a contrario l'ARS note une augmentation des plaintes des familles en cas de fugue de patients vulnérables souvent atteints de pathologies démentielles d'autres services de soins.

4. Enquête auprès des cadres d'unité

Comme nous l'évoquions précédemment, les procédures au CHU de Nantes sont en cours de modification et d'harmonisation. L'encadrement des équipes et la vérification du respect des procédures étant principalement dévolues aux cadres de santé des unités de psychiatrie générale, il nous a semblé pertinent dans le cadre de ce travail de les interroger sur ce sujet. Nous souhaitons recueillir leur perception des enjeux des fugues et leurs remarques éventuelles sur des situations complexes.

Un questionnaire (annexe no 1) a été envoyé aux 10 cadres d'unité (5 secteurs de 2 unités) par mail. 8 cadres d'unité ont répondu au questionnaire. 2 d'entre eux ont préféré répondre sous forme d'interview téléphonique et 2 lors d'un entretien. Les 4 autres ont répondu par mail.

Les raisons invoquées pour préférer un entretien comprenaient la difficulté de mettre par écrit leur perception de cette problématique, leur volonté d'échanger de vive voix et leur manque de temps pour remplir ce questionnaire.

En premier lieu, et de façon attendue, ce sont les cadres d'unité fermée qui semblent les plus concernés par ce sujet, fournissant les réponses les plus précises et sollicitant un entretien pour répondre au questionnaire et estimant ce travail comme une partie importante de leurs fonctions.

Pour l'ensemble des cadres d'unité, le signalement des SSA fait partie intégrante de leur travail comme de celui des équipes de soins. La majorité ne semble pas y voir de dysfonctionnements majeurs et estime la charge de travail qu'engendre une fugue comme étant modérée, estimée à environ 30 minutes.

Les procédures suivies semblent les mêmes d'une unité à l'autre pour les patients en soins sous contrainte.

Il semble exister quelques disparités pour les hospitalisations libres qui ne semblent pas systématiquement signalées. La décision de signalement est fonction de l'évaluation clinique des équipes, les éventuelles consignes du médecin référent comme critère de signalement n'ont été indiqués par aucun cadre lors de ce questionnaire.

Tous expliquent la non nécessité de signalement automatique des fugues.

Pour certains cadres d'unité, ce sont précisément les fugues de patients hospitalisés librement qui peuvent être source de difficultés pour les équipes en raison de l'absence de protocole bien défini qui oblige les infirmiers à estimer eux même les risques associés à la fugue. Cela implique l'inquiétude de devoir engager sa responsabilité, accentuée par le manque d'expérience de beaucoup d'équipes jeunes. Les fugues peuvent également être source de tensions entre l'équipe de soins et le médecin référent en cas de manque de clarté des consignes, de pédagogie et d'explications.

Les délais de signalement s'ils sont immédiats pour les patients sous contrainte, semblent variables d'un service à l'autre pour les patients en HL (1 ou 2 heures voire à la fermeture des portes le soir).

Les soignants estiment engager leur responsabilité pour certaines situations également source d'inquiétudes particulières comme les fugues de patients hospitalisés sous contrainte identifiés comme présentant un risque particulier avec des antécédents de fugue. Mais aussi dans les cas de fugues de patients incarcérés, ou quand la fugue survient lors d'une sortie accompagnée à l'intérieur ou en dehors des murs de l'hôpital.

Certains cadres ont ainsi, après la survenue d'un incident (fugue avec conséquences à type d'auto/heteroagressivité), supprimé les sorties de groupe accompagnées pour les patients sous contrainte.

Les fugues lors de l'ouverture des portes d'unité fermée par un soignant sont un souci constant, certains demandant même la création d'un sas avec double porte fermée pour éviter ces incidents. Pour l'envoi au domicile d'infirmiers en vue de réintégration, certains cadres estiment que cela pose de façon récurrente un problème d'effectif, principalement le week-end.

Les situations à risques identifiées par les cadres sont : les patients « chroniques » connaissant les failles de sécurité, les patients incarcérés et les patients très suicidaires lors de syndromes dépressifs sévères. Pour d'autres raisons, les patients sans domicile fixe, difficiles à retrouver, sont une source d'inquiétude en cas de fugue.

Paradoxalement les patients psychotiques chroniques fugueurs fréquents semblent prévisibles, ces derniers étant ritualisés, bien connus des équipes et identifiés comme présentant peu de risques et avec la certitude d'une réintégration à terme.

Les dysfonctionnements évoqués sont les difficultés pour avoir un correspondant et un numéro de fax unique dans la police. Mais aussi le sentiment exprimé par les cadres de l'inutilité du signalement à la Police qui n'intervient que très rarement. Certains cadres demandent au médecin de faire un signalement de « disparition inquiétante » au fichier des personnes recherchées afin de permettre une vigilance policière effective.

Certains ont également abordé l'obligation pour les soignants d'attendre la fin de la permission autorisée pour faire un signalement de fugue lorsque les patients en programme de soins ont des plages horaires de permissions très larges et quasi quotidiennes, et ce malgré l'inquiétude des équipes. Autre source de dysfonctionnement et de tensions possibles : l'absence de décision claire du médecin référent du patient sur la conduite à tenir en cas de fugue surtout pour les patients en HL.

D'un point de vue pragmatique, certains cadres ont souligné la difficulté de la traçabilité et de la communication avec les urgences où certains patients fugueurs sous contrainte ne sont pas repérés en raison du manque de lisibilité du système informatique.

B. Analyse descriptive des fugues au CHU de Nantes en 2011

1. Objectifs

La revue de littérature sur les sorties sans autorisation permet de mettre en évidence une proportion importante de fugeurs en psychiatrie. Cependant la majorité des données provient de la littérature anglo-saxonne où le système de soins n'est pas identique. L'objectif de cette étude est de faire un état des lieux des SSA sur le CHU de Nantes. Après avoir comptabilisé l'ensemble des fugues survenues en 2011, nous avons cherché à comparer les caractéristiques sociodémographiques et les diagnostiques de fugeurs à la population générale des patients hospitalisés cette même année.

Dans un deuxième temps, nous avons recherché à décrire plus précisément les caractéristiques de cette population ainsi que l'existence éventuelle de facteurs particuliers déclenchant les fugues à partir de ceux retrouvés dans la littérature. Nous nous sommes concentrés pour ce faire sur la population des fugeurs uniques.

2. Méthodologie

L'étude porte sur les unités ouvertes et fermées des services de psychiatrie adulte du CHU de Nantes. Elle inclut tous les épisodes d'hospitalisation de l'année 2011. Les services et unités spécialisés ont été écartés en raison du biais que représente la spécificité des patients de ces unités, compliquant également la comparaison avec les données de la littérature.

Les informations recueillies proviennent du département d'information médicale du CHU (DIM) collectées à partir du logiciel de gestion Clinicom. Les distributions de variables et comparaison de moyennes ont été effectuées avec le logiciel « R ». Tout test est considéré comme significatif pour un risque d'erreur inférieur à 5%.

L'analyse générale comparative de la population des patients hospitalisés et de la population de fugueurs a été effectuée sur les critères de sexe, d'âge, de diagnostic, de durée de séjour et de mode d'hospitalisation.

Il faut noter que la loi du 5 juillet 2011 sur les hospitalisations sous contrainte n'a été prise en compte au niveau du service d'information médicale et du logiciel Clinicom qu'à partir du 1er janvier 2012. Sous le terme de SPDT (Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers), seront donc regroupés les patients hospitalisés en HDT (Hospitalisation à la Demande d'un Tiers) avant le 1er août et ceux pris en charge en SPDT après la mise en application de la loi. Nous procéderons de la même manière pour les patients en SPDRE (Soins Psychiatriques à la Demande du Représentant de l'Etat) et les anciens HO (Hospitalisation d'Office).

Les diagnostics pris en compte sont les diagnostics rentrés sur Clinicom pour tous les épisodes d'hospitalisation en 2011 en se référant à la classification internationale des maladies mentales et des troubles du comportement (CIM 10). Nous les avons regroupés en 10 catégories diagnostiques :

- F0 : Troubles organiques ;
- F1 : Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives ;
- F2 : Schizophrénies, troubles schizotypiques 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 ou à l'adolescence ;

L'analyse complémentaire descriptive des caractéristiques des fugues et des fugeurs a été réalisée à partir du groupe des fugeurs uniques.

Ce groupe a été constitué à partir de tous les épisodes d'hospitalisation pour lesquels une fugue a été déclarée en 2011 à l'exclusion de tous les épisodes ou patients recensés ayant plus d'une SSA sur l'année 2011.

Les critères étudiés sont, en plus de ceux précédemment cités (le sexe, l'âge, le diagnostic, la durée de séjour, le mode d'hospitalisation et le type d'unité), les plus significativement retrouvés dans la littérature comme facteurs de risques étudiés.

Ils ont été regroupés en trois catégories :

- Les caractéristiques de la fugue : avec le délai entre l'admission et la fugue, la durée de la fugue, les modalités de la fugue (du service, lors de sorties dans le parc, lors de permissions), les modalités de retour (spontané, avec la famille, des soignants, la police), les événements durant la fugue (consommation de toxiques, gestes auto/hétéroagressifs, suicides), les motifs retrouvés (les toxiques, la famille, le refus des soins).
- Les caractéristiques des fugeurs : avec les antécédents d'hospitalisation, de tentative de suicide, les caractéristiques sociodémographiques (statut marital, enfants, profession).
- Les événements dans les 7 jours précédant la fugue : épisode d'agitation, le refus de traitement, l'existence d'un contrat de soins restrictif, un refus de permission, des consommations de toxiques et un changement d'unité.

Enfin nous avons recherché d'éventuelles corrélations statistiques et comparé les profils de fugueurs selon l'unité d'hospitalisation ouverte ou fermée.

Les tests statistiques effectués avec le logiciel R ont été utilisés pour comparer les données cliniques, sociodémographiques et caractéristiques des fugues sur un échantillon de 81 fugueurs, après exclusion des sujets ayant des données manquantes. Ce sont des tests non paramétriques qui ont été utilisés du fait de la non normalité de distribution des variables. Nous avons considéré comme statistiquement valide tout test pour lequel le risque d'erreur est inférieur à 5% (p inf. à 0,05).

3. Résultats de la comparaison avec la population générale

Il y a eu 1804 patients hospitalisés dans les services de psychiatrie adulte du CHU de Nantes en 2011 ce qui représente 3025 épisodes.

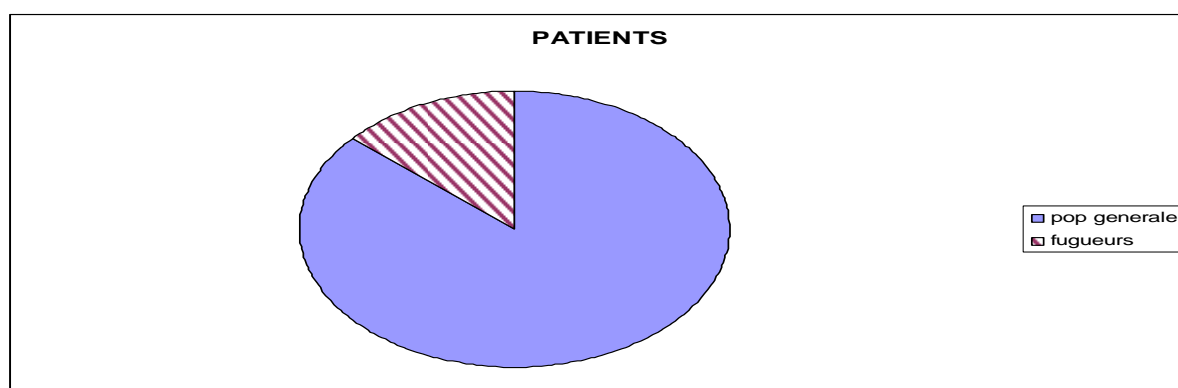
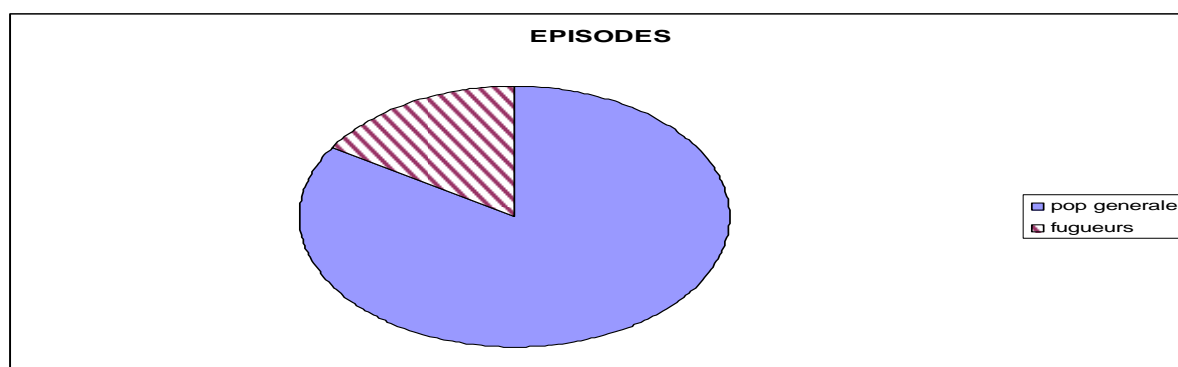
479 fugues ont été signalées dans l'année pour 246 patients fugueurs dont 149 fugues uniques et 330 fugues pour les 97 fugueurs récidivants.

- Taux de fugue

On retrouve 246 patients fugueurs pour 1804 patients hospitalisés en 2011 soit environ 13,5% de fugueurs.

479 fugues ont été signalées en 2011 pour 3025 épisodes d'hospitalisation soit 16% des hospitalisations pour lesquelles une fugue est retrouvée.

Avec 479 fugues pour 246 patients on obtient 1,95 fugue par patient fugueur et 330 fugues répétées pour 97 fugueurs soit 3,4 fugues par fugueur récidiviste.



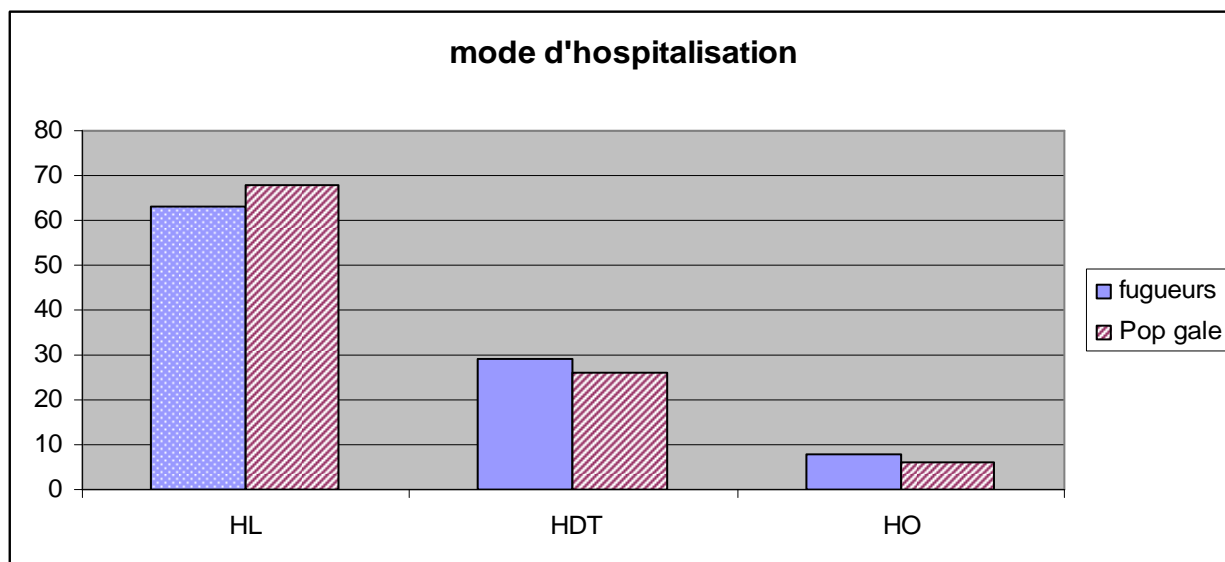
- Mode d'hospitalisation :

On retrouve 2132 modes d'hospitalisation en 2011 avec 68% en HL, 26% en HDT et 6% en HO.

Dans la population des fugeurs on observe 63% des patients en HL, 29% en HDT et 8% en HO. Il n'existe pas de différence statistiquement significative de mode légal entre fugeurs et non fugeurs.

En 2011, respectivement 11% des patients en HL, 14% des patients en HDT et 17% des patients en HO ont fugué au moins une fois.

	HL	HDT	HO	TOTAL
Fugueurs	165	76	22	263
%	63	29	8	100
Pop gale	1456	549	127	2132
%	68	26	6	100

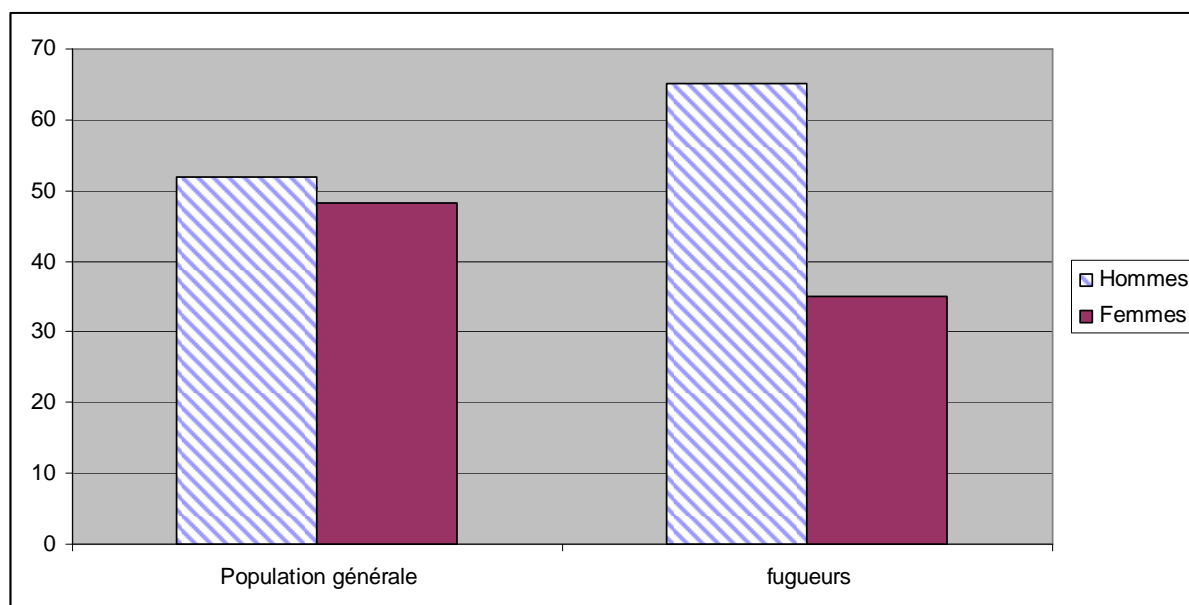


- Sexe

On retrouve 54% d'hommes et 46% de femmes dans la population générale hospitalisée en 2011 et 65% d'hommes et 39% de femmes chez les fugeurs.

Les hommes sont surreprésentés chez les fugeurs par rapport à la population générale avec une différence significative (p inférieur à 0,05).

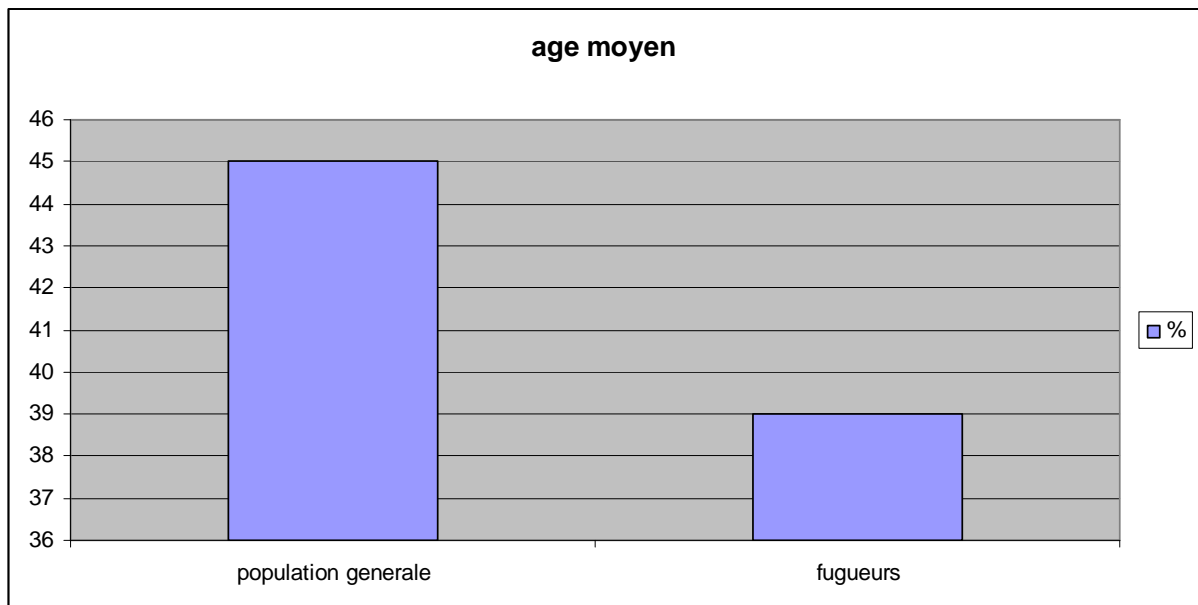
		fugueurs				Total	
		non		oui			
SEXE	homme	808	52%	160	65%	968	54%
	femme	750	48%	86	35%	836	46%
Total		1558	100%	246	100%	1804	100%



- Age

La moyenne d'âge des patients hospitalisés est de 45 ans et de 39 ans chez les fugueurs. La différence est significative avec p inférieur à 0,05.

		N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
AGE	Non fugueurs	1558	45,15	16,34	0,41
	fugueurs	246	39,76	11,58	0,73



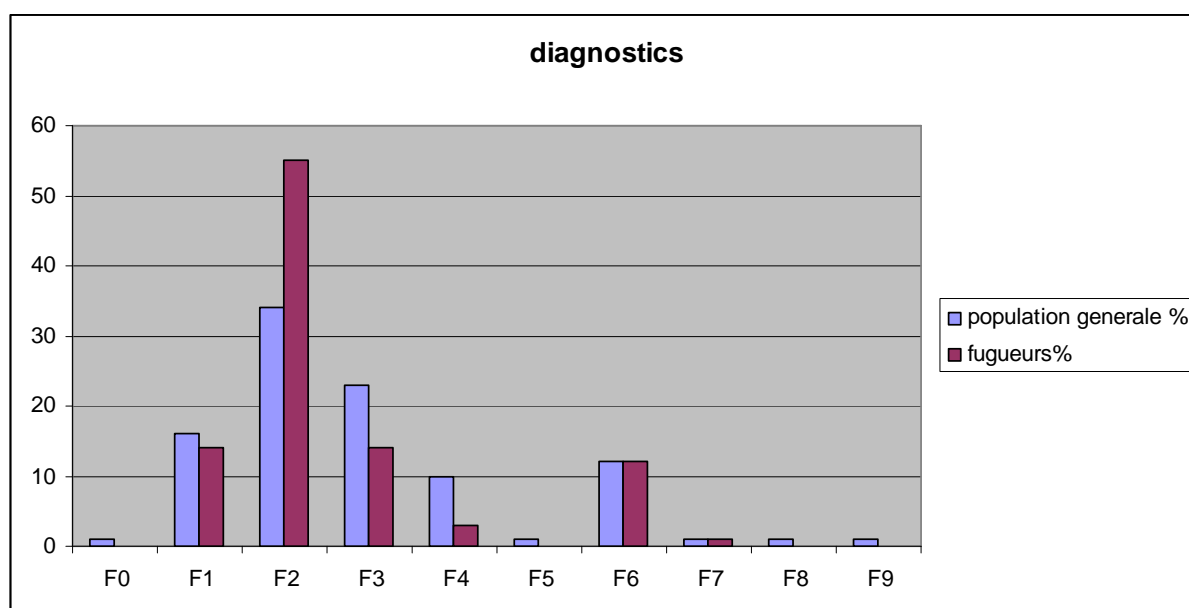
- Diagnostic principal

Le diagnostic principal a été renseigné pour 1720 patients en 2011.

On retrouve chez les fugueurs 55% de psychose (diagnostics F2), 14% de troubles de l'humeur et de troubles liés à des substances psychoactives (F3 et F1).

La différence est significative ($p < 0,05$) uniquement pour les diagnostics F2 et F3, avec une surreprésentation de psychoses et une sous représentation de troubles de l'humeur chez les fugueurs.

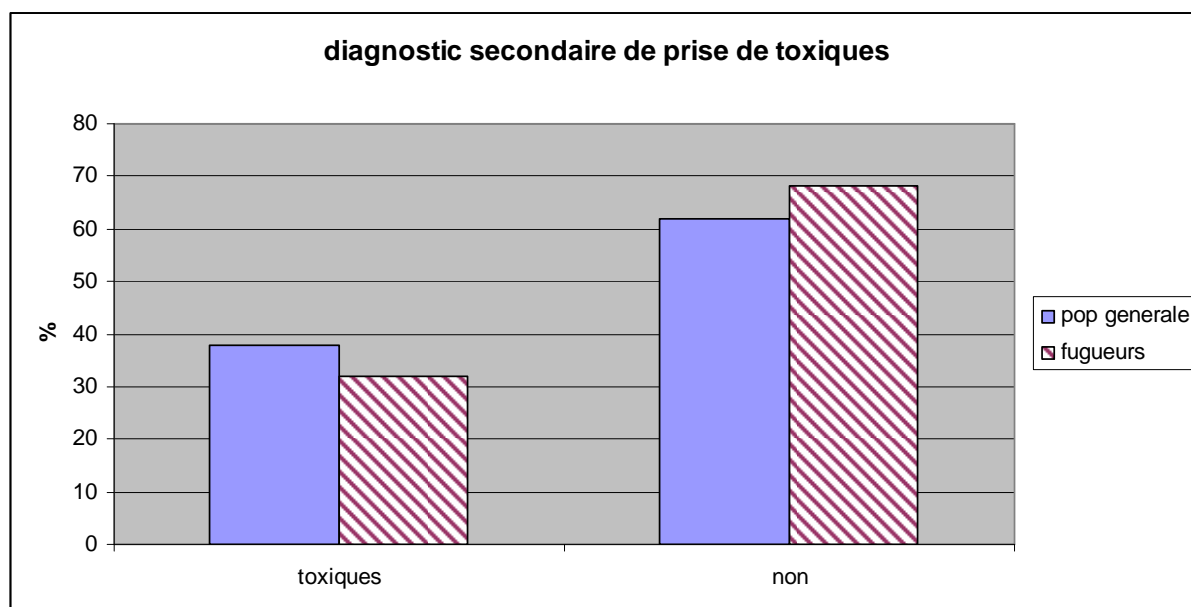
Diag	patients	%	fugueurs	%
F0	28	1	1	0
F1	274	16	32	14
F2	579	34	127	55
F3	387	23	33	14
F4	180	10	7	3
F5	16	1	0	0
F6	204	12	28	12
F7	23	1	2	1
F8	18	1	1	0
F9	11	1	1	0
Tot	1720	100	232	100



- Diagnostic secondaire de prise de toxiques :

On retrouve 688 dossiers sur 1804 avec notion de consommation de toxiques soit 38% des patients hospitalisés en 2011.

Chez les fugueurs ils sont 88 sur les 246 fugueurs pour lesquels des toxiques sont retrouvés soit 32% des fugueurs. Il n'est pas retrouvé de différence significative de prise de toxiques entre fugueurs et non fugueurs dans le codage des diagnostics secondaires de prise de toxiques.



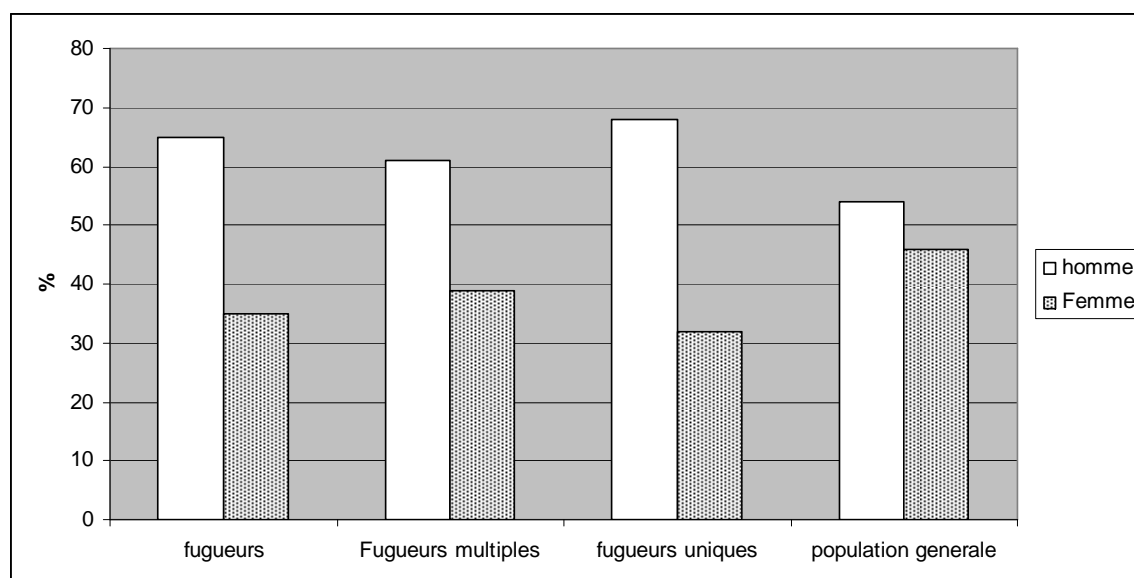
4. Etude complémentaire des caractéristiques de la fugue et des fugueurs

Nous avons retrouvé 149 dossiers faisant état d'une fugue unique en 2011. Seuls 99 d'entre eux ont été retrouvés, 50 n'étant pas disponibles, incomplets ou pour lesquels la fugue signalée correspond à des patients en sortie d'essai ne s'étant pas présentés à deux rendez-vous successifs. Sur les 99 dossiers, seuls 81 dossiers ont permis de recueillir l'ensemble des informations souhaitées.

a) Comparaison de l'échantillon de fugueurs uniques à la population générale de fugueurs

- sexe

La répartition par sexe est identique avec une surreprésentation significative d'hommes dans toutes les populations de fugueurs. Il n'existe pas de différence statistiquement significative du ratio hommes / femmes entre les groupes fugueurs, fugueurs uniques et fugueurs multiples.



	Homme	Femme
Fugueurs	160	86
%	65	35
Fugueurs multiples	59	38
%	61	39
Fugueurs uniques	101	48
%	68	32
Pop generale	966	834
%	54	46

- Age

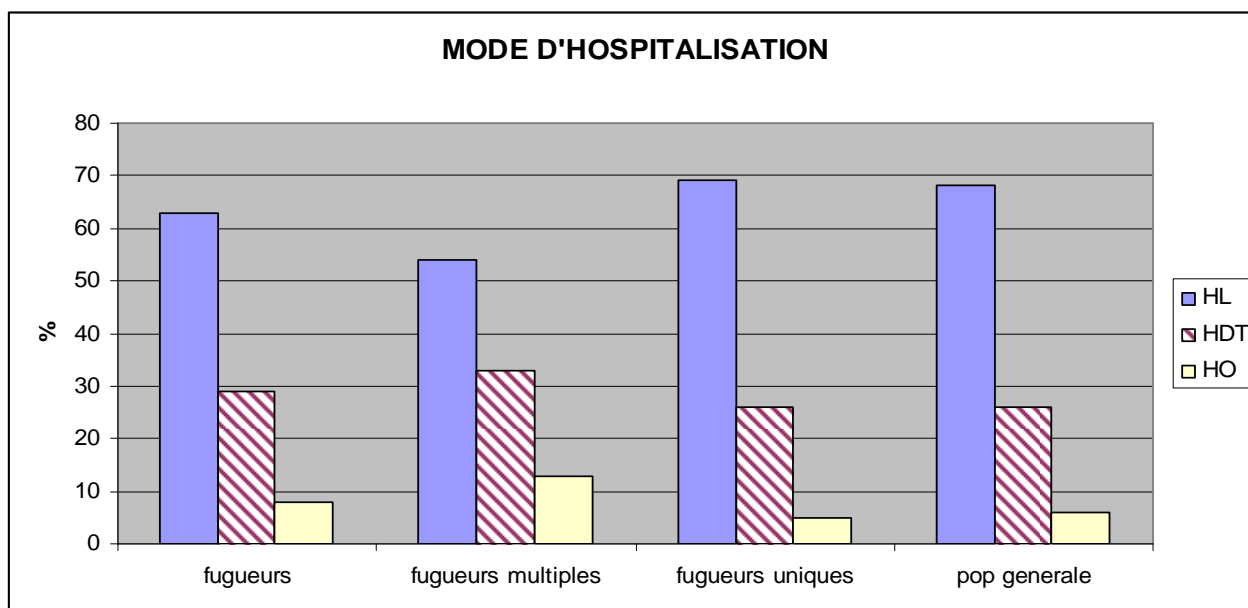
La moyenne d'âge est elle aussi comparable avec des fugueurs significativement plus jeunes que la population générale quel que soit le sous-groupe. La différence de la moyenne d'âge entre les deux groupes de fugueurs n'est pas significative.

	fugueurs	Fugueurs uniques	Pop gale 2011
Moyenne d'âge	39,7	41,8	45,2

- Mode d'hospitalisation

La répartition des modes d'hospitalisation est elle aussi similaire. Il n'existe pas de différence significative de répartition des modes d'hospitalisation entre les groupes population générale, fugueurs et fugueurs uniques. La différence de répartition est statistiquement significative entre le sous-groupe fugueurs multiples et les autres groupes avec une surreprésentation de patients sous contrainte.

	HL	HDT	HO	TOTAL
Fugueurs	165	76	22	263
%	63	29	8	100
Fugueurs multiples	62	37	15	114
%	54	33	13	100
Fugueurs uniques	103	39	7	149
%	69	26	5	100
Pop gale	1456	549	127	2132
%	68	26	6	100

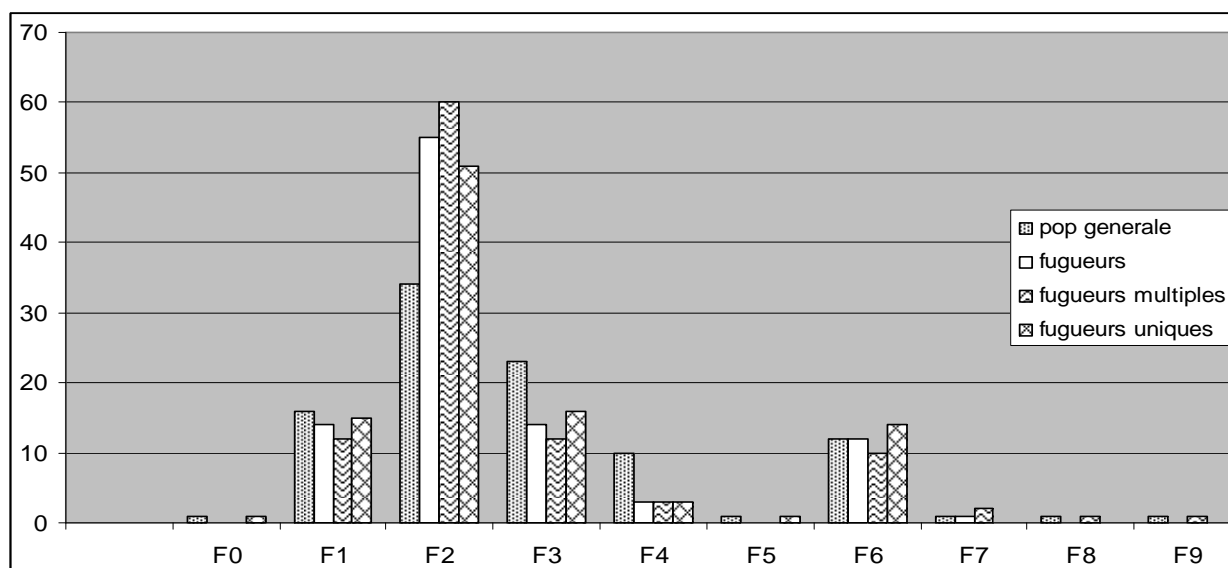


- Diagnostic

La répartition des diagnostics selon les groupes de fugueurs est elle aussi similaire, sans différence statistiquement significative.

Une surreprésentation de diagnostics de psychoses F2 et une sous-représentation de troubles bipolaires F3 pour tous les groupes de fugueurs par rapport à la population générale est retrouvée de façon statistiquement significative.

Diag	patients	%	fugueurs	%	fugueurs multiples	%	fugueurs uniques	%
F0	28	1	1	0	0	0	1	1
F1	274	16	32	14	12	12	20	15
F2	579	34	127	55	60	60	67	51
F3	387	23	33	14	12	12	21	16
F4	180	10	7	3	3	3	4	3
F5	16	1	0	0	0	0	1	1
F6	204	12	28	12	10	10	18	14
F7	23	1	2	1	2	2	0	0
F8	18	1	1	0	1	1	0	0
F9	11	1	1	0	1	1	0	0
Tot	1720	100	232	100	101	100	132	100

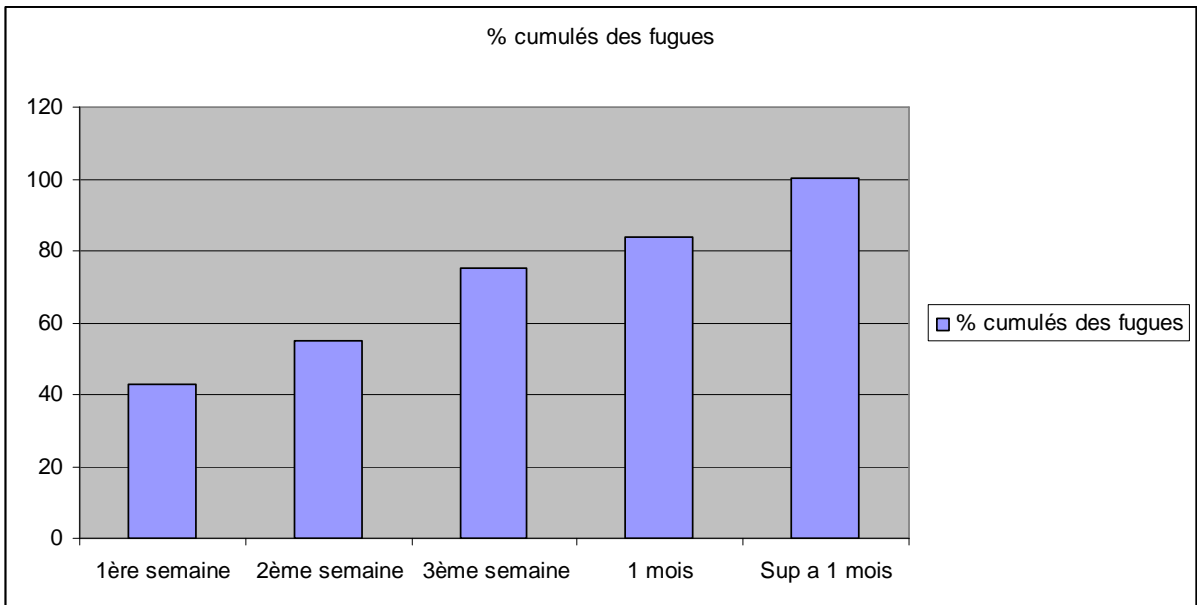
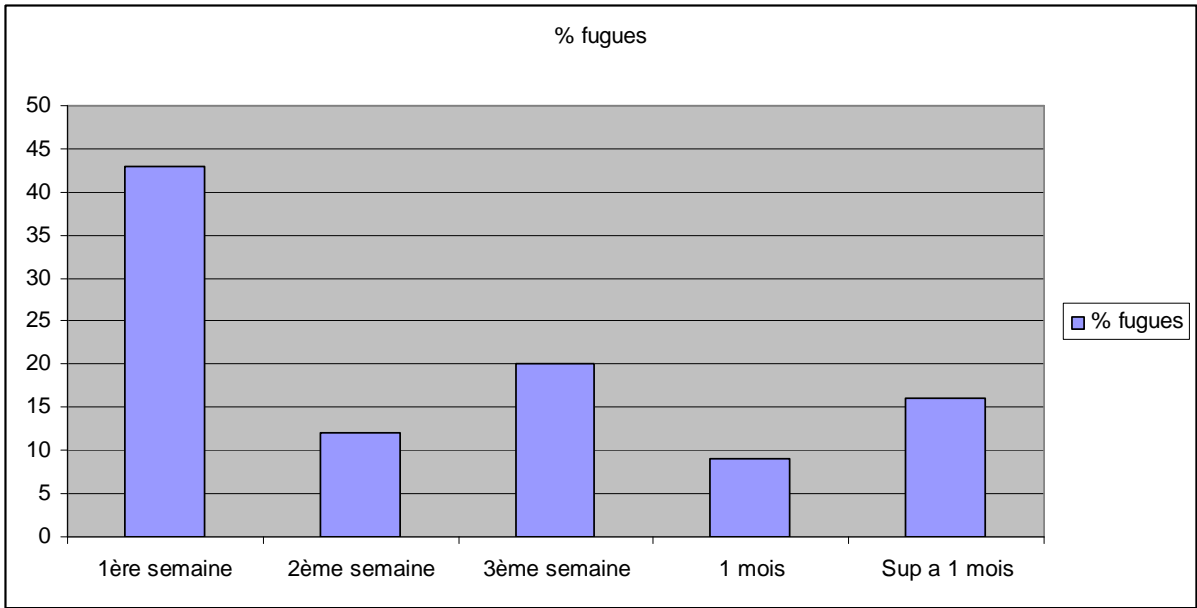


b) Caractéristique de la fugue

- Délai entre l'admission et la fugue

Il semble, sur l'ensemble des dossiers analysés, que la fugue survienne majoritairement dans les premiers jours d'hospitalisation avec 30% des SSA dans les 3 premiers jours, 50% dans les 12 jours et environ 85% dans le premier mois suivant l'admission.

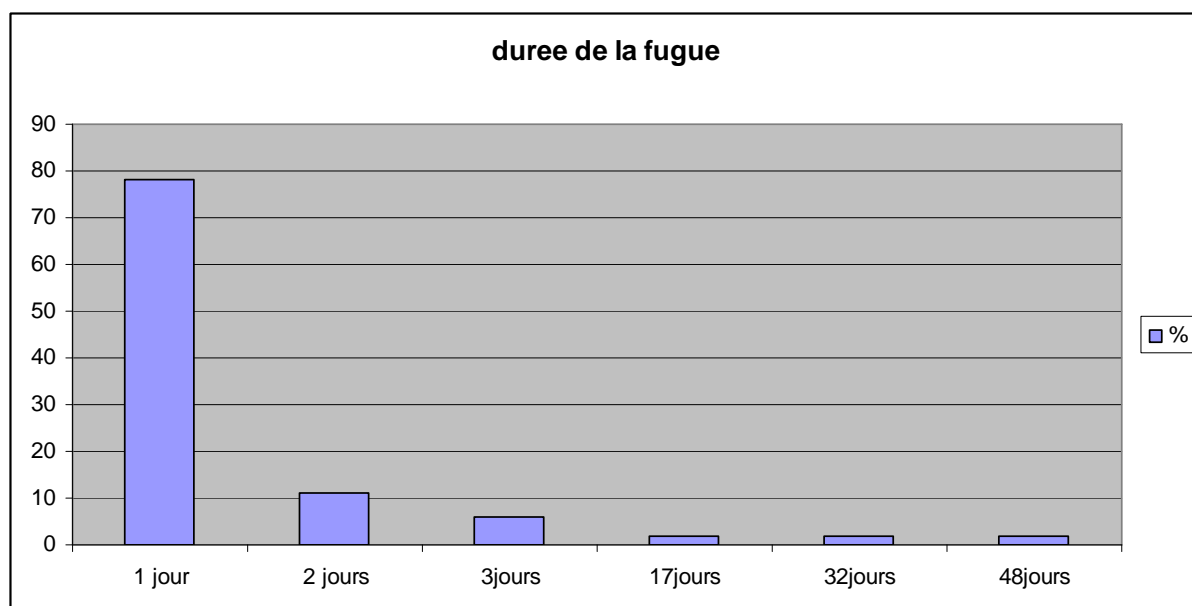
	fugues	%	cumul	% cumulé
1 ^{ère} semaine	35	43	35	43
2 ^{ème} semaine	10	12	45	55
3 ^{ème} semaine	16	20	61	75
1 mois	7	9	68	84
Sup a 1 mois	13	16	81	100



- durée de la fugue

78% des épisodes de SSA durent moins de 24 heures et environ 90% durent moins de 48 heures avec de rares épisodes d'une durée supérieure à 3 jours. Pour 38 des dossiers de fugueurs la durée de la fugue n'est pas retrouvée.

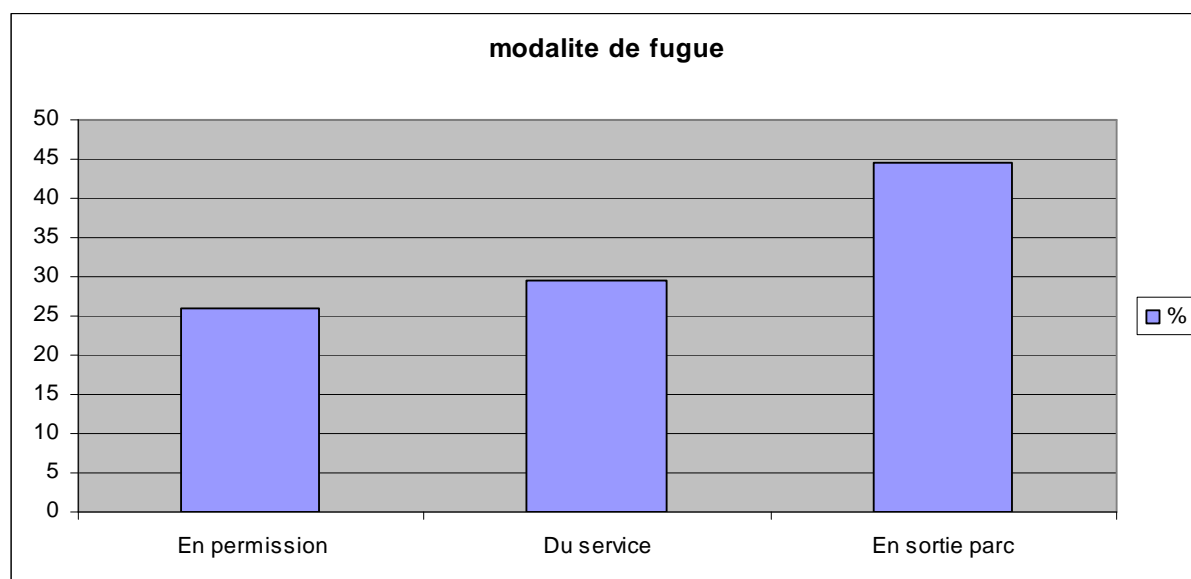
Durée fugue en jours	nombre	%	%cumulés
1	42	78%	78%
2	6	11%	89%
3	3	6%	94%
17	1	2%	96%
32	1	2%	98%
48	1	2%	100%
Total	54	100%	



- Modalités de la fugue

Il semble que la majorité des patients fuguent de l'hôpital pour environ 74% des fugues uniques en 2011 soit directement du service soit lors de sortie dans le parc du CHU.

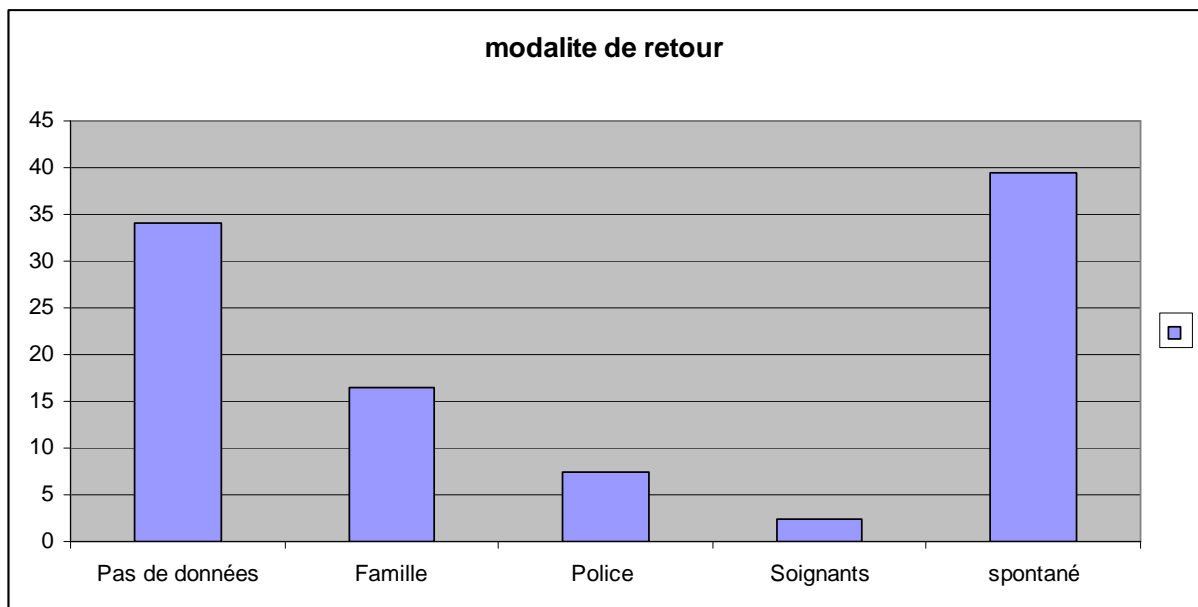
MODALITE DE FUGUE	Nombre	%
En permission	21	26
Du service	24	29,5
En sortie parc	36	44,5
Total	81	100



- modalité de retour de fugue :

Pour 27% le mode de retour n'est pas retrouvé dans le dossier, 33% réintègrent l'unité d'hospitalisation spontanément, et environ 21% est ramené par un tiers (famille, police, soignants).

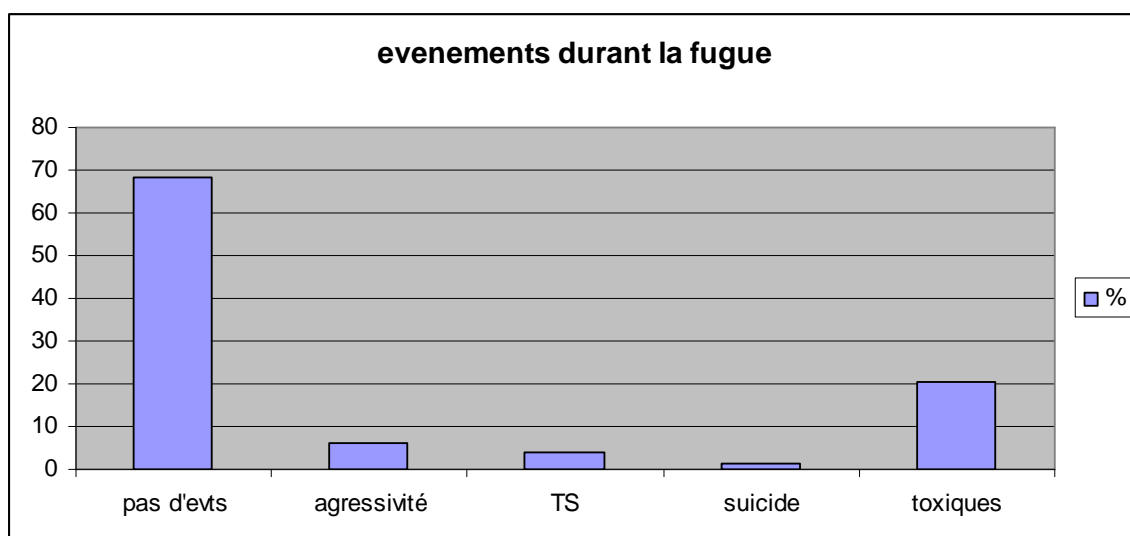
MODALITE DE RETOUR		%
Pas de données	29	34
Famille	13	16,5
Police	6	7,5
Soignants	2	2,5
Spontané	31	39,5
Total	81	100



- Événements durant la fugue :

Dans la majorité des dossiers il n'est retrouvé mention d'aucun événement particulier durant la fugue. On retrouve environ 20,3% de patients fugueurs consommant des toxiques durant la fugue. On ne retrouve que 5% de gestes auto agressifs (dont deux avec décès) et également 5 épisodes d'heteroagressivité durant la fugue soit 11% de fugueurs ayant présenté un épisode d'auto ou d'heteroagressivité.

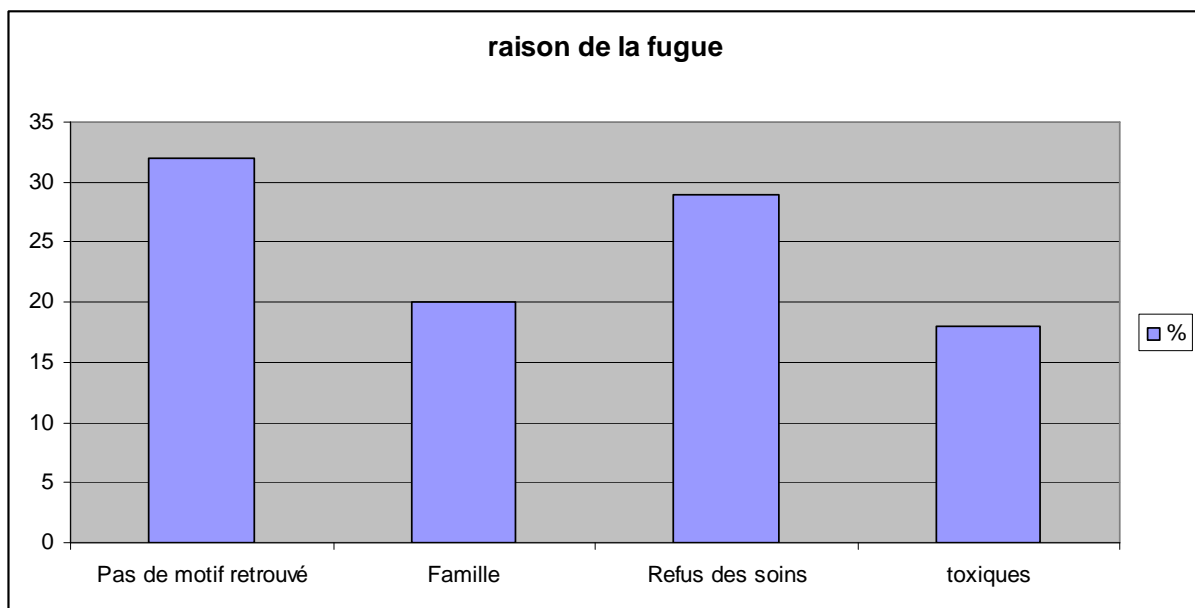
Événement durant la fugue	n	%
Pas d'évènements	56	69
Agressivité	5	6
TS	3	4
Suicide	1	1
Toxiques	16	20
Total	81	100



- Raisons retrouvées :

Dans 32% des dossiers aucune raison à la fugue n'est retrouvée explicitement. Dans 20% des cas il semble que ce sont des raisons familiales qui poussent certains patients à interrompre leurs soins. Dans 30% des cas c'est le refus de soins qui est retrouvé, ce dernier comprenant la non adhésion au projet proposé ou au traitement. Dans un peu moins de 20% des cas c'est le besoin ou la consommation de toxiques qui est retrouvé comme explication de la fugue par le patient lui-même ou par l'équipe.

RAISONS RETROUVEES	N	%
Pas de motif retrouvé	14	32
Famille	20	20
Refus des soins	29	29
Toxiques	18	18
Total	81	100

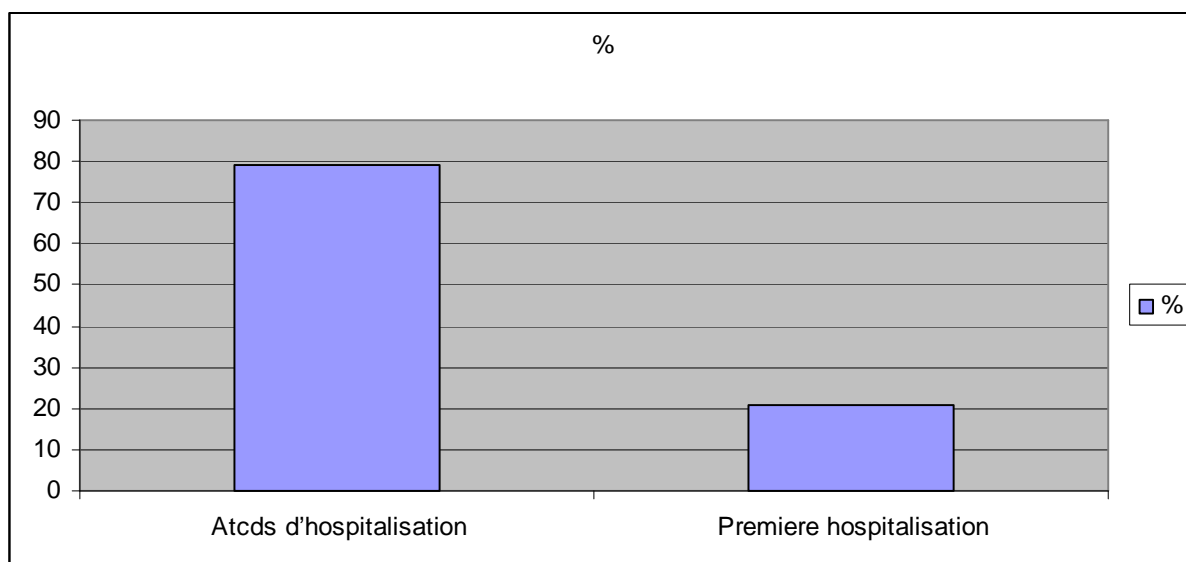


c) Caractéristiques des fugueurs

- Antécédents d'hospitalisation :

On retrouve chez les fugueurs uniques des antécédents d'hospitalisation pour environ 80% des patients.

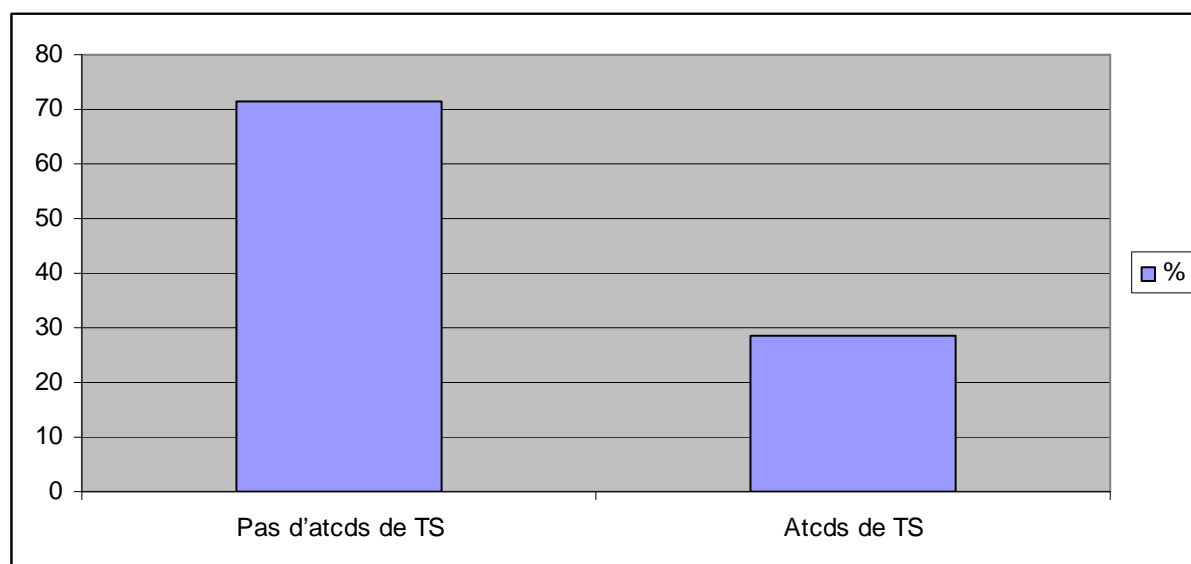
		%
Atcds d'hospitalisation	64	79
Première hospitalisation	17	21



- Antécédents de tentative de suicide :

Près de 30% des fugueurs uniques ont des antécédents de tentative de suicide.

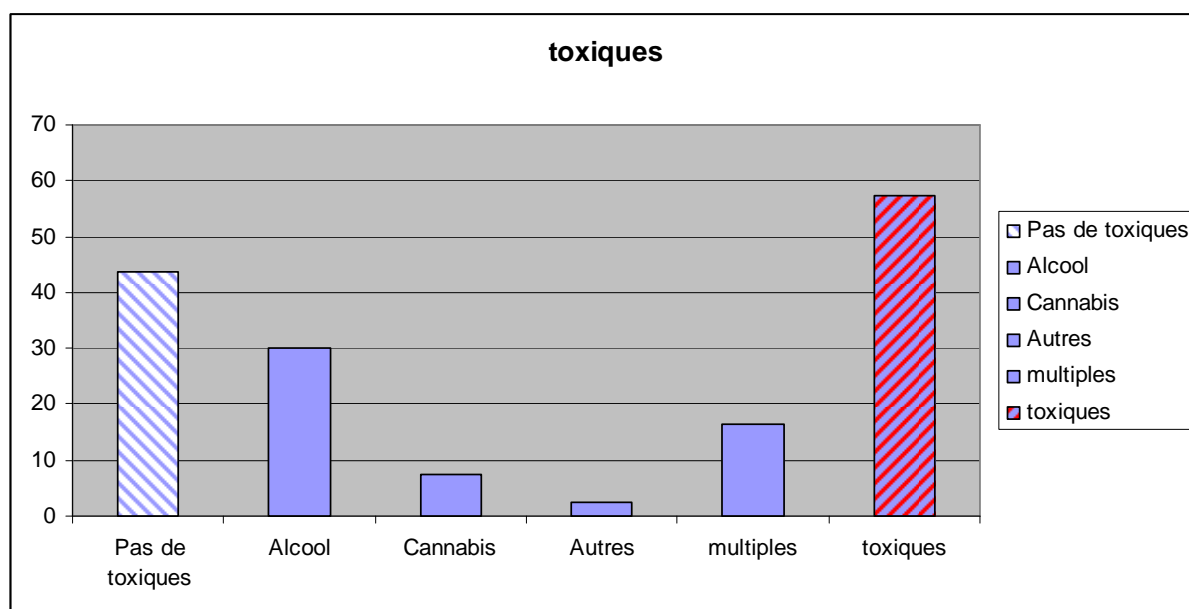
		%
Pas d'antécédents de TS	58	71,3
Antécédents de TS	23	28,7



- Consommation de toxiques :

On retrouve dans les dossiers un abus de substance pour plus de 56% des fugueurs avec principalement l'alcool et le cannabis pour presque 40% des dossiers de fugueurs uniques.

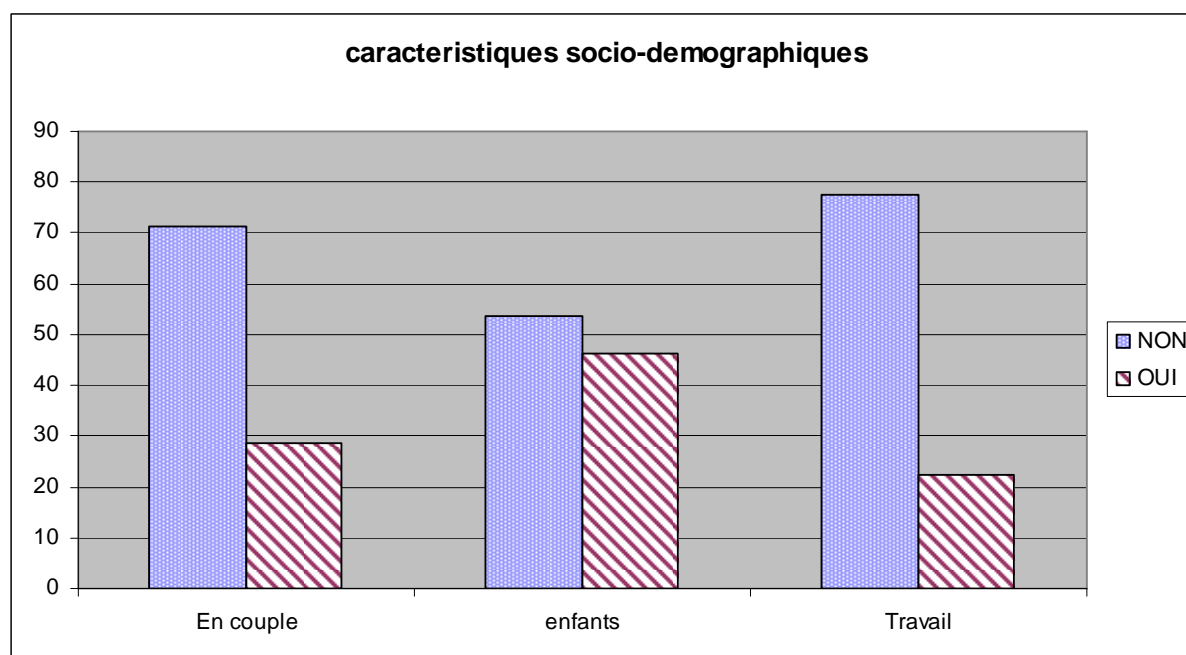
	N	%
Pas de toxiques	36	43.8
Toxiques	45	57.2
Alcool	24	30
Cannabis	6	7.5
Autres	2	2.5
Multiples	13	16.3



- Caractéristiques sociodémographiques et visites :

On retrouve dans la population de fugueurs uniques étudiée une majorité de chômeurs (80%), de célibataires (70%), sans enfants (54%) et qui n'ont pas eu de visites (60%) à l'hôpital avant de fuguer.

	En couple		Enfants		Travail	
	%	n	%	N	%	n
NON	71,2	58	53,8	44	77,5	63
OUI	28,8	23	46,2	37	22,5	18
Total	100	81	100	81	100	81

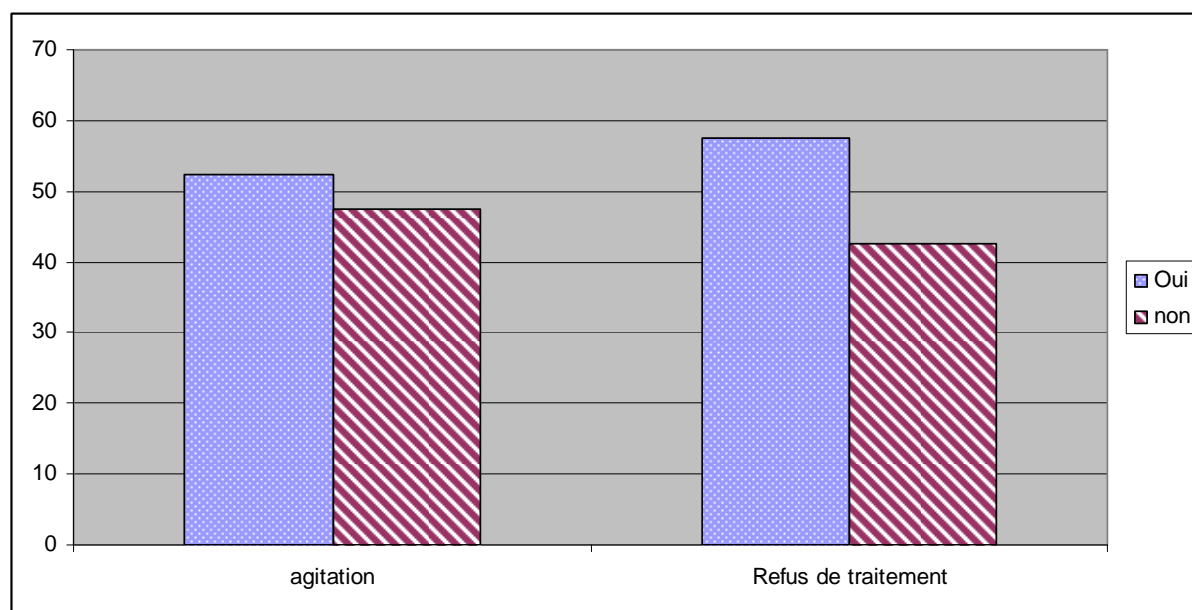


d) Evènements dans les 7 jours précédant la fugue

- Episode d'agitation/ refus de traitement :

On retrouve un épisode d'agitation ou de refus de traitement pour au moins 50% des fugueurs uniques en 2011 dans la semaine précédant la fugue.

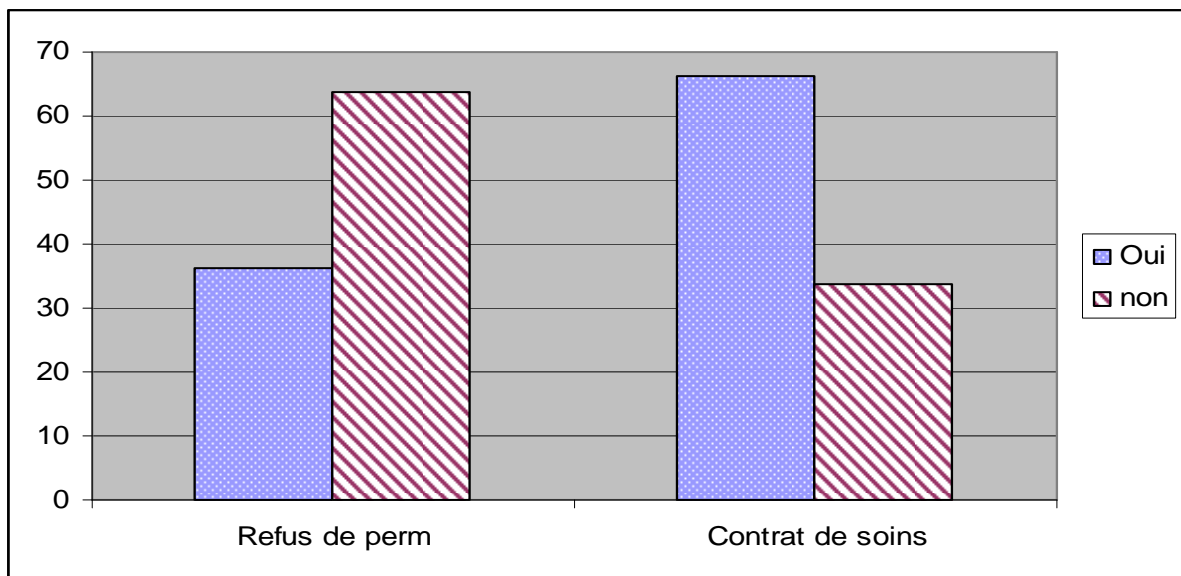
	Agitation		Refus de traitement	
	%	n	%	N
Oui	52,5	43	57,5	47
Non	47,5	38	42,5	34
Total	100	81	100	81



- Contrat de soins/refus de permission :

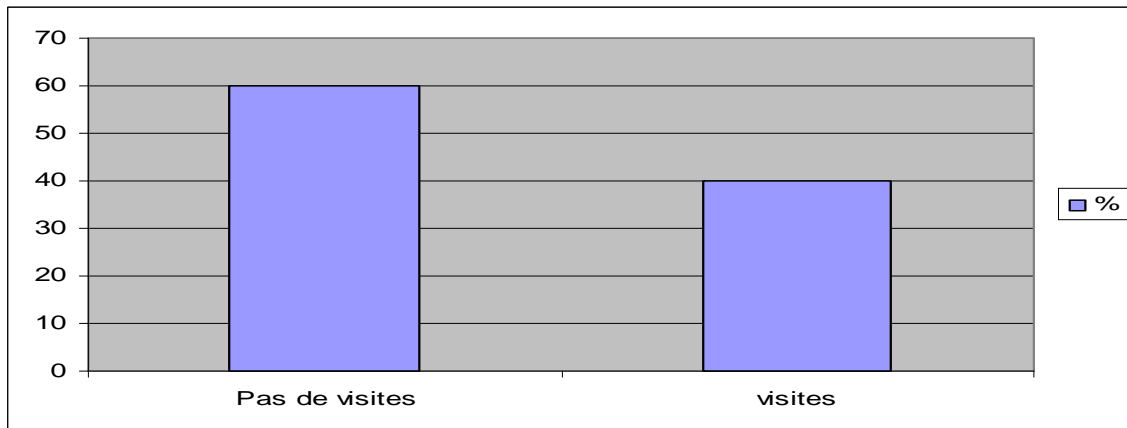
Plus de 60% des fugueurs avaient un contrat de soins restrictif au moment de la fugue et plus d'un tiers ont eu un refus de permission dans la semaine précédant la fugue.

	Refus de permission		Contrat de soins	
	n	%	n	%
Oui	29	36.3	54	66.3
Non	52	63.8	27	33.7
Total	81	100	81	100



- Visites dans la semaine précédant la fugue :

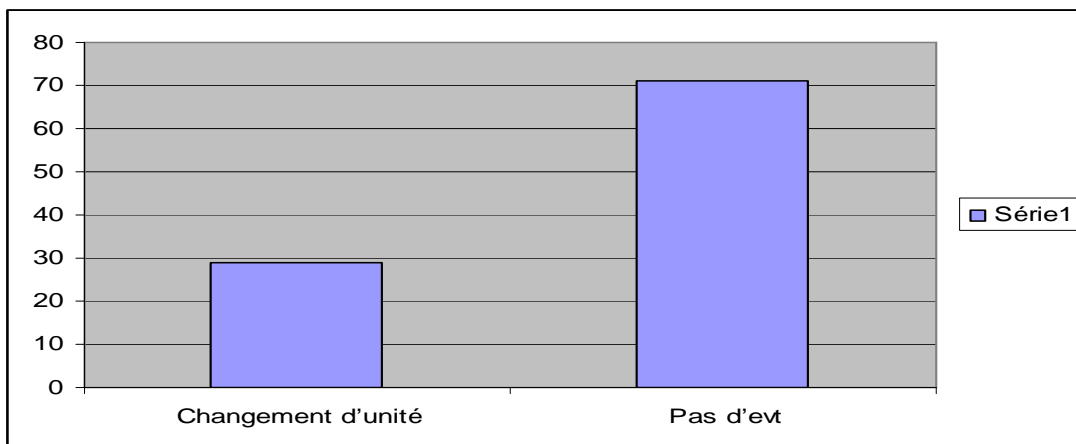
	N	%
Pas de visites	49	60
Visites	32	40



- Changement d'unité :

Presque un tiers des patients ont été transféré d'unité durant l'épisode avant de fuguer.

	N	%
Changement d'unité	23	28.8
Pas d'événement	58	71.2



e) Recherche de corrélations statistiques

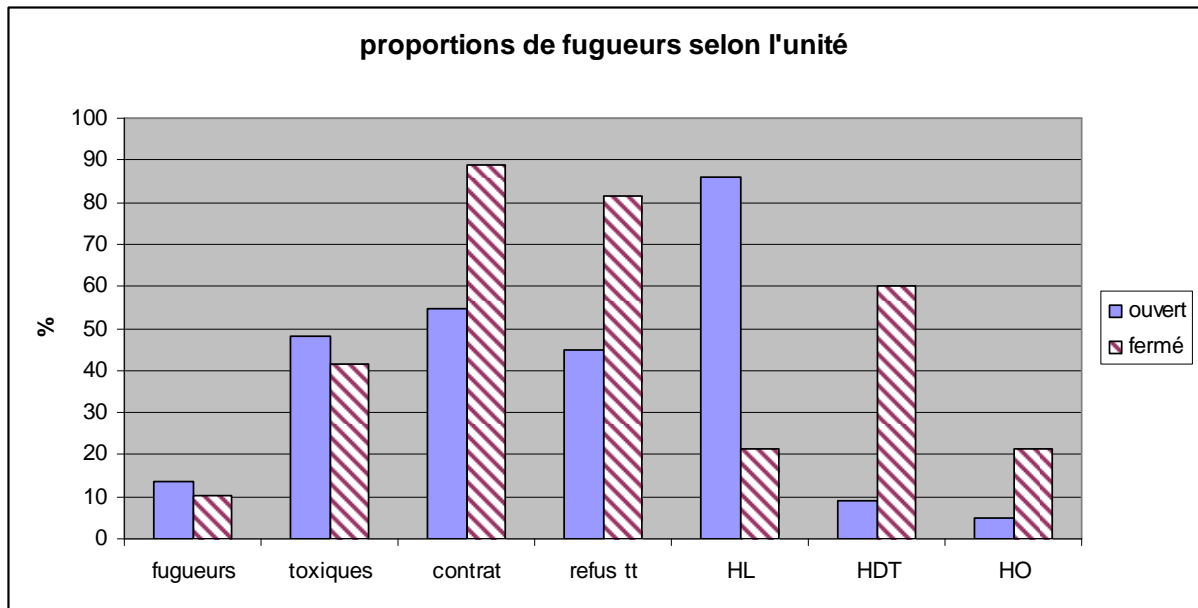
- Selon l'unité

On retrouve 13,6% de fugeurs en unité ouverte et 10% en unité fermée sur l'année 2011 soit une différence significative ($p < 0,05$).

De la même manière, on retrouve de façon significative une répartition des modes d'hospitalisation différente avec plus de fugeurs hospitalisés sous contrainte, plus de contrats de soins restrictifs et de refus de traitement dans la semaine précédant la fugue en unité fermée.

Le **décal** entre l'admission et la fugue est significativement **plus long** en unité fermée ($p < 0,001$). La **durée de la fugue** est significativement **plus longue** pour les patients d'unités fermées ($p = 0,0032$). Les patients fugeurs d'unités fermées réintègrent plus souvent l'hôpital avec la police que les patients d'unités ouvertes ($p < 0,001$).

On ne retrouve pas de différence significative pour la répartition des diagnostics ainsi que pour les caractéristiques socio démographiques (enfants, statut marital). Il n'y a pas non plus de différence significative pour les modalités de fugue, de retour et d'événements durant la fugue sur l'échantillon de fugeurs uniques. La consommation de toxiques comme la répartition entre les différents toxiques n'est pas statistiquement différente entre unité ouverte et fermée. On ne retrouve pas de différence de visites dans la semaine précédant la fugue selon l'unité.



- Evènements durant la fugue

Seuls les **antécédents de toxiques** sont corrélés de façon significative à une **consommation de toxiques** durant la fugue, particulièrement pour les antécédents **d'éthylisme chronique**. **L'absence d'antécédents de toxiques est corrélée à l'absence d'événements durant la fugue** ($p < 0,001$).

Les évènements durant la semaine précédant la fugue ne sont pas significativement corrélés à la survenue d'évènements durant la fugue (pour l'agitation, le refus de traitement, le refus de permission, le changement d'unité et les visites). Il en est de même pour les antécédents d'hospitalisation, de tentative de suicide et de contrat de soins restrictif. Le mode légal n'est pas non plus corrélé de façon significative à la survenue d'évènements durant la fugue.

- Les diagnostics

Il n'est pas retrouvé de corrélation significative entre le diagnostic principal et les modalités de fugue, de retour et la durée de la fugue.

Seul un diagnostic de **trouble de l'humeur (F3) serait corrélé (tendance non significative) à l'absence d'événements durant la fugue**. On retrouve aussi plus d'événements à type d'**autoagressivité chez les patients avec un diagnostic de trouble névrotique (F4)** ($p \text{ inf à } 0,001$) et plus de consommation de toxiques durant la fugue pour les patients avec un diagnostic de trouble mental lié à la consommation de substances psycho-actives (F1) ($p \text{ inf à } 0,001$).

- La durée de la fugue et les modalités de retour

La durée de la fugue est significativement corrélée au mode légal d'hospitalisation.

La durée de la fugue **est en moyenne inférieur à 1 jour pour les fugueurs en HL et en HO** et de **5 jours pour les patients en HDT** ($p=0,0018$).

La fugue est également **plus longue en cas de refus de traitement dans la semaine précédant la fugue** ($p=0,048$) et pour les patients hospitalisés **en unité fermée** ($p=0,0032$) Les patients pour lesquels la raison retrouvée de la fugue est **le refus des soins ou les toxiques** ont une durée de fugue plus importante ($p=0,001$). Les patients ramenés par **la police ont une durée de fugue significativement plus longue** ($p \text{ inf à } 0,05$) et la réintégration par la Police est corrélée à la survenue dans la semaine précédant la fugue d'agitation ($p \text{ inf à } 0,05$).

La durée de la fugue et les modalités de retour ne sont pas significativement corrélés aux caractéristiques sociodémographiques (enfants, statut marital, travail).

- Le délai entre l'admission et la fugue

On retrouve un délai entre l'admission et la fugue plus important pour **les patients sous contrainte** ($p=0,0018$) et pour ceux **ayant un contrat de soins restrictif** ($p=0,0075$). On retrouve un délai plus important avec la survenue durant la semaine précédant la fugue **d'agitation** ($p=0,006$) et **de refus de traitement** (p inf à $0,001$). **Avoir eu des visites** serait également corrélé à un délai avant la fugue plus important ($p=0,015$).

En résumé les résultats statistiquement valides montrent qu'au CHU de Nantes en 2011 les patients d'unités ouvertes ont fugué plus souvent, plus rapidement et avec un retour plus précoce que les patients d'unités fermées. Les patients en HDT ou SDT, qui consomment des toxiques ou qui refusent les soins fuguent plus longtemps que les autres. Les patients en hospitalisation libre et sans contrat de soins restrictif ont fugué plus rapidement que les autres. Enfin les patients n'ayant pas de problématique addictive ont présenté moins d'événements indésirables durant leurs fugues.

IV. DISCUSSION

A. Taux de fugueurs

Avec un taux de fugue de 13,5% sur l'année 2011, le CHU de Nantes se retrouve légèrement en deçà des chiffres retrouvés dans la littérature. En effet, selon les études et les auteurs, sont signalés entre 14 et 35% de patients fugueurs sur un an (Stewart et Bowers 2010). Il est difficile de tirer des conclusions sur ce qui peut sembler être une différence tant les méthodes de recueil de données, les procédures d'intervention et même la définition en elle-même de la fugue peuvent varier (L. Bowers et al. 1999; Nicholson, Norwood et al. 1991; Marti 2004; Andoh 1994; Stewart et Bowers 2011). Nous avons d'ailleurs, lors de la réalisation de ce travail, rencontrés les mêmes difficultés à obtenir des données homogènes d'un service et d'une équipe à l'autre. Ce taux de fugue reste cependant cohérent avec l'ensemble des données retrouvées dans la littérature anglo-saxonne et montre sans doute un signalement plus exhaustif des fugues que lors de la seule autre étude française qui à notre connaissance s'est intéressée aux fugues. Marti en 2004 retrouvait en effet 10% de fugues sur un an (Marti 2004).

Pour les hospitalisations sous contrainte, il a été signalé respectivement 14 et 17% de fugues pour les patients en HDT et HO, soit des taux supérieurs à la moyenne nationale 12% selon le rapport de l'IGAS en 2011(IGAS 2011). L'IGAS mettait en avant de probables biais de signalement comme explication de ce chiffre plutôt bas par rapport aux données Anglo-Saxonnes. On peut questionner le fait que le parc de l'hôpital St Jacques ne soit pas fermé et situé en milieu urbain, à proximité des transports en commun ce qui peut faciliter certaines fugues et donc expliquer en partie ce chiffre plus élevé. Il est possible aussi que les signalements soient faits de manière plus exhaustive, du fait d'une implication des cadres, comme nous l'avons retrouvé lors du recueil de leur opinion.

Par ailleurs, lors de la réalisation de l'étude nous avons pu mettre en évidence des cas de « sur signalement ». En effet, certains patients en programme de soins ambulatoires sous contrainte étaient signalés comme fugueurs après deux consultations manquées, et étaient donc comptabilisés comme fugueurs, ce qui augmentait artificiellement les taux de fugue. L'ensemble de ces éléments explique sans doute que les chiffres soient relativement élevés mais cohérents avec la littérature.

De la même façon, le ratio de fugues par fugueur sur l'année 2011 au CHU de Nantes est dans la fourchette haute de la littérature avec 1,95 fugues par fugueur pour des taux allant de 1,06 à 2,85 (Stewart et Bowers 2011). Si l'on se réfère aux fugueurs « récidivants » le taux est encore plus important avec 3,4 fugues dans l'année. La proportion de 40% des patients fugueurs récidivant dans l'année au CHU est conforme à la littérature qui montre un taux moyen de récurrence autour de 30% dans une fourchette importante allant de 9 à 69% (Stewart et Bowers 2011).

B. Caractéristiques des fugueurs

Le profil de fugueur retrouvé au CHU de Nantes est similaire à celui de la littérature internationale comme française. Il s'agit d'un homme jeune, mal inséré professionnellement, isolé, avec un diagnostic de trouble psychotique. On retrouve des antécédents d'hospitalisation en psychiatrie pour près de 80% d'entre eux, ainsi qu'un fort taux d'antécédents de tentative de suicide (28%).

Contrairement aux données de la littérature, il n'est pas trouvé de différence significative en terme de pathologie addictive chez les fugueurs, si l'on se réfère aux diagnostics secondaires renseignés sur informatique. Cette absence de différence, si elle s'oppose à certaines études, est par contre en cohérence avec l'étude de Marti qui n'avait également pas mis en évidence de surreprésentation des addictions chez les fugueurs.

Cependant, dans le groupe des fugueurs uniques, la recherche sur dossier retrouvait une problématique addictive chez plus de 57% des fugueurs, soit une proportion nettement plus importante. De la même manière, près de 20% des fugueurs ont consommé des toxiques durant leur fugue et la même proportion avance comme raison de la fugue la prise de toxiques, ce qui conforte le rôle des toxiques dans les fugues. Il est vraisemblable que cette différence est liée à une absence de codage systématique des problématiques addictives par les médecins, ceux-ci se contentant souvent du codage du diagnostic principal.

La proportion des différents modes d'hospitalisation entre fugueurs et non fugueurs au CHU de Nantes ne présente pas de différence significative. Cette absence de différence va à l'encontre de certaines données de la littérature qui montre une plus grande proportion de patients hospitalisés sous contrainte parmi les fugueurs, ce que les auteurs mettent en lien avec une plus grande vigilance et une signalisation plus rigoureuse des patients fugueurs sous contrainte. Contrairement à certains établissements, le CHU de Nantes signale sans doute de manière plus exhaustive les fugues, y compris celles de patients en HL. Une autre hypothèse peut sans doute être l'utilisation du système informatique CHU de Nantes en 2011 alors que la littérature comprend des articles plus anciens pour lesquels la standardisation informatique des procédures de signalement n'était pas effective.

C. Caractéristiques des fugues et facteurs précipitants

Au CHU de Nantes, la fugue a lieu dans les premiers jours d'hospitalisation (un tiers dans les 3 premiers jours et plus de 75% dans les trois premières semaines), conformément aux données de la littérature. La fugue est brève, moins de 24 heures dans 78% des cas et moins de 2 jours pour 90% des fugues. Une fois encore, la durée moyenne des fugues correspond à ce que l'on pouvait attendre devant les données de la littérature existantes.

Il a été plus difficile de retrouver les circonstances et modalités de la fugue. Cette donnée n'était disponible que pour 80% des fugeurs uniques. Seul un quart d'entre eux a fugué directement du service ; la majorité était en sortie dans le parc ou en permission.

Ces résultats mettent en évidence que, pour une majorité de fugeurs, l'évaluation du risque et de l'état clinique ont permis à l'équipe de soins et au psychiatre référent d'autoriser les sorties ou les permissions, mésestimant à priori le risque de fugue. Ce chiffre est en cohérence complète avec plusieurs études qui montrent que la majorité des fugues de services fermés ont lieu durant une sortie de l'unité non accompagnée (Meehan 1999) (L Bowers, Jarrett, et al. 1999).

Nous n'avons pas pu mettre en lien les patients ayant eu une fermeture du contrat de soins et les fugues ayant eu lieu dans le parc. Il est probable cependant qu'un certain nombre des patients ayant eu un contrat de soins restrictif et un refus de permission dans la semaine précédente, ont fugué lors de sorties ou de permission ce qui sous-entend nécessairement une ouverture du cadre dans cette intervalle. Cette ouverture, enjeu de l'alliance thérapeutique est-elle trop précoce ? Même s'il est évident que dans bon nombre de cas la fugue n'est pas prévisible et doit survenir de manière impulsive, la nécessité d'ouvrir le cadre à des patients fugeurs pour lesquels en 2011 peu d'unités fermées disposaient d'une « pièce fugeurs sécurisée » pour parvenir à établir une alliance thérapeutique a pu aboutir à des autorisations de sortie prématurées.

Ces fugues directement liées à la liberté d'aller et venir du patient et donc aux décisions des soignants ne semblent pas, malgré la proportion importante de fugeurs, être lourdes de conséquences médico-légales, on en retrouve en effet aucun événement particulier durant la fugue pour près de 70% d'entre elles.

Néanmoins les 11% d'épisodes d'auto ou d'hétéroagressivité survenus durant les fugues ne sont pas négligeables, même s'ils semblent loin de représenter le danger que les médias ont parfois pu dépeindre. Un patient est décédé par suicide, ce qui représente un peu plus de 1% de décès par suicide chez ces fugeurs. Les résultats de la littérature sont une fois encore très hétérogènes mais correspondent à nos résultats avec moins de 4 et 5% d'actes respectivement auto et hétéroagressifs.

Le principal incident (et le plus fréquent) durant les fugues est la consommation de toxiques avec un taux de 20% sur l'échantillon. L'importance des toxiques chez cette population de fugeurs est également soulignée par les 18% de fugues pour lesquelles le seul motif retrouvé est la consommation de toxiques. Il serait sans doute intéressant de réfléchir à une amélioration de la prise en charge des signes de sevrage durant les hospitalisations, en particulier sous contrainte. Les addictions sont en effet une comorbidité importante pour les patients en psychiatrie et semblent être un facteur précipitant des fugues avec des risques de reconsommation et de majoration des troubles psychiques et de la dangerosité. Cette population des fugeurs avec prise de toxiques semblent également associée à des fugues plus longues et plus de risques d'incidents durant la fugue.

Les autres raisons invoquées et retrouvées dans les dossiers sont le refus des soins dans 30 % des cas et des raisons familiales pour près de 20% des fugues. La difficulté d'acceptation des soins pour les patients ressort également dans la survenue, pour plus de la moitié d'entre eux, d'un refus du traitement ou d'un épisode d'agitation dans la semaine précédant la fugue. Le déni des troubles et la difficulté d'accepter les soins sont fréquents dans les cas de psychose, diagnostic principalement représenté chez les fugeurs.

L'association entre mauvaise alliance thérapeutique et fugue est assez logique. Il semble cependant nécessaire de prendre en compte avec une vigilance accrue les signes de refus des conditions des soins et de prendre des précautions supplémentaires pour expliquer le pourquoi de ces soins, en particulier chez les patients présentant les autres facteurs de risque de fugue.

Les soins sont d'autant plus compliqués à accepter pour ces patients qui dans les deux tiers des cas avaient un contrat de soins restrictif et pour plus d'un tiers ont subi un refus de permission dans les jours précédents la fugue. Ces restrictions de liberté, ainsi que le fait que plus de la moitié des fugeurs n'avaient pas eu de visite dans la semaine, pose la question du rôle que vient jouer dans la survenue des fugues, l'isolement par rapport au monde extérieur et à la famille, puisque que comme nous l'avons vu c'est un motif évoqué dans 20% des cas.

Le retour s'est effectué spontanément pour 40% des patients conformément aux résultats de la littérature. Nous n'avons pas la possibilité de voir si ce retour « spontané » est survenu après des sollicitations et contact avec l'équipe ou avec la famille. 16% sont accompagnés par l'un de leurs proches et seulement 10% est ramené par la police ou les soignants, ce qui paraît beaucoup plus rare que dans la littérature où l'on retrouvait l'intervention de la police dans 13 à 40% des fugues. Les chiffres sont bien entendus difficilement comparables du fait des grandes différences de procédure en fonction des lieux. Comme nous l'avons vu, si les services de police sont systématiquement sollicités dans les cas de fugues de patients hospitalisés sous contrainte, les choses sont beaucoup moins claires pour les patients venus librement à l'hôpital.

Enfin la mutation dans la semaine précédente pour un tiers des fugueurs est un critère intéressant qui semble favoriser une fugue dans les jours qui suivent. Nous n'avons malheureusement pas la possibilité de comparer cette donnée avec un groupe contrôle afin de distinguer l'effet propre de ce changement d'unité.

La méthodologie de notre étude ne nous permet pas non plus de faire la part des choses entre les mutations d'une unité fermée vers une unité ouverte (dans le cadre d'une ouverture du cadre thérapeutique) et les mutations d'un service à l'autre, (dans le cas d'un patient admis dans un autre service, faute de place dans son secteur d'origine). En l'absence de ces précisions, plusieurs hypothèses peuvent être formulées sur la signification de ce chiffre. La plus évidente pourrait être une ouverture de contrat trop rapide avec un transfert en unité ouverte précipitant la fugue. Mais on peut également considérer qu'un transfert représente un changement d'équipe dans un contexte d'alliance thérapeutique fragile et de difficulté à accepter les soins chez un patient en crise, ce qui vient rompre un lien de confiance et précipiter le départ.

D. Comparaison entre unité ouverte et fermée

Pour limiter les risques de fugue, il pourrait sembler logique de privilégier les unités fermées. Au-delà des questions que cela poserait en terme de respect des libertés individuelles, aucune étude n'a réussi à montrer l'efficacité de telle mesure. Nous avons essayé de comparer les fugues et les fugeurs en fonction du type de leur unité d'hospitalisation. Les biais des nombreux perdus de vue, l'absence de population contrôle et la taille limitée de l'échantillon, ont rendu difficile la mise en évidence de différences significatives.

Le profil du fugeur semble le même dans les deux types d'unités avec des caractéristiques sociodémographiques similaires, avec une majorité de célibataires ou de parents isolés et sans emploi. De la même façon la répartition des diagnostics et des consommations de toxiques ne montrent pas de différence significative selon le type d'unité. On retrouve de façon attendue un taux de fugue significativement supérieur en unité ouverte (13,6% contre 10% en unité fermée).

En revanche, en unité fermée, il existe une surreprésentation de patients fugeurs sous contrainte, en HDT comme en HO, et avec un contrat de soins restrictif. Ces patients refusent le traitement de façon beaucoup plus fréquente. Le délai entre l'entrée et la fugue semble également significativement plus long qu'en unité ouverte ce qui était attendu avec la proportion de contrats de soins restrictifs plus importants en unité fermée. Il semble également que la durée de la fugue soit plus longue pour les patients d'unités fermées. Ce résultat bien que significatif ne permet pas de conclure avec seulement 3 patients dont la fugue a duré plus de 3 jours (respectivement 17, 32 et 48 jours).

Il semblerait donc que les patients fugeurs présenteraient un profil socio démographique et des diagnostics similaires dans les deux types d'unités mais avec une intensité des troubles différente et avec des patients présentant un refus des soins plus fréquents et une conscience des troubles plus faible. Cependant la taille de l'échantillon et la qualité des résultats ne permettent pas de conclure sur l'absence de différence de profil des fugeurs entre unité ouverte et fermée.

E. Limites et perspectives

1. Biais et limites

Du fait de nombreuses difficultés rencontrées, les données recueillies sont très partielles. Il existe de nombreux biais qui limitent les analyses possibles. Ainsi, les données sont souvent incomplètes, mal signalées sur le logiciel de soins et variant d'une unité à l'autre. La littérature retrouvée met en évidence une grande difficulté à obtenir des résultats comparables en raison des procédures selon les hôpitaux et de la variabilité de la définition même de la « fugue » (L. Bowers et al. 1999; Nicholson, Norwood et al. 1991; Marti 2004; Andoh 1994; Stewart et Bowers 2011). Ces difficultés ont été similaires pour ce travail au CHU de Nantes, avec des procédures de signalement non standardisées, des pratiques professionnelles spécifiques et variables d'une unité à l'autre, ainsi qu' un signalement administratif et policier « équipe dépendant » pour les SSA de patients en hospitalisation libre.

Par exemple, certains services utilisent le signalement informatique des SSA pour des patients suivis en ambulatoire (en sortie d'essai ou avec la nouvelle loi du 5 juillet en programme de soins), après deux consultations manquées. Si ce choix a été effectué par les équipes de soins c'est nécessairement en raison d'un manque de flexibilité du logiciel. Ce dernier, commun à tous les services de soins du CHU, n'est pas conçu spécifiquement pour la psychiatrie ; du fait de la nouvelle loi et de l'augmentation du nombre de patients sous contrainte en programme de soins, il ne permet pas de distinguer fugueurs hospitalisés à temps plein avec sorties et permissions et patients en soins ambulatoires en rupture de suivi et de traitement.

L'informatisation des mouvements des patients hospitalisés sur le logiciel Clinicom permet néanmoins un recensement exhaustif des SSA. On obtient donc un outil de recueil des SSA très sensible mais peu spécifique

Cependant, la taille de l'échantillon de départ, comprenant toutes les hospitalisations en unité de psychiatrie adulte de secteur en 2011, a permis une comparaison avec les données de la littérature sans retrouver de grandes incohérences.

Il a également été difficile pour le service d'information médicale d'extraire du logiciel à des fins de recouplement les différentes données recueillies pour chaque patient. En effet les données sont classées en épisodes d'hospitalisations et non par patient, les différentes manipulations pour obtenir, par exemple, une répartition des diagnostics principaux selon le type de patients fugeurs ou non fugeurs posait le problème de diagnostics principaux non systématiquement identiques à chaque épisode.

De la même façon, si pour une fugue « unique » recensée en 2011 pour un patient, l'analyse des données était évidente, il n'en était pas de même avec les fugues multiples qui compliquaient l'analyse des résultats en fonction de l'existence d'un épisode unique ou de plusieurs épisodes, multipliant ainsi les variables à prendre en compte.

Devant la majorité très nette de travaux anglo-saxons dans la littérature disponible, on aurait pu craindre le manque de fiabilité de la comparaison entre nos données et celles de la littérature. Cependant, malgré les particularités des hospitalisations psychiatriques dans les pays Anglo-Saxons, il semble que nos résultats soient similaires. Ce qui est confirmé par les résultats obtenus également dans l'autre étude française disponible.

Les données disponibles dans le logiciel de soins sont limitées à des caractéristiques « administratives ». Pour déterminer les caractéristiques de la fugue comme du fugeur, nous avons donc recherché manuellement l'ensemble de ces données dans les dossiers médicaux archivés. Parmi les fugeurs deux sous-groupes sont retrouvés les fugues « uniques » et les fugues « répétées ».

Nous avons sélectionné le sous-groupe des fugeurs « uniques » afin de retrouver un maximum de données dans les dossiers.

Le second groupe constitué des patients fugueurs répétés ou l'on retrouve une surreprésentation de patients très institutionnalisés avec des programmes de soins très spécifiques et individualisés avec des hospitalisations séquentielles, des sorties d'essai et des dossiers volumineux dans lesquelles les informations concernant les SSA sont recensées de façon anarchiques et très variables selon les politiques de service et les évaluations des soignants, et comme vu précédemment en fonction des limites du logiciel de soins et de ses adaptations à la nouvelle loi et aux soins ambulatoires. De la même manière, les antécédents de fugue sont un facteur de risque de fugue en eux-mêmes. Il semble nécessaire de centrer des perspectives d'action sur le groupe des fugueurs uniques pour tenter d'éviter cette première fugue.

Nous avons pris le parti de considérer le sous-groupe de fugueurs uniques non pas comme un sous-groupe présentant des caractéristiques spécifiques mais comme échantillon de fugueurs représentatif. La comparaison avec l'ensemble des fugueurs du CHU de Nantes confirme ce postulat avec une répartition semblable des modes d'hospitalisation, de diagnostics, d'âge et de sexe et de consommation de toxiques. Il serait bien entendu souhaitable, dans une étude à venir de pouvoir rechercher les données sur l'ensemble des patients et sur un groupe contrôle pour pouvoir s'assurer de la significativité des résultats.

L'analyse des données sur les caractéristiques des fugues recueillies sur dossiers a été impactée par les erreurs de signalement et des dossiers incomplets avec près d'un cinquième de données manquantes. L'échantillon avec ses données complètes atteint 81 patients, pourtant la trop petite taille de certains sous-groupes n'a pas permis d'obtenir des résultats statistiquement significatifs selon des analyses multivariées notamment pour pouvoir comparer les caractéristiques des fugueurs d'unités ouvertes et fermées.

Nous avons pu montrer ici que les patients hospitalisés sous contrainte ne sont pas surreprésentés chez les fugueurs néanmoins la problématique des patients incarcérés nécessiterait peut être des travaux plus spécifiques. Il serait intéressant de pouvoir distinguer dans les 17% de patients fugueurs en hospitalisation d'office s'il existe un profil différent pour les patients détenus avec une « intentionnalité de fugue » particulière, des facteurs précipitants spécifiques et des modalités de fugue et de retour particuliers. De la même manière, dans l'imaginaire collectif (y compris celui des soignants), les conséquences éventuelles pour un patient détenu sont beaucoup plus dramatiques, en terme d'agressions éventuelles mais aussi de responsabilité.

Avec 17% des patients en hospitalisation d'office qui ont fugué au moins une fois en 2011, cela ne peut qu'avoir un impact sur l'équilibre fragile entre soins et sécurité. Nous n'avons malheureusement pas pu faire le distinguo entre les HO « classiques » et les patients détenus et confirmer ou infirmer ces prémonitions collectives. De la même manière, ces patients difficiles cristallisent bien souvent les craintes des soignants comme des responsables administratifs et suscitent une ambiance parfois peu compatible avec la mise en place de soins adaptés. En effet, ils mobilisent de nombreux soignants, et font l'objet d'une vigilance particulière avec presque systématiquement un séjour en chambre de soins intensifs. Connaître des critères de risque de fugue permettrait peut-être d'anticiper et d'appréhender les soins de façon plus sereine.

2. Réflexions et perspectives

Cette étude descriptive dresse un état des lieux de la problématique des fugues au CHU de Nantes. Loin de permettre de mettre en place des axes d'intervention, nos résultats ne font qu'ouvrir les perspectives de recherche sur ce sujet.

Problématique fréquente avec près de 500 fugues par an sur le CHU de Nantes en 2011 soit 16% des hospitalisations, les fugues sont l'un des paramètres des hospitalisations que l'on ne peut ignorer. Le rapport de l'IGAS de 2011 fait le même constat de fugues nombreuses des services de psychiatrie adulte. Le projet de procédure de signalement standardisé au CHU est le reflet de cette préoccupation. Les conséquences des fugues peuvent être nombreuses tant du point de vue de la préoccupation constante des équipes de soins, de l'organisation des soins et des conséquences médico-légales qu'elles entraînent.

Nous rappellerons encore une fois ici que les chiffres importants des SSA au CHU nécessitent de considérer la très grande sensibilité de la procédure de déclaration des mouvements et le « sur signalement » dans certains services, probablement encore aggravé avec l'apparition de la nouvelle loi du 5 juillet 2011 et les programmes de soins.

Au niveau administratif comme au niveau des soignants, ces préoccupations semblent être source de difficultés et de modification de la façon dont le soin est pensé avec des demandes comme la mise en CSI systématique pour les patients incarcérés, le doublement des portes, la mobilisation d'effectifs pour la surveillance au détriment du soin, « l'hyper-signalement » de disparitions inquiétantes en raison des craintes de responsabilité, la suppression des activités de groupe en dehors de l'unité pour les patients sous contrainte. Il semble donc nécessaire de reposer la question des fugues pour la dégager des techniques de limitation des risques mais en se posant la question de la raison de ces départs précipités de l'hôpital qui mettent en difficulté le patient en premier lieu.

Du point de vue de la responsabilité, il ne semble pas qu'il y ait de procédure pénale, administrative ou civile en cours à l'encontre d'un soignant ou du CHU concernant une fugue du CHU en 2011. Il paraît néanmoins nécessaire de prendre en compte le contexte judiciaire et la jurisprudence ainsi que les notions de responsabilité administrative et pénale, ce qui renvoie nécessairement au concept du libre arbitre et de l'abolition partielle ou totale du jugement d'un patient du fait de sa pathologie mentale. En effet, de nombreuses actions sont engagées contre les établissements et les psychiatres pour des « internements abusifs ». Au-delà des décompensations psychiatriques évidentes, c'est la notion d'auto et d'hétéroagressivité sans pathologie psychiatrique évidente qui se pose ici. En effet, la dangerosité vis à vis des autres ou de soi-même n'est pas un motif suffisant d'hospitalisation en psychiatrie (Bernardet 2002a; Carol 1997). En miroir de cet enjeu des hospitalisations en psychiatrie, on retrouve celui qui nous intéresse aujourd'hui à savoir le « défaut de surveillance » ou « non assistance à personne en danger », que l'on ne peut dissocier de l'évaluation du risque et de la balance permanente auquel le psychiatre est confronté entre protection des patients et respect des libertés individuelles. C'est là l'un des enjeux essentiels auquel renvoie cette étude descriptive des Sorties sans Autorisation.

Nous avons pu voir que la justice semble rester soucieuse de la spécificité des enjeux de la médecine et de la psychiatrie en particulier avec des affaires jugées « in concreto » et l'absence de jurisprudence concernant le caractère « prévisible » de la fugue. Si cette singularité ne permet pas de dégager une jurisprudence claire cela semble donc plutôt être au bénéfice de la liberté de soigner malgré le flou de la notion juridique de « surveillance constante ou régulière ».

Pourtant comme nous avons pu le voir précédemment ce risque imputable de défaut de surveillance et d'absence de signalement est source de préoccupations constantes. On retrouve donc la difficulté pour les soignants de garder à l'esprit que le trop grand nombre de signalements sous forme de disparitions inquiétantes à la police amoindrit fortement l'efficacité du travail des forces de l'ordre.

Cette exigence de signalement exhaustif et la nécessité de limiter le recours aux forces de l'ordre demanderait un travail approfondi d'analyse jurisprudentielle pour déterminer les limites de notre responsabilité légale, préoccupation grandissante et non spécifique à la psychiatrie de l'exercice de la médecine moderne. De la même façon le délai de la déclaration de « disparition inquiétante » avec inscription sur le Fichier des Personnes Recherchées est l'un des enjeux, avec la nécessité de pouvoir détacher rapidement un soignant pour entamer cette procédure juridique.

Il serait intéressant comme pour l'observance médicamenteuse, très étudiée ces dernières années, avec des taux d'inobservance similaires en somatique, de faire un travail de comparaison avec les sorties sans autorisation ou contre avis médical dans les services somatiques. Les enjeux et les conséquences retrouvées en psychiatrie sont ils spécifiques ou relèvent ils d'une difficulté générale entre les attentes des patients et les soins proposés à l'hôpital public ? Notre rencontre avec les forces de l'ordre confirme cette interrogation ; on retrouvait ainsi en juin 2012 plus de signalements de fugues pour des patients de « somatique » que pour les patients des services de psychiatrie.

Il reste cependant nécessaire de prolonger cette étude sur les patients hospitalisés en psychiatrie en proposant une étude prospective avec recherche systématique pour tout patient hospitalisé des facteurs déclenchants éventuels. Cela permettra un recueil de données plus exhaustif et des comparaisons plus précises en fonction des circonstances de l'hospitalisation, et de la fugue.

Un travail plus approfondi, prospectif et d'une durée plus longue sur les conséquences des SSA aurait également sa place avec les interrogations autour d'une possible augmentation de la durée de séjour après la réintégration, une aggravation de l'état psychique ou le reflet d'une mauvaise alliance avec les soignants ayant des conséquences médicales à plus long terme. La seule étude retrouvée dans la littérature sur le devenir des patients fugueurs versus population générale à un et deux ans montre peu de résultats et comporte trop de biais pour être significative.

De façon similaire des travaux supplémentaires sur la comparaison des patients fugueurs d'unités ouvertes et fermées aurait sa place ici, non pour remettre en cause la nécessité de lieux de soins plus contenant pour certains patients, mais comme reflet d'une recherche de sécurité dont l'efficacité doit rester interrogeable. En effet, les fugues de patients en hospitalisation d'office (HO) ou soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'état (SDRE) ne semblent pas avoir plus de conséquences médicales que pour le reste des fugueurs.

De la même manière, les seuls motifs de fugue avancés et retrouvés dans notre étude, sont ceux retrouvés dans le dossier c'est-à-dire avancés par l'équipe. Il serait intéressant de se centrer sur la parole des patients et de la confronter à nos croyances soignantes. Si la parole des patients est de plus en plus fréquemment sollicitée dans les enquêtes d'opinion, dans les instances décisionnelles par la présence de représentants des « usagers », la recherche du vécu subjectif reste encore très rare. Plusieurs biais sont mis en avant pour expliquer cette réticence : l'existence de nombreux perdus de vue, la question de la représentativité des patients acceptant de participer à ce type d'étude, la validité des réponses de patients incarcérés ou atteints de pathologie psychiatrique lourde. Dans le cas précis des fugues, se pose aussi la question du moment de l'entretien, de la personne qui le réalise pour éviter toute confusion pour le patient entre l'entretien et la poursuite des soins.

Malgré ces biais non négligeables, il semble dommage de rejeter la possibilité d'entendre directement et de manière plus standardisée les explications du patient pour sa fugue. Explications qui seront de toute manière recherchées par le psychiatre ou l'équipe référente du patient. Ne faut-il pas voir dans cette réticence à explorer le point de vue du patient une réticence des thérapeutes à s'exposer à une éventuelle remise en question de leur manière d'exercer ou du cadre thérapeutique mis en place ?

Comme nous l'avons vu, la majorité des patients fugueurs étaient en hospitalisation libre, et quittaient très rapidement le service où ils revenaient en général spontanément sans conséquences concrètes pour leur état de santé. Ces patients se sont présentés, pour la plupart, d'eux-mêmes aux urgences avec une demande d'hospitalisation à laquelle il a été accédé. On peut donc se poser la question de la pertinence de cette voie d'entrée en hospitalisation. Encore une fois, une étude complémentaire prospective sur les patients des urgences, visant à mettre en évidence des facteurs de risque de rupture, permettrait sans doute de mieux définir une population à risque de fugue pour laquelle les soins proposés classiquement ne sont pas adaptés et pour laquelle une alternative à une hospitalisation directe doit être créée et travaillée.

La recherche de solutions et les articles correspondant sont eux aussi peu nombreux et axés sur la relation thérapeutique et le rôle des équipes. D'une validité limitée ces travaux soulignent l'importance d'améliorer la communication, les temps d'échanges dans les équipes, la relation « soignants-soignés », l'implication des patients dans les soins en contractualisant le cadre de soins et la nécessité de mieux et plus rapidement accompagner les patients dans leurs difficultés socioprofessionnelles.

Notons ici que le système Anglo-Saxon implique de façon très étroite les travailleurs sociaux dans les soins ce qui ne semble pas influencer sur les taux de fugues qui restent similaires à ceux retrouvés en France.

Cet état des lieux des fugues sur le CHU de Nantes ne permet pas d'envisager de mettre en place des mesures spécifiques pour cette problématique, mais les informations retrouvées confirment la difficulté pour un certain nombre de patients d'accepter les soins et la pertinence d'envisager des études supplémentaires.

V. CONCLUSION

Les sorties sans autorisation médicale n'ont fait l'objet que de très peu d'études et de publications, en France comme à l'international. Cependant, tous les travaux, des plus anciens aux plus récents, confirment une proportion importante de fugueurs des services de psychiatrie. Notre étude descriptive rétrospective sur tous les patients sortis sans autorisation médicale des services de psychiatrie adulte du CHU de Nantes en 2011 retrouve des résultats similaires.

Avec 16% des hospitalisations au CHU, cette problématique est depuis longtemps source de préoccupations pour les autorités administratives, judiciaires et politiques et justifie la mise en place de procédures administratives de déclaration de fugues protocolisées, tant pour des raisons de sécurité que pour répondre aux inquiétudes des soignants en terme de responsabilité. Ces contraintes et ces inquiétudes soulèvent la question du retentissement sur les soins psychiques et de la proportion des choix médicaux dictés par des considérations de responsabilité légale et non avant tout pour la santé du patient.

Paradoxalement, si quelques affaires médiatisées mettent en cause les choix du psychiatre et aboutissent parfois à des poursuites judiciaires ou à une procédure de licenciement, ce travail a permis de mettre en évidence une jurisprudence mettant en avant le « cas par cas » du jugement de chaque affaire. De la même façon, si les craintes des soignants en terme de responsabilité semblent justifiées en raison des conséquences médicales potentielles pour nos patients, notre travail ne retrouve aucune affaire en cours engageant directement la responsabilité d'un établissement ou d'un soignant concernant le contrôle de la liberté des patients et les conséquences d'une sortie sans autorisation médicale.

Les enjeux des fugues sont donc avant tout médicaux avec la protection des patients vulnérables, l'alliance ou le contrat moral entre une équipe soignante et le patient ainsi que la place de l'hospitalisation à temps plein dans les soins psychiques dans l'offre de soins et ce d'autant plus qu'un antécédent de fugue est un facteur de risque de nouvelle fugue lors d'une hospitalisation ultérieure.

Les données retrouvées malgré un échantillon de petite taille permettent de dessiner les profils du fugueur qui est un patient jeune de sexe masculin hospitalisé sous contrainte, atteint de troubles psychotiques, souffrant de problématiques addictives, dans un contexte d'isolement social. Il fugue le plus souvent rapidement après son admission, sur une courte durée. Les conséquences de sa fugue sont le plus souvent modérées mais non négligeables, tant sur le plan concret que sur le plan de l'adhésion aux soins et du pronostic. Quelques facteurs précipitants comme les contrats de soins restrictifs, et les ruptures de lien, que ce soit du fait du refus ou de l'absence de visites, ou du fait d'une mutation en cours d'hospitalisation, semblent jouer un rôle dans la survenue des fugues et pourraient être la cible d'interventions pour limiter celles-ci.

Au préalable, il paraît nécessaire de s'appropriier le sujet des fugues comme un sujet médical et non comme uniquement comme une problématique publique sécuritaire, source de médiatisation et d'agitation, par la mise en place de travaux complémentaires, par la réflexion sur des alternatives à des hospitalisations en urgence, et en donnant la parole aux fugueurs eux-mêmes pour tenter de leur faire préciser les raisons de cette sortie précipitée d'hospitalisation.

VI. BIBLIOGRAPHIE

- Alezrah, Charles. 2004. « Portes ouvertes ou fermées en hospitalisation à temps plein ? » *Information psychiatrique* 80 (7): 571-578.
- Andoh, B. 1994. « Hospital and police procedure when a patient absconds from a mental hospital ». *Medicine, Science, and the Law* 34 (2) (avril): 130-136.
- Andoh, B. 1999. « Selected characteristics of absconders and non-absconders from mental hospitals: a comparison ». *The International Journal of Social Psychiatry* 45 (2): 117-124.
- Atkinson, R M. 1971. « AMA and AWOL discharges: a six-year comparative study ». *Hospital & Community Psychiatry* 22 (10) (octobre): 293-296.
- Barre, Stéphanie (analytic). 2003. « Psychiatrie - défaut de surveillance. (French) ». *Rev. hosp. Fr. (Paris)* (490).
- Bernardet, p. 2002a. « Introduction. Le traitement des troubles mentaux en Europe ». *Études, recherches, actions en santé mentale en Europe* (janvier 1): 7-14.
- Bernardet, p. 2002b. « Le recours au droit dans les différents pays du Conseil de l'Europe ». *Études, recherches, actions en santé mentale en Europe* (janvier 1): 131-199.
- Bernardet, p. 2002c. « Les pouvoirs du juge et la contrainte de soins en Europe ». *Études, recherches, actions en santé mentale en Europe* (janvier 1): 81-129.
- Bernardet, p. 2002d. « Principales législations européennes et critères de contrainte ». *Études, recherches, actions en santé mentale en Europe* (janvier 1): 43-79.
- Bowers, L, M Jarrett, et N Clark. 1998. « Absconding: a literature review ». *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 5 (5) (octobre): 343-353.
- Bowers, L, M Jarrett, N Clark. 2000. « Determinants of absconding by patients on acute psychiatric wards ». *Journal of Advanced Nursing* 32 (3) (septembre): 644-649.
- Bowers, L., J. Alexander, et C. Gaskell. 2003. « A Trial of an Anti-absconding Intervention in Acute Psychiatric Wards ». *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 10 (4) (août 1): 410-416. doi:10.1046/j.1365-2850.2003.00619.x.

- Bowers, L., Bryn Davis, M. Jarrett, N. Clark, F. Kiyimba, et L. Mcfarlane. 1999. « 4. Absconding: Nurses Views and Reactions ». *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 6 (3) (juin 1): 219-224.
- Bowers, L., Bryn Davis, M. Jarrett, N. Clark, F. Kiyimba, et L. Mcfarlane. 1999. « 3. Absconding: Outcome and Risk ». *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 6 (3): 213-218. doi:10.1046/j.1365-2850.1999.630213.x.
- Bowers, L., Bryn Davis, M. Jarrett, N. Clark, F. Kiyimba, et L. Mcfarlane 1999a. « 1. Absconding: Why Patients Leave ». *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 6 (3) (juin 1): 199-205. doi:10.1046/j.1365-2850.1999.630199.x.
- Bowers, L., Bryn Davis, M. Jarrett, N. Clark, F. Kiyimba, et L. Mcfarlane. 1999b. « 2. Absconding: How and When Patients Leave the Ward ». *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 6 (3) (juin 1): 207-211. doi:10.1046/j.1365-2850.1999.630207.x.
- Bowers, L., A. Simson, et J. Alexander. 2005. « Real World Application of an Intervention to Reduce Absconding ». *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12 (5) (octobre 1): 598-602. doi:10.1111/j.1365-2850.2005.00879.x.
- Bowers, Len. 2012. « Nursing staff numbers and their relationship to conflict and containment rates on psychiatric wards—A cross sectional time series Poisson regression study ». *International Journal of Nursing Studies* 49 (1) (janvier): 15-20. doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.07.005.
- Bowers, Len, Richard Whittington, Peter Nolan, David Parkin, Sarah Curtis, Kamaldeep Bhui, Diane Hackney, Teresa Allan, et Alan Simpson. 2008. « Relationship Between Service Ecology, Special Observation and Self-Harm During Acute in-Patient Care: City-128 Study ». *The British Journal of Psychiatry* 193 (5) (janvier 11): 395-401. doi:10.1192/bjp.bp.107.037721.
- Brook, Rosemary, Mairead Dolan, et Placid Coorey. 1999. « Absconding of patients detained in an english special hospital ». *The Journal of Forensic Psychiatry* 10 (1): 46-58. doi:10.1080/09585189908402138.
- Carol, Jonas. 1997. « Responsabilité du psychiatre et des établissements d'accueil du fait des actes des malades mentaux ». *Médecine & Droit* 1997 (23) (avril): 12-16. doi:10.1016/S1246-7391(97)85003-8.

- Causse, David, Geneviève Arfeux-Vaucher, Michel Breton, Daniel Deparcy, Anne Gamblin-Srecki, Yves Hemery, Roland Lubeight, Isabelle Robineau, France Fédération Hospitalière de France. (F.H.F.). Paris, et France Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. (A.N.A.E.S.). Paris. 2004. « Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et obligation de soins et de sécurité (French) ». In Editions E.N.S.P, Rennes.
- Clark, N, F Kiyimba, L Bowers, M Jarrett, et L McFarlane. 1999. « Absconding: nurses views and reactions ». *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 6 (3) (juin): 219-224.
- Claude Louzoun et Jean-Pierre Martin. 2011. « Psychiatrie(s) en Europe - Cairn.info ». *VST - Vie sociale et traitements* 4 (112): 17-22.
- Cressard, Piernick. 2007. « Principes et éthique du soin en psychiatrie □: État des lieux ». *Psychiatrie française* 38 (3): 19-21.
- Dickens, G L, et J Campbell. 2001. « Absconding of patients from an independent UK psychiatric hospital: a 3-year retrospective analysis of events and characteristics of absconders ». *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 8 (6) (décembre): 543-550.
- Dujardin, Valériane (analytic). 2007. « L'obligation de surveillance dans les établissements de santé mentale (French) ». *revue fondamentale des questions hospitalières*(14): 419-441.
- Eyraud, Pierre A. Vidal-Naquet et Benoît. 2010. « 18. Au Royaume-Uni et en France, la protection de la vulnérabilité psychique ». *Connaissances de la diversité* (décembre 1): 355-373.
- Fähndrich, Erdmann, et Ingrid Munk. 2010. « [Absconding of a patient from an acute psychiatric ward. Whom do the courts hold liable?] ». *Psychiatrische Praxis* 37 (2) (mars): 89-91. doi:10.1055/s-0029-1223465.
- Falkowski, J., V. Watts, W. Falkowski, et T. Dean. 1990. « Patients leaving hospital without the knowledge or permission of staff-absconding ». *British journal of psychiatry* 156 (MAI): 488-490.
- Glick, I. D, D. L Braff, G. Johnson, et J. A Showstack. 1986. « Devenir des malades psychiatriques après leur sortie sans autorisation de l'hôpital ». *Médecine et hygiène* 44 (1680): 3320-3328.

- Greenberg, W M, J Otero, et L Villanueva. 1994. « Irregular discharges from a dual diagnosis unit ». *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 20 (3) (août): 355-371.
- Haglund, K., et L. von Essen. 2005. « Locked entrance doors at psychiatric wards – Advantages and disadvantages according to voluntarily admitted patients ». *Nordic Journal of Psychiatry* 59 (6) (janvier): 511-515. doi:10.1080/08039480500360781.
- Haglund, K., L. Von Knorring, et L. Von Essen. 2006. « Psychiatric Wards with Locked Doors – Advantages and Disadvantages According to Nurses and Mental Health Nurse Assistants ». *Journal of Clinical Nursing* 15 (4) (mars 13): 387-394. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01489.x.
- Henry, Jean-Marc, Amélie Gamberre, et Jean-Claude Samuelian. 2009. « Risque et existence□: un éclairage du risque thérapeutique en psychiatrie ». *L'Évolution Psychiatrique* 74 (2) (juin): 261-268. doi:10.1016/j.evopsy.2009.03.003.
- Hershorn, Michael. 1993. « The elusive population: Characteristics of attenders versus non-attenders for community mental health center intakes ». *Community Mental Health Journal* 29 (1): 49-57. doi:10.1007/BF00760630.
- Hochmann, Jacques. 2009. « L'avenir de la psychiatrie dans une démocratie d'opinion ». *Perspectives Psy* 48 (3): 4. doi:10.1051/ppsy/2009483213.
- Hunt, Isabelle M, Kirsten Windfuhr, Nicola Swinson, Jenny Shaw, Louis Appleby, et Nav Kapur. 2010. « Suicide amongst psychiatric in-patients who abscond from the ward: a national clinical survey ». *BMC Psychiatry* 10 (février 3): 14. doi:10.1186/1471-244X-10-14.
- IGAS. 2011. « Analyse d'accidents en psychiatrie et propositions pour les éviter ». Rapport public.
- Lang, Undine E, Susanne Hartmann, Sandra Schulz-Hartmann, Yehonala Gudlowski, Roland Ricken, Ingrid Munk, Dorothea von Haebler, Juergen Gallinat, et Andreas Heinz. 2010. « Do locked doors in psychiatric hospitals prevent patients from absconding? ». *The European Journal of Psychiatry* 24 (4) (décembre): 199-204. doi:10.4321/S0213-61632010000400001.
- Lewis Jr., Alfred B., et Richard N. Kohl. 1962. « The risk and prevention of abscondence from an open psychiatric unit ». *Comprehensive Psychiatry* 3 (5) (octobre): 302-308. doi:10.1016/S0010-440X(62)80037-6.
- Loubry nicolas. 2009. « clinique psychiatrique obligation de surveillance ». *le concours medical* 131 (14) (septembre 22).

- Maratos, J, et M J Kennedy. 1974. « Evaluation of ward group meetings in a psychiatric unit of a general hospital ». *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* 125 (novembre): 479-482.
- Martelli, C., H. Awad, et P. Hardy. 2010. « Le suicide dans les établissements de santé : données épidémiologiques et prévention ». *L'Encéphale* 36, Supplement 2 (0) (juin): D83-D91. doi:10.1016/j.encep.2009.06.011.
- Marti, Ségolène. 2004. « Les Fugues des patients hospitalisés en service de psychiatrie : étude statistique et approche clinique ». Thèse d'exercice, Université Claude Bernard (Lyon).
- McIndoe, K I. 1986. « Elope. Why psychiatric patients go A.W.O.L ». *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 24 (1) (janvier): 16-20.
- Meehan, T. 1999. « Absconding behaviour: an exploratory investigation in an acute inpatient unit ». *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 33 (4) (août): 533-537.
- van der Merwe, M, L Bowers, J Jones, A Simpson, et K Haglund. 2009. « Locked doors in acute inpatient psychiatry: a literature review ». *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 16 (3) (avril): 293-299. doi:10.1111/j.1365-2850.2008.01378.x.
- Miller, D J, M Stone, N S Beck, C Fraps, et W Shekim. 1983. « Predicting AWOL discharge at a community mental health center: a "split-half" validation ». *The American Journal of Psychiatry* 140 (4) (avril): 479-483.
- Ministere de la Sante. 2004. *Circulaire 24 mai 2004 rapport d'activité des CDHP 2000 2001 2003*.
- Mosel, Krista A, Adam Gerace, et Eimear Muir-Cochrane. 2010. « Retrospective Analysis of Absconding Behaviour by Acute Care Consumers in One Psychiatric Hospital Campus in Australia ». *International Journal of Mental Health Nursing* 19 (3) (mai 5): 177-185. doi:10.1111/j.1447-0349.2009.00660.x.
- Muir-Cochrane, Eimear, Marie van der Merwe, Henk Nijman, Kristina Haglund, Alan Simpson, et Len Bowers. 2011. « Investigation into the Acceptability of Door Locking to Staff, Patients, and Visitors on Acute Psychiatric Wards ». *International Journal of Mental Health Nursing* 21 (1) (juillet 11): 41-49. doi:10.1111/j.1447-0349.2011.00758.x.

- Muir-Cochrane, Eimear, et Krista A Mosel. 2008. « Absconding: A review of the literature 1996-2008 ». *International Journal of Mental Health Nursing* 17 (5) (octobre): 370-378. doi:10.1111/j.1447-0349.2008.00562.x.
- Muir-Cochrane, Eimear, Krista Mosel, Adam Gerace, Adrian Esterman, et Len Bowers. 2011. « The Profile of Absconding Psychiatric Inpatients in Australia ». *Journal of Clinical Nursing* 20 (5-6) (février 15): 706-713. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03553.x.
- National Resource Center on Psychiatric Advance Directives. 2012. « NRC.PAD National Resource Center on Psychiatric Advance Directives ».
- Nicholson, Robert A, Steve Norwood, et Charles Enyart. 1991. « Research Report Characteristics and Outcomes of Insanity Acquittes in Oklahoma ». *Behavioral Sciences & the Law* 9 (4) (septembre 1): 487-500. doi:10.1002/bsl.2370090411.
- Nijman, H., L. Bowers, K. Haglund, E. Muir-Cochrane, A. Simpson, et M. Van Der Merwe. 2011. « Door Locking and Exit Security Measures on Acute Psychiatric Admission Wards ». *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 18 (7) (mars 7): 614-621. doi:10.1111/j.1365-2850.2011.01716.x.
- Nussbaum, David, Mark Lang, Billy Chan, et Rita Riviere. 1994. « Characterization of elopers during remand: Can they be predicted? The METFORS experience ». *American Journal of Forensic Psychology* 12 (3): 17-37.
- Petitjean, F, et D Leguay. 2002. « Sectorisation psychiatrique : évolution et perspectives ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 160 (10) (décembre): 786-793. doi:10.1016/S0003-4487(02)00275-5.
- Piel, Eric, et Jean-Luc Roelandt. 2001. « De la psychiatrie vers la santé mentale ». *VST - Vie sociale et traitements* 72 (4): 9. doi:10.3917/vst.072.0009.
- Raynes, A. E., et V. D. Patch. 1971. « Distinguishing features of patients who discharge themselves from psychiatric ward ». *Comprehensive Psychiatry* 12 (5): 473-479. doi:10.1016/0010-440X(71)90088-5.
- Richmond, I, L Dandridge, et K Jones. 1991. « Changing nursing practice to prevent elopement ». *Journal of Nursing Care Quality* 6 (1) (octobre): 73-81.
- Roelandt, Jean-Luc. 2004. « Psychiatrie citoyenne et promotion de la santé mentale ». *Revue française des affaires sociales* n°1 (1) (mars 1): 205-213.

- Roelandt, Jean-Luc. 2009. « Pour en finir avec la confusion entre psychiatrie et justice, hôpital psychiatrique et prison, soins et enfermement ». *l'Information Psychiatrique* 85 (6) (juin 1): 525-535.
- Roelandt, Jean-Luc. 2010. « De la psychiatrie vers la santé mentale, suite: bilan actuel et pistes d'évolution ». *Information psychiatrique* 86 (9): 777-783.
- Salines, Chantal Cases. 2004. « Statistiques en psychiatrie en France□: données de cadrage ». *cairn.info/n°1* (1): 181-204.
- Salize, Hans Joachim, et Harald Dressing. 2004. « Epidemiology of Involuntary Placement of Mentally Ill People Across the European Union ». *The British Journal of Psychiatry* 184 (2) (janvier 2): 163-168. doi:10.1192
- Senon, J.-L., et C. Manzanera. 2005. « Comment mieux répondre aux problèmes cliniques et médico-légaux actuels pour préserver une psychiatrie ouverte et dynamique□? » *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 163 (10) (décembre): 870-877. doi:10.1016/j.amp.2005.09.016.
- Senon, Jean-Louis. 2005. « Soins ambulatoires sous contrainte□: une mise en place indispensable pour préserver une psychiatrie publique moderne ». *Information psychiatrique* 81 (7): 627-634.
- Senon, Jean-Louis, et Carol Jonas. 2005. « Protection de la personne. Droit des patients en psychiatrie ». *Médecine & Droit* 2005 (71) (avril): 33-49. doi:10.1016/j.meddro.2005.03.001.
- Senon, Jean-Louis, Carol Jonas, et Mélanie Voyer. 2012. « Les soins sous contrainte des malades mentaux depuis la loi du 5 juillet 2011 "relative au droit et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge" ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 170 (3) (avril): 211-215. doi:10.1016/j.amp.2012.02.019.
- Short, Jacqueline. 1995. « Characteristics of absconders from acute admission wards ». *The Journal of Forensic Psychiatry* 6 (2): 277-284. doi:10.1080/09585189508409895.
- Stewart, D, et L Bowers. 2010. « Absconding from psychiatric hospitals: a literature review ». Section of Mental Health Nursing, Institute of Psychiatry.
- Stewart, D., et L. Bowers. 2011. « Absconding and Locking Ward Doors: Evidence from the Literature ». *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 18 (1): 89-93. doi:10.1111/j.1365-2850.2010.01622.x.

Thuilleaux, Michel. 2006. « Sur quelques fondements historiques et philosophiques du secteur en psychiatrie ». *Sud/Nord* 21 (1): 89. doi:10.3917/sn.021.0089.

Tomison, A. R. 1989. « Characteristics of psychiatric hospital absconders ». *British journal of psychiatry* 154: 368-371.

Walsh, Elizabeth, Siobhán Rooney, Darina Sloan, Patricia McAuley, Fiona Mulvaney, Eadbhard O'Callaghan, et Conal Larkin. 1998. « Irish Psychiatric Absconders: Characteristics and Outcome ». *Psychiatric Bulletin* 22 (6) (janvier 6): 351-353. doi:10.1192/pb.22.6.351.

Yasini, M., M. Sedaghat, A. R Ghasemi Esfe, et M. Tehranidoost. 2009. « Epidemiology of Absconding from an Iranian Psychiatric Centre ». *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 16 (2) (mars 1): 153-157. doi:10.1111/j.1365-2850.2008.01350.x

VII. ANNEXE

Questionnaire adressé aux cadres d'unité

Etude rétrospective « fugues » au CHU de Nantes en 2011

Questionnaire cadres d'unité sur les Sorties Sans Autorisation Médicale SSA :

- Quelle est la procédure suivie dans votre unité de soins pour les SSA ? êtes vous prévenu de façon systématique ? le psychiatre référent ou de garde est il informé ? L'interne de garde ?
- Y a-t-il des difficultés particulières pour appliquer ce protocole ? quel quantité de travail cela représente- t-il selon vous pour les équipes ?
- Toutes les fugues sont elles signalées ? y a-t-il des dysfonctionnements constatés ? Si oui lesquels ?
- Quelles sont les mesures préventives éventuellement mises en place ?
- Sont-elles suffisantes ? Quelles suggestions feriez-vous ?
- Quelle place, quelle importance cela revêt-il dans votre travail et dans celui des équipes de soins ?
- Cela fait-il partie intégrante de votre rôle, est ce une préoccupation constante des soignants ? Cela est il source d'inquiétude ? à quel moment avez-vous le sentiment d'engager votre responsabilité de façon particulièrement stressante ?
- Y a-t-il eu des fugues marquantes dans l'année écoulée ? avec des conséquences particulières pour les équipes ? au niveau administratif ? Judiciaire ?
- Commentaires ?

NOM : **DESRUES**

PRENOM : **Thibault**

Titre de Thèse :

**LES FUGUES EN PSYCHIATRIE :
ETAT DES LIEUX AU CHU DE NANTES EN 2011**

RESUME

Les Sorties Sans Autorisation médicale des patients hospitalisés en psychiatrie font l'objet de peu de travaux scientifiques. Il s'agit pourtant d'un phénomène fréquent et non dénué de conséquences médicales et médico-légales. Afin d'effectuer un état des lieux de cette problématique, nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive comparant les fugueurs à l'ensemble des patients hospitalisés en psychiatrie générale au CHU de Nantes durant l'année 2011. Nos résultats, conformes à la littérature, retrouvent des taux de fugues importants (16% des hospitalisations), une surreprésentation de patients jeunes, de sexe masculin, atteints de troubles psychotiques. De multiples facteurs favorisants sont mis en évidence tels que le refus des soins, la mutation en cours de séjour et les problématiques addictives. Ce travail dresse un état des lieux des composantes multiples de la fugue dans son contexte médical, politique, administratif et juridique, qui confirme la nécessité de poursuivre la recherche sur la compréhension des raisons des ruptures de soins hospitaliers, afin d'obtenir une meilleure adéquation entre la demande d'aide et les soins proposés.

MOTS-CLES

SORTIE SANS AUTORISATION MEDICALE -- FUGUE -- CONSEQUENCES -- CARACTERISTIQUES
--FACTEURS PREDICTIFS -- RESPONSABILITE MEDICALE -- SOINS SOUS CONTRAINTE --
PSYCHOSE -- ADDICTION -- AUTOAGRESSIVITE -- HETEROAGRESSIVITE --