

le Bulletin Juridique du Praticien Hospitalier

Dossier – BJPH n° 101 – Octobre 2007

L'obligation de surveillance dans les établissements de santé mentale¹

Essai d'analyse jurisprudentielle

Valériane DUJARDIN,
juriste, EPSM des Flandres

Le contentieux de la psychiatrie, outre les contestations judiciaires et administratives des décisions d'hospitalisation sous contrainte, découle majoritairement du suicide (ou tentative) d'une personne, amenant les juges à se prononcer sur la responsabilité de l'établissement.

L'obligation de surveillance² apparaît comme l'un des fondements permettant la mise en jeu de la responsabilité d'un établissement de santé mentale.

I. – APPROCHE DE LA NOTION D'OBLIGATION DE SURVEILLANCE

Plusieurs remarques conviennent d'être émises en préambule.

■ La notion d'obligation de surveillance, ou plus exactement la reconnaissance d'un défaut de surveillance, repose sur des fondements jurisprudentiels

Le défaut de surveillance émane de la jurisprudence et constitue un fondement de l'engagement de la responsabilité de l'hôpital; ce sont les juges qui sont ainsi venus considérer qu'un défaut de surveillance peut être constitutif d'une faute dans l'organisation et le fonctionnement du service. Ainsi, il importe de bien comprendre qu'aucune réglementation particulière ne vise précisément la surveillance, notamment la qualité de la surveillance qui doit être exercée au cours de l'hospitalisation de la personne.

La loi du 27 juin 1990³ évoque la surveillance en tant que condition justifiant le recours à une hospitalisation à la demande d'un tiers.

En effet, l'article L. 3212-1 du Code de la santé publique issu de la loi du 27 juin 1990, vient définir 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 :

1° Ses troubles rendent impossible son consentement ;

2° Son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier [...].

Des fiches ministérielles émanant à l'époque du ministre de l'Intérieur, ministre délégué à la Santé, parues en mai 1994, sont venues expliciter un certain nombre de notions et d'éléments relatifs à la loi du 27 juin 1990, notamment la fiche n° 1 traitant de l'hospitalisation à la demande d'un tiers. A ce titre, la notion de surveillance constante a été précisée, à savoir : *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.*

Ceci ne nous renseigne pas pour autant sur la qualité de la surveillance ou sur les dispositifs de surveillance à mettre en œuvre

Également, la circulaire Veil, du 19 juillet 1993⁴, portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux, mentionne simplement 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, sans apporter un quelconque éclairage quant à la nature et la qualité de la surveillance qui doit être exercée.

■ La notion d'obligation de surveillance est une notion évolutive

Puisque d'origine jurisprudentielle, cette notion est par définition évolutive. Le droit administratif repose, en majeure partie, sur la jurisprudence ; c'est un droit prétorien qui émerge dans les tribunaux, ce qui explique les changements qualifiés de « revirements de jurisprudence ». Autrement dit, ce qui prévalait il y a quelques années n'est plus forcément valable aujourd'hui compte tenu de cette évolution. L'exemple significatif en droit hospitalier est le basculement du régime de la responsabilité pour faute à la responsabilité sans faute.

Ainsi, au regard de la notion d'obligation de surveillance, les juges argumentent l'absence de responsabilité ou justifient, *a contrario*, l'indemnisation de la victime d'après un certain nombre d'éléments que l'on retrouve dans les jugements des tribunaux. De cette façon, à la question « Qu'est-ce que l'obligation de surveillance aujourd'hui à l'hôpital psychiatrique ? » la réponse est l'analyse des arrêts rendus par les juges, soit les arguments et critères avancés.

■ La notion d'obligation de surveillance doit être appréciée *in concreto*

Cet élément va de pair avec les précédentes remarques. Lorsqu'une affaire se présente à eux, c'est-à-dire lorsque le plaignant recherche la responsabilité pécuniaire de l'établissement hospitalier en mettant en avant le défaut de surveillance ayant, par exemple, permis au patient de fuir, le juge ne va pas analyser cette affaire par analogie avec une autre dont les faits sont similaires, ni reprendre la conclusion d'une décision similaire, qui est une pratique américaine, pour l'appliquer purement à l'espèce.

Les juges font une appréciation dite *in concreto*, c'est-à-dire qu'ils apprécient l'affaire qui leur est soumise au cas par cas, en fonction des faits, des circonstances... C'est la raison pour laquelle, en France, deux affaires qui semblent assez similaires, ne donnent pas lieu à une solution identique ; cette appréciation personnelle pour chaque litige explique également les divergences dans les décisions... l'appréciation du défaut de surveillance en est un exemple.

Également, compte tenu de cette appréciation *in concreto* et de l'absence de précisions relatives à la nature de la surveillance exercée, il n'existe pas de dispositif de sécurité « type ». Ainsi, à la question de savoir si une responsabilité pourra être recherchée à la suite du suicide d'un patient, malgré le dispositif de sécurité mis en œuvre, seul le juge est à même de répondre, car qu'est-ce « qu'un dispositif de sécurité » ? Le juge appréciera concrètement la situation, notamment les mesures et moyens mis en œuvre pour assurer la surveillance adéquate que nécessite l'état du patient.

■ La notion d'obligation de surveillance est appréciée plus strictement en psychiatrie

Il convient de préciser que le juge examine l'activité de l'établissement hospitalier, générale ou spécialisée, et a tendance à être plus strict s'agissant des établissements habilités à recevoir des personnes hospitalisées sous contrainte en raison de troubles mentaux.

Le juge considère, en effet, que les établissements psychiatriques ont « par nature » ou « par destination » les moyens d'exercer une telle surveillance.

Ce raisonnement se retrouve dans la circulaire Veil précitée, qui indique que cette habilitation [des établissements à recevoir des personnes hospitalisées sous contrainte] implique que l'établissement présente des caractéristiques architecturales et comporte une organisation des services et du personnel qui garantissent une surveillance vigilante des malades hospitalisés d'office ou à la demande d'un tiers.

II. – OBLIGATION DE SURVEILLANCE ET CADRE DE L'HOSPITALISATION LIBRE D'UNE PERSONNE EN SANTÉ MENTALE : LA CONCILIATION DE DEUX PRINCIPES

La liberté de circulation des patients en hospitalisation libre : cadre légal

La liberté de circulation, considérée en psychiatrie, concerne, sur un plan juridique, les patients hospitalisés sous le mode de l'hospitalisation libre.

La loi du 27 juin 1990 est venue consacrer cette liberté fondamentale pour les patients en hospitalisation libre. Cette modalité a été codifiée à l'article L. 3211-2 du Code de la santé publique⁵. Cet article dispose : *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.*

A ce titre également, une circulaire du 19 juillet 1993 rappelle que la loi n° 90-527, du 27 juin 1990, relative aux droits et à la protection 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 figure celui d'aller et de 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 consenti à recevoir des soins psychiatriques [...].

Ainsi, le patient se trouve dans une situation statutaire classique⁶, et les conditions de séjour qui en découlent ne peuvent déroger au droit commun. Les mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles visent le droit à l'information, la liberté de correspondance, le droit de recevoir des visites, le droit de pratiquer la religion de son choix, etc., et la liberté d'aller et de venir, ce dernier aspect nous intéresse plus particulièrement.

Positionnement du problème

Un juste milieu doit être opéré entre ces deux notions : l'hospitalisation libre et la liberté de circulation.

En effet, il ne faut pas oublier l'aspect premier de l'hospitalisation d'un patient : les soins, être soigné et se soigner. L'hôpital est avant tout un lieu de soins. Le patient en HL consent ainsi à se faire soigner, dans un lieu où des règles de vie commune sont à respecter. En ce sens, le patient, « demandeur » de soins, ne fait pas ce qu'il veut « sous couvert » de la liberté de circulation ; il doit se conformer à un minimum de règles et aux impératifs liés au fonctionnement et à l'organisation de la structure hospitalière.

Le juste milieu : le « contrat » de soins

Lorsque le patient est admis à l'hôpital, un « contrat de soins » est établi avec l'équipe soignante. Le patient doit s'attacher à respecter ce contrat.

Dans cette mesure, le patient hospitalisé sous le mode de l'hospitalisation libre peut se voir imposer des mesures restrictives de liberté dictées par un souci de sécurité, pour des raisons médicales ou encore justifiées par les règles de fonctionnement des unités de soins.

On citera, par exemple, de manière non exhaustive :

- Des mesures restrictives incluses dans le projet thérapeutique auquel le patient a consenti (sorties planifiées...);
- L'organisation et la police générale de l'établissement (règlement intérieur, règles de vie des unités de soins). La circulaire évoque *les réserves liées au bon fonctionnement du service*, et précise que *les règlements intérieurs peuvent prévoir des modalités particulières de fonctionnement d'un service, mais ces modalités, dont le malade doit être informé, ne sauraient remettre en cause ce principe [liberté d'aller et de venir]*;
- Les mesures d'isolement commandées par l'urgence et strictement nécessaires pour la sécurité du patient.

A ce titre, il convient d'indiquer que la circulaire précitée du 19 juillet 1993 précise qu'*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 un régime d'hospitalisation sous contrainte*, et que *cet isolement ne peut être qu'à but thérapeutique conformément à la mission de soin des établissements de santé*.

De l'isolement des patients en hospitalisation libre

L'article L. 3211-2 du Code de la santé publique dispose : *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.*

L'article L. 3211-4 du même code dispose : *Un protocole thérapeutique pratiqué en psychiatrie ne peut être mis en œuvre que dans le strict respect des règles déontologiques et éthiques en vigueur.*

De prime abord, il est certain que l'isolement ou la contention est une atteinte aux libertés individuelles; or l'article L. 3211-2 visé ci-dessus affirme que le patient en HL dispose des mêmes libertés individuelles que celles qui sont reconnues aux malades hospitalisés pour une autre cause.

Pour autant, ce mode d'hospitalisation n'exclut pas l'imposition de règles ou de pratiques; il faut concilier le mode d'hospitalisation, d'une part, avec l'organisation et le fonctionnement du service, et, d'autre part, avec les soins et les mesures qui peuvent s'imposer. Le mode de l'hospitalisation libre n'est pas synonyme de liberté absolue en ce sens que les équipes soignantes et médicales sont *de facto* démunies face au patient. L'état de santé du patient peut amener, de manière exceptionnelle, face à une situation relevant de l'urgence, une restriction des libertés si elle est justifiée, de même un patient en HL peut voir son mode d'hospitalisation basculer en un mode d'hospitalisation sous contrainte... Cela dénote bien le fait que l'hospitalisation en hospitalisation libre ne doit pas être entrevue comme l'impossibilité d'imposer quelque mesure que ce soit. Les soins, l'urgence, les risques d'agressivité et de violence, la nécessité de protéger le patient... peuvent expliquer la mise en œuvre de telles mesures... Il s'agit bien là de toujours concilier le mode d'hospitalisation et les droits inhérents à cette situation juridique avec les soins.

La circulaire Veil du 19 juillet 1993 rappelle qu'*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 un régime d'hospitalisation sous contrainte*.

Le référentiel de l'ANAES⁸ indique très clairement que l'atteinte à la liberté d'aller et de venir librement ne peut se réaliser que pour des raisons tenant à la sécurité du malade et sur indication médicale. Ces recommandations rappellent que la mesure doit être compatible avec la modalité d'hospitalisation du malade, néanmoins, il est également précisé qu'en situation d'urgence, la mise en chambre d'isolement (MCI) peut toutefois se révéler indispensable, cependant elle ne peut excéder quelques heures; si la durée de la MCI doit se prolonger, il convient dans les douze heures de transformer le régime d'hospitalisation en régime d'hospitalisation sous contrainte.

L'isolement ne peut être envisagé que dans un but thérapeutique, l'indication devant toujours être posée par le médecin. L'ANAES a précisé en 1998 que la MCI, en cas d'urgence, pouvait être envisagée, la prescription devant alors être réalisée dans l'heure qui suit le début de l'isolement.

De plus, cette mesure est guidée par un souci de protection et de sécurité du patient, des autres patients et des agents. Il convient de citer en ce sens les dispositions de l'article 122-7 du nouveau Code pénal : *N'est pas pénalement responsable la personne qui, face à un danger actuel ou imminent qui menace elle-même, autrui ou un bien, accomplit un acte nécessaire à la sauvegarde de la personne ou du bien, sauf s'il y a disproportion entre les moyens employés et la gravité de la menace.*

Également, de nouveaux articles insérés dans le nouveau Code pénal traitent de l'exposition d'autrui à un danger ou de la non-assistance à une personne en péril. Le nouvel article 223-1 dispose ainsi que *le fait d'exposer directement autrui à un risque immédiat de mort ou de blessures de nature à entraîner une mutilation ou une infirmité permanente est un délit*. Aussi, ces articles conduisent à penser qu'il faille intervenir si la personne peut être en danger, tant pour elle-même que pour autrui. Un acte légitime par un souci sécuritaire, dans le cadre d'une prise en charge, dans l'intérêt du patient où la finalité est thérapeutique.

Au risque de se répéter, il est évident qu'une telle pratique doit être guidée par un souci exclusif de sécurité et ne doit en aucun cas s'apparenter à une forme de commodité.

En tout état de cause, il importe que cette mesure d'atteinte aux libertés individuelles, qui présuppose évidemment la rédaction d'un certificat médical préalable, reste justifiée pour des raisons notamment liées à la sécurité, et demeure somme toute exceptionnelle, de courte durée. Il est évident qu'il importe de respecter « l'esprit » de l'hospitalisation libre (recueil du consentement, liberté de circulation...); des mesures de contention répétées ne vont pas de pair avec une hospitalisation libre en ce sens qu'il y aurait évidemment un paradoxe...

Si de telles mesures devaient se répéter, alors il faudrait envisager la transformation de l'HL en une hospitalisation sous contrainte. L'ANAES, dans son audit réalisé en 1998, soulignait le fait qu'il doit y avoir une adéquation entre des soins portant atteinte à la liberté et les modalités d'hospitalisation.

Qui plus est, la jurisprudence tend aussi à montrer que le patient en HL ne doit pas forcément bénéficier de plus de souplesse s'agissant de la surveillance; dans de nombreux

arrêts, le juge est ainsi venu rappeler que l'hospitalisation en HL ne dispense pas l'établissement d'exercer les mesures de surveillance qui s'imposent et qui doivent être renforcées si l'état de santé du patient le justifie.

En conséquence et compte tenu de l'ensemble des éléments précités, et en l'état actuel du droit et de la jurisprudence, la mesure de contention d'un patient en HL est envisageable à condition qu'elle soit strictement justifiée et exceptionnelle (référence faite tant aux articles du Code pénal qu'à la jurisprudence), qu'elle soit écrite (référence faite aux articles du Code de la santé publique)

III. – QUELLE OBLIGATION DE SURVEILLANCE EN SANTÉ MENTALE ? ESSAI D'ANALYSE JURISPRUDENTIELLE

L'hospitalisation sous le régime de l'hospitalisation libre amène un certain nombre d'interrogations relatives à la responsabilité de l'établissement, dans la mesure où les établissements de santé mentale voient leur responsabilité engagée en cas de fugue, de suicide : est-ce que cette liberté de circulation accordée au patient exonère l'établissement de l'obligation de surveillance ? Le mode d'hospitalisation exclut-il nécessairement une obligation particulière de surveillance ?

La jurisprudence actuelle ne permet pas de dégager un principe ou une quelconque conduite à tenir. Les juges apprécient les affaires *in concreto*, c'est-à-dire au cas par cas.

Deux arrêts du Conseil d'État relatifs à la surveillance des patients en HL, viennent illustrer cette appréciation au cas par cas des juges.

Le Conseil d'État est venu préciser, dans un arrêt en date du 26 mai 1986⁹, que : *Considérant que, bien que M. R. ait été hospitalisé en service libre, il appartenait à l'hôpital psychiatrique C. compte tenu des antécédents présentés par l'intéressé [...] d'exercer une surveillance particulière [...], que le fait que M. R. ait pu, à une heure déterminée de la nuit [...] sortir librement de l'établissement révèle, dans ces conditions, quelles qu'aient été les méthodes thérapeutiques employées par ce dernier, un fonctionnement défectueux du service de nature à engager la responsabilité de l'hôpital.*

Les juges rappellent, dans cette affaire, que même en hospitalisation libre le patient doit bénéficier d'une surveillance ou d'une attention particulière.

Quelques années plus tard, dans un arrêt en date du 29 janvier 1993, le Conseil d'État considère *a contrario* que le placement d'une personne en service libre exclut nécessairement une surveillance permanente [...]. Ainsi, les juges suprêmes opèrent dans cette affaire une distinction entre les modes d'hospitalisation en matière d'obligation de surveillance et considèrent que l'obligation de surveillance ne concerne pas les patients en hospitalisation libre...

Les solutions dégagées par ces espèces peuvent paraître paradoxales... En réalité, les juges ont apprécié, en fonction d'un certain nombre de critères, des circonstances propres à chacune des affaires pour venir apporter deux solutions différentes.

Dans la première affaire, compte tenu d'un certain nombre d'éléments (accumulation d'indices), des circonstances de la sortie nocturne du patient, les juges ont considéré que l'établissement hospitalier devait être sanctionné ; il a cherché à mettre en œuvre la responsabilité de l'hôpital estimant que la situation était anormale : un patient, qui aurait du faire l'objet d'une surveillance particulière, parvient à s'en-

fuir d'un établissement psychiatrique ; il a recherché la responsabilité de l'établissement hospitalier en s'appuyant sur le défaut de surveillance. Ce moyen apparaissait comme le seul « outil » du juge pour venir sanctionner l'hôpital et permettre d'indemniser les victimes... Cette volonté d'indemnisation se ressent dans la mesure où le juge indique, dans son argumentation, que cette accumulation de faits révèle [...] un fonctionnement défectueux du service [...], mais ne dit pas clairement que l'établissement hospitalier a commis une faute...

Dans la seconde affaire, au regard des faits, de l'état de santé du patient, les juges ont considéré que l'établissement n'avait pas commis de faute. Tel fut le sens d'une autre espèce où les juges, après examen du dossier, relèvent que la surveillance « était » alors exercée selon les seules exigences du « placement libre¹⁰ ». Un patient, dépressif, quasiment aveugle, a fugué d'un établissement hospitalier et a été mortellement accidenté. Les juges n'ont pas retenu les moyens soulevés par la famille rappelant alors la surveillance adaptée au mode de l'hospitalisation libre.

Ainsi, en matière d'hospitalisation libre, la surveillance du patient doit être adaptée à son état de santé. Il dispose, certes, de liberté, mais doit être surveillé « un minimum », notamment s'agissant de l'évolution de son comportement (manifeste-t-il des signes inquiétants ? apparaît-il plus angoissé ?...). Si le médecin ou l'interne constatent un changement, par exemple comportement délirant accompagné de crises fréquentes, des dispositions doivent être prises, auquel cas il sera reproché à l'établissement, en cas de survenance d'un incident, de ne pas avoir « réagi » face à une situation connue et constatée.

L'analyse de l'abondante jurisprudence en matière d'obligation de surveillance permet de mettre en avant quelques « critères » apparaissant dans les décisions rendues par les juges.

Il convient de préciser qu'il ne s'agit pas de critères « officiels » émanant des juges ou du législateur, ni d'un classement quelconque élaboré par certains juristes, mais que ces critères résultent d'une analyse personnelle du raisonnement des juges effectuée à partir d'un certain nombre de jurisprudences.

■ **L'état de santé – le comportement du patient** (notamment l'agitation, les symptômes présentés par le patient, les éventuels propos tenus par le patient)

La lecture de jurisprudences laisse apparaître l'examen quasi systématique de l'état de santé et du comportement du patient les heures et jours précédant l'exécution du funeste projet.

Dans un arrêt en date du 27 janvier 2005¹¹, les juges n'ont pas retenu la responsabilité d'un établissement hospitalier à la suite de la défenestration d'une patiente, décédée sur le coup : [...] *l'établissement hospitalier a pris en compte l'état de santé de M^{lle} T., lors de son transfert au service d'ophtalmologie, tant sur le plan physiologique qu'en raison du comportement qui pouvait laisser penser qu'elle pouvait, à nouveau tenter de se suicider, en plaçant cette malade dans une chambre dont les fenêtres étaient verrouillées et en lui administrant les soins appropriés à son état. Considérant, d'autre part, qu'il n'est pas établi [...] que M^{lle} T. aurait manifesté, dans les heures qui ont précédé son décès, un comportement nécessitant un renforcement de la surveillance alors exercée selon les seules exigences du placement libre [...] elle était apparue sereine à la perspective de son transfert, rien ne permettait de penser que M^{lle} T. profiterait de ce court laps de temps pour gagner la chambre voisine [...].*

Dans le même ordre d'idée, les juges suprêmes ont estimé que l'autorisation de sortie d'un malade mental qui se rend coupable d'une agression n'engage pas la responsabilité de l'établissement car les médecins n'avaient pas mésestimé l'état de santé du patient compte tenu de l'évolution positive de la maladie¹².

Le Conseil d'État, dans un arrêt en date du 16 avril 1980¹³, est par contre venu sanctionner à ce titre un établissement hospitalier pour le fait d'avoir laissé sans surveillance un patient très agité qui a agressé un autre patient, alors que son état actuel exigeait une surveillance plus accrue.

Toujours en sens contraire, il semble intéressant de mentionner l'arrêt de la cour administrative d'appel de Paris¹⁴ relatif à un patient hospitalisé en H.L. Au cours d'une sortie, ce patient, suivi depuis dix ans (séjours fréquents) par un établissement psychiatrique, a tué trois personnes. Le juge a retenu la responsabilité de l'hôpital en mettant en avant le défaut de surveillance : *Considérant qu'il ressort du rapport d'expertise que si l'état clinique de M. D. pouvait, le 19 juin 1991, justifier son admission au régime de l'hospitalisation de nuit en vue de faciliter une éventuelle réinsertion sociale par les sorties autorisées dans la journée, une brusque aggravation de son état mental avait été signalée au soir du 24 août 1991 par l'interne de garde qui notait, chez l'intéressé, les manifestations d'une forte angoisse et la reprise de ses délires; qu'une telle observation, dont il ne résulte pas des pièces du dossier qu'elle ait été portée à la connaissance du médecin référent de M. D., n'a donné lieu à aucune suite de la part des responsables de l'unité de soins, alors qu'elle aurait dû, selon l'expert, provoquer un renforcement tant du traitement médical que des conditions de surveillance du malade; que l'abstention ainsi caractérisée doit être regardée, eu égard aux antécédents médicaux de M. D., comme ayant favorisé le passage à l'acte auquel s'est livré le malade le 28 août 1991 [...]*.

On rappellera que le défaut de surveillance peut être soulevé après l'hospitalisation d'une personne et que la responsabilité d'un établissement peut être engagée pour ne pas avoir exercé une surveillance particulière alors même que l'état de santé du patient et les propos tenus par celui-ci étaient inquiétants. Tel fut le sens de l'arrêt rendu le 19 décembre 2006 par la cour administrative d'appel de Lyon¹⁵. Huit jours après sa dernière sortie, un patient a mis fin à ses jours à son domicile par l'absorption d'une dose massive de médicaments. Les juges ont souligné les antécédents suicidaires de ce patient qui auraient dû amener un accompagnement après son hospitalisation. *Il est constant que M. F. avait fait, outre la tentative de suicide à l'origine de son hospitalisation, plusieurs tentatives de suicides itératives [...] avant sa dernière sortie, il avait manifesté auprès des médecins ses craintes de se retrouver seul, sa compagne ayant décidé de le quitter définitivement [...]; deux notes médicales des 5 et 10 mars [le patient a mis fin à ses jours le 24 mars 1997] avaient relevé que M. F. allait mal et redevenait un « patient à risque »; dans ces conditions, il appartenait au service public hospitalier, quelles que fussent les méthodes thérapeutiques utilisées, d'exercer sur lui une surveillance particulière; la circonstance que ce dernier ait été autorisé à sortir du CH plus de huit jours avant le début de sa cure de désintoxication, sans que l'hôpital assortisse cette autorisation de mesures d'accompagnement durant cette période intermédiaire, constitue une faute de nature à engager la responsabilité de l'établissement.*

■ Le caractère prévisible ou imprévisible du geste ou du comportement

La cour administrative d'appel de Bordeaux, dans une décision en date du 23 novembre 1993, considère que le décès d'une vieille dame suite à une fugue ne constitue pas une

faute car aucun signe ne laissait pressentir une fugue. En ce sens, la cour administrative d'appel fonde sa décision sur le caractère non prévisible du geste de la patiente, qui vient exonérer l'établissement hospitalier de toute responsabilité.

Également, récemment, la cour administrative d'appel de Nantes¹⁶, a considéré que le suicide d'un malade atteint de troubles mentaux n'est pas imputable à une faute de service eu égard aux circonstances rendant imprévisible le comportement de ce malade : *Considérant que si quatre jours avant l'accident susrelaté, M. Éric Jézéquel avait manifesté une inquiétude tenant à la perspective d'un changement d'établissement et à la mésestimation de ses parents, il résulte de l'instruction qu'en égard à l'absence de manifestation anormalement exacerbée de son anxiété et au caractère tout à fait habituel, dans le cadre de sa pathologie, de son comportement le soir même précédant sa défenestration, son geste était imprévisible et ne peut être imputé à une sous-estimation de son état constitutive d'une erreur de diagnostic [...]*.

■ La connaissance de tendances suicidaires ou antécédents suicidaires

La connaissance de tendances ou antécédents suicidaires peut amener les juges à considérer que la surveillance aurait dû être renforcée. Une fois de plus, le choix du groupe verbal « peut amener » n'est certes pas anodin en ce sens que ce constat n'engendre pas (mais peut engendrer) *de facto* une reconnaissance de la responsabilité d'un établissement. Souvent associé à d'autres éléments, d'autres « critères », ce constat peut être une présomption défavorable pour l'établissement et appeler en responsabilité celui-ci.

Dans un arrêt de la cour administrative d'appel de Bordeaux en date du 28 mai 1996¹⁷, les juges sont venus rappeler que les antécédents suicidaires d'un patient exigeaient une surveillance particulière : *Considérant qu'il résulte de l'instruction qu'au cours de l'année 1998, M^{me} Hélault avait déjà séjourné dans un centre psychiatrique à la suite d'une dépression et avait tenté, durant ce séjour, de se suicider par absorption de barbituriques; que pendant les deux mois de son hospitalisation au centre de Sarlat, elle avait présenté des épisodes délirants au cours desquels elle avait manifesté son intention de mettre fin à ses jours; que bien qu'elle ait été hospitalisée en service libre, il appartenait au centre hospitalier, au vu de ces antécédents qu'il ne pouvait ignorer, d'exercer une surveillance particulière à son égard [...]*.

De même, la circonstance qu'un patient, hospitalisé sous contrainte à la suite d'une tentative d'autolyse, parvienne à fuguer le jour même de son admission et mettre fin à ses jours a suffi à elle seule à engager la responsabilité de l'établissement sur le fondement du défaut de surveillance. Tel fut le sens de l'arrêt rendu le 29 mars 2005 par la cour administrative d'appel de Paris¹⁸ : *[...] l'admission de M. S. était consécutive à une tentative de suicide par absorption de médicaments [...]; le médecin psychiatre qui a examiné l'intéressé [...] a lui-même estimé que celui-ci, qui s'opposait à son hospitalisation, devait faire l'objet d'une hospitalisation à la demande d'un tiers [...]; dans ces conditions, le fait pour le service d'avoir laissé le jeune A. sans surveillance après son entretien avec le psychiatre au point de ne même pas s'apercevoir de sa disparition qui n'avait pas encore été signalée à sa famille lorsque l'intéressé s'est suicidé dans l'après-midi par défenestration après avoir regagné son domicile [...]. Les juges ont d'ailleurs écarté le moyen soulevé relatif au comportement du jeune patient au moment de son entretien avec le médecin psychiatre : La circonstance que le psychiatre ait conclu à une conduite de type impulsif sans gravité importante et que l'intéressé ait été calme au moment de sa fuite, ne dispensait pas le service de son obligation de surveillance dans les conditions susrappelées de son admission [...]*.

On relèvera pour la présente espèce une circonstance aggravante découlant du défaut de constatation de l'absence du patient, qui donne la mesure du défaut de surveillance dont le service s'est rendu coupable.

Également, les juges en appel, dans un arrêt en date du 29 janvier 1998¹⁹, ont associé les antécédents suicidaires au comportement de la patiente pour retenir la responsabilité pour faute de l'établissement hospitalier : *Il résulte de l'instruction que le médecin psychiatre avait été informé lors de l'admission de M^{me} V. de ses précédentes tentatives de suicide et des fugues qu'elle avait faites des établissements l'ayant accueillie; que si l'équipe soignante pouvait estimer nécessaire d'interdire temporairement toute rencontre entre M^{me} V. et sa famille, le vif désir d'une telle rencontre exprimé par l'intéressée, qui venait de renouveler sa demande d'entrer en contact immédiat avec ses proches, aurait dû, eu égard aux antécédents susrappelés, inciter le personnel à exercer une surveillance accrue sur la malade [...].*

Enfin, on citera la décision du tribunal administratif de Lille, en date du 25 septembre 1997²⁰, où les juges ont considéré que *compte tenu de l'état de santé et des antécédents de M^{me} B., il appartenait au personnel de l'unité de soins normalisés du CHR d'exercer sur elle une surveillance particulière; que le fait que M^{me} B. ait pu sortir librement du secteur « haute surveillance » de l'établissement dans des circonstances qu'il n'est pas possible de déterminer révèle un fonctionnement défectueux du service de nature à engager la responsabilité du centre hospitalier.*

En sens contraire, les juges en appel, dans un arrêt rendu le 14 octobre 2004²¹, n'ont pas retenu la responsabilité de l'établissement à la suite d'une fugue d'un patient qui a été mortellement accidenté quelques heures après avoir quitté de sa propre initiative la structure : *Considérant que si l'état général de G. V. pouvait être regardé comme préoccupant en raison de la première tentative de suicide du 6 octobre 1994 [on précisera que la fugue eut lieu le 21 octobre 1996] et des blessures qui en sont la conséquence, il n'est pas établi [...] qu'il aurait manifesté dans les jours qui ont précédé son décès un comportement nécessitant un renforcement de la surveillance alors exercée selon les seules exigences du placement libre [...].*

Il en est de même dans un arrêt en date du 19 octobre 2006 de la cour administrative d'appel de Marseille²². Dès lors que l'établissement n'avait pas connaissance d'antécédents suicidaires et n'a pas relevé un état d'agitation particulier, la responsabilité de l'établissement, à la suite du suicide par défenestration, n'a pas été retenue par les juges. *M. A. ne présentait à son admission ni antécédent ni symptôme particulier semblant le prédisposer à un comportement suicidaire et n'était pas jusqu'alors agité [...]. Si les requérants allèguent avoir alerté les praticiens sur le fait que M. A. était traité sur le plan psychiatrique pour état phobique, une telle circonstance ne suffit pas à établir l'existence d'un risque particulier de suicide; dans ces conditions, l'état de santé de M. A. ne nécessitait pas une surveillance et des soins excédant ceux pratiqués [...] Le malade paraissait calme et ne nécessitait, pour les raisons susindiquées, aucune surveillance particulière.*

On notera, par souci de rigueur, que l'établissement, dans la présente espèce, est un centre hospitalier général.

Ces trois premiers « critères » se retrouvent dans bon nombre de jugements ou arrêts, notamment les tendances suicidaires du patient.

Une petite remarque convient d'être émise s'agissant de l'évolution de la jurisprudence. L'exposé de ces jurisprudences est l'illustration du caractère évolutif du droit hospitalier. Ainsi, la gravité des faits d'une espèce, l'influence

de l'opinion publique par la médiatisation d'une espèce, le côté inacceptable du dommage, le souci d'indemniser... sont des facteurs qui peuvent influencer sur l'orientation de la décision; c'est la raison pour laquelle on assiste à des revirements de jurisprudence, tels la naissance de la responsabilité sans faute : alors même qu'il n'y a pas de faute commise par l'établissement hospitalier, sa responsabilité peut se voir engager... tel le concept de la perte de chance, technique qui s'est parfois vue qualifier d'indemnisation de « préjudice imaginaire ».

■ Le mode d'hospitalisation

Certes, les illustrations jurisprudentielles ci-dessus démontrent qu'il n'y a pas de règle générale à retenir s'agissant de l'obligation de surveillance pour un patient hospitalisé en HL. Toutefois, il convient de souligner le fait que les juges ont tendance à être plus sévères pour le défaut de surveillance de patients hospitalisés sous contrainte.

Ainsi, la majorité des décisions rendues par les juges retiennent la responsabilité de l'établissement psychiatrique sur le fondement du défaut de surveillance s'agissant de fugue ou de suicide pour des patients hospitalisés sous contrainte.

Le mode de l'hospitalisation sous contrainte implique, pour les juges, un renforcement de la surveillance.

■ La nature de la surveillance exercée

On rappellera le fait qu'aucune réglementation ne vient envisager la qualité de la surveillance, ni préciser ce que pourrait être un dispositif de sécurité adéquat. Au sein des arrêts rendus par les juridictions administratives, les juges apprécient les modalités de la surveillance exercée, le comportement du personnel soignant, notamment au regard des prescriptions médicales et du « degré » de surveillance exigé ou recommandé par le médecin.

Par exemple, le juge regarde si le patient était autorisé à quitter l'établissement ou à se promener dans l'enceinte de l'hôpital, examine la fréquence des visites par le personnel soignant.

Dans sa décision en date du 30 décembre 2000, la cour administrative d'appel de Nantes²³ a ainsi considéré que *l'évolution de son état de santé ne faisait pas apparaître la nécessité d'une surveillance renforcée au-delà des contrôles assurés par l'infirmier et l'aide-soignante de garde [...].*

A ce titre, il convient d'ouvrir une parenthèse au sujet du dossier du patient sur lequel s'appuie le juge. Le dossier du patient est quasiment la seule source d'informations permettant au juge d'analyser les circonstances de l'espèce. Il faut bien comprendre l'importance d'une bonne tenue du dossier du patient, qui est une présomption favorable pour l'établissement hospitalier. Il importe d'y inscrire régulièrement les informations, notamment relatives à la surveillance. Afin de déterminer si des rondes régulières ont été effectuées, si la surveillance était « correctement » menée, les juges rechercheront ce type d'information au sein du dossier du patient. Ce qui n'est pas écrit dans le dossier est réputé ne pas avoir été fait.

Enfin, on rappellera l'idée suivante : le juge est plus strict s'agissant d'un établissement spécialisé habilité à accueillir des personnes hospitalisées sous contrainte. Dans une décision en date du 23 novembre 1993²⁴, le juge indique clairement qu'un *hôpital général n'est pas tenu, en matière de surveillance, aux mêmes obligations qu'un hôpital spécialisé*. Dans cette affaire, une vieille dame, âgée de quatre-vingts ans, avait été admise dans un service de neurochirurgie d'un hôpital général. Profitant de la distribution, en fin d'après-midi, des repas aux malades et de la présence

de nombreux visiteurs, la patiente a pu quitter l'établissement sans être remarquée. Des recherches ont été entreprises immédiatement dans le service et aux alentours lorsqu'une infirmière a constaté sa disparition. Les services de police ont également été prévenus et la famille le lendemain des faits. Le corps inanimé de la patiente a été retrouvé trois jours après, dans un immeuble en construction. Dans cette affaire, les juges ont indiqué que le motif de l'hospitalisation n'engendrait pas une surveillance particulière, exonérant ainsi l'établissement de toute responsabilité. Également, il semble intéressant de préciser que le juge n'a pas considéré que le défaut d'information de la famille le jour même était constitutif d'une faute dans la mesure où *rien ne laisse supposer qu'une information plus précoce de la famille eût rendu possible un aboutissement plus rapide des recherches et une issue différente pour la malade*, la patiente ayant été retrouvée dans un lieu pour lequel elle n'avait aucune attache. Cet exemple démontre une fois de plus la part de « subjectivité » et l'appréciation *in concreto* des affaires. En effet, en l'espèce, si la patiente avait été retrouvée inanimée dans un lieu qu'elle avait l'habitude de fréquenter, il est permis de penser que les juges auraient retenu la responsabilité de l'établissement hospitalier en argumentant dans le sens contraire, c'est-à-dire une alerte plus précoce de la famille qui aurait permis d'éviter le décès de la patiente...

Dans une autre affaire, les juges ont été plutôt sévères en retenant la responsabilité de l'établissement hospitalier sur le fondement de la surveillance²⁵. En l'espèce, une jeune patiente s'est brûlée au troisième degré, au pied et à la cheville, alors qu'elle prenait un bain, en manipulant seule, en l'absence de l'infirmière, le robinet d'eau chaude de la baignoire qui n'était pas équipé à l'époque d'un mitigeur. Pour sa défense, l'hôpital souligna le fait que l'infirmière chargée de la surveillance de la patiente s'est absentée un court moment en raison d'une urgence dans le service. Les juges ont considéré que l'absence de l'infirmière, appelée auprès d'une autre malade, ne l'empêchait pas de continuer à garder un œil vigilant sur la jeune fille de laquelle elle n'était séparée que par un vitrage.

En sens contraire, les juges, dans un arrêt rendu le 25 janvier 2007²⁶, n'ont pas retenu la responsabilité d'un établissement à la suite d'une chute intentionnelle d'un patient suicidaire placé en chambre d'isolement, chute mortelle, mettant en avant l'adéquation de la surveillance au regard de la pathologie, le comportement et l'état de santé du patient. Le patient *a reçu des soins adaptés à ses pathologies et a fait l'objet d'une surveillance attentive comme en témoignent les réactions rapides des personnels aux divers incidents qui émaillaient les journées à l'hôpital de ce malade agité et agressif [...]*.

Une parenthèse convient d'être ouverte s'agissant de cet arrêt où les juges ont pris le soin de souligner la nécessité médicale conduisant à la contention physique ou à la sédation médicamenteuse. La mesure de mise en chambre d'isolement et la contention relèvent du soin : *La contention physique des malades, qui consiste à les maintenir alités membres supérieurs et inférieurs attachés par des sangles, n'est utilisée, du fait de l'atteinte à la dignité de la personne, qu'en dernier recours après que le personnel soignant a d'abord usé des pouvoirs de la parole, de la pharmacopée à doses suffisantes et des chambres d'isolement*. Moyen d'ordre public pouvant être soulevé d'office par les magistrats du parquet, le principe de dignité de la personne humaine fait partie intégrante du Code de la santé publique depuis la désormais célèbre loi Kouchner du 4 mars 2002²⁷. Un établissement hospitalier a ainsi déjà été condamné pour avoir placé un patient dans une chambre d'isolement que ce dernier avait qualifiée comme étant « insalubre » ; cette action indemnitaire trouvait son fondement dans le principe de la dignité.

■ L'organisation matérielle du service : l'aménagement des locaux

Les juges, dans la plupart de ces décisions et selon les circonstances de l'espèce, ont tendance à associer l'examen des locaux, s'intéressant notamment à l'existence de dispositifs de sécurité, en complément de l'examen de la qualité de la surveillance exercée.

Par exemple, dans un arrêt rendu le 29 janvier 1998²⁸, la cour administrative d'appel de Nantes a retenu à la fois le défaut de surveillance et l'aménagement des locaux. Au-delà des tendances suicidaires de la patiente qui exigeait une surveillance accrue, les juges ont constaté que le fait que *l'intéressée « ait » pu se rendre seule aux toilettes, d'où elle a franchi sans difficulté excessive le vasistas, protégé par un grillage extérieur dont la conception se révèle impropre à empêcher la chute de la patiente [...] que les circonstances susrelatées de l'accident survenu à Mme V. révèlent ainsi tant un défaut de surveillance qu'un aménagement défectueux des locaux constitutifs d'un défaut d'organisation du service de nature à engager la responsabilité [...]*.

Ainsi les juges examinent les lieux afin d'établir si ceux-ci étaient adaptés au degré de surveillance « souhaité » pour un patient.

Dans une autre espèce, pour exonérer l'établissement de toute responsabilité à la suite d'un décès résultant de la défenestration d'une patiente, les juges en appel ont souligné, dans un arrêt en date du 27 janvier 2005²⁹, que la chambre de la patiente était dotée d'un équipement sécurisé aux fenêtres, indiquant que la circonstance que la patiente ait profité d'un court laps de temps pour se défenestrer dans une chambre voisine ne peut être constitutive d'un défaut d'aménagement des locaux : *[...] l'établissement hospitalier a pris en compte l'état de santé de Mlle T. [...] en plaçant cette malade dans une chambre dont les fenêtres étaient verrouillées [...] que rien ne permettait de laisser penser que Mlle T. profiterait d'un court laps de temps pour gagner la chambre voisine [...]*.

On notera que les juges ont eu l'occasion de se prononcer sur l'aménagement des locaux d'une chambre d'isolement et des conditions liées à cette situation. Dans cette espèce³⁰, un patient, placé en chambre d'isolement, est tombé lourdement, de manière intentionnelle, en reculant vers la porte, le dos et la tête en premier contre le chambranle de la porte provoquant un hématome sous-dural à l'origine de son décès quatre jours plus tard. En premier lieu, les juges ont souligné l'adéquation de la mesure de mise en chambre d'isolement à l'état de santé et la pathologie de la personne : *Le placement et le maintien du placement en chambre d'isolement étaient justifiés compte tenu, d'une part, de sa pathologie mentale associée à une pathologie pulmonaire chez un sujet obèse qui limitait fortement l'usage sans danger des psychotropes sédatifs et, d'autre part, de la nécessité de contenir son agressivité et sa violence potentielle tant envers les autres qu'envers lui-même*. Les juges se sont ensuite intéressés à l'aménagement de la chambre d'isolement, considérant que *le fait qu'une chute volontaire entraînant le décès ait pu se produire dans la chambre d'isolement dépourvue de tout meuble hormis la présence d'un lit scellé au sol ne suffit pas à établir qu'une faute ait été commise [...] il était légitime de ne pas réaliser de contention physique, eu égard à la forte corpulence du malade et à la nécessité d'une sédation médicamenteuse*.

Par souci de complémentarité et de rigueur, il convient d'ajouter que l'aménagement des locaux est également un des fondements qui permet à lui seul la mise en jeu de la responsabilité d'un établissement hospitalier. Dans une dé-

cision du tribunal administratif de Nice, en date du 10 août 1987, l'aménagement défectueux des locaux a entraîné la responsabilité de cet hôpital général. Dans cette affaire, un jeune patient, admis dans le service de psychiatrie et de psychologie médicale du CHR de Nice, a mis fin à ses jours en se pendant dans les toilettes.

Le patient avait été examiné le jour même par un médecin qui jugea que son état ne justifiait pas une surveillance particulière. Le rapport d'enquête a démontré que le patient a mis son funeste projet à exécution au moyen de fil électrique d'alimentation de l'appareil de ventilation des sanitaires ; le fil en question n'était pas fixé de façon indissociable au mur des locaux sanitaires.

Au regard de la surveillance, le juge a estimé qu'il ne peut être reproché au personnel du service de ne pas l'avoir empêché de s'isoler dans les toilettes, compte tenu des indications médicales. Par contre, compte tenu des moyens dont dispose l'établissement et de sa vocation propre, l'aménagement des locaux révèle une faute de service engageant la responsabilité du centre hospitalier.

Un dernier arrêt, rendu le 6 février 2007³¹, qui, au demeurant, laisse les juristes perplexes, peut s'inviter en conclusion de ces commentaires de la jurisprudence.

La circonstance qu'une patiente ait pu dissimuler un briquet dans ses sous-vêtements, puis mettre le feu au lit sur lequel elle était entravée, révèle un défaut de surveillance qui constitue une faute dans l'organisation et le fonctionnement du service de nature à engager la responsabilité du centre hospitalier sans que puisse y faire obstacle la circonstance que M^{me} R. n'aurait pu être fouillée à corps en l'absence de personnel féminin.

Les fouilles, assimilées sur un plan pénal à une perquisition, ne peuvent être que le fait de personnes *es qualités*, dûment habilitées, et en aucun cas le fait de personnel soignant d'un établissement de santé... L'arsenal législatif et réglementaire actuel ne permet pas aux professionnels de santé d'exercer une surveillance à la hauteur des exigences parfois posées par les juges dans certaines espèces. Cet arrêt en est une illustration, qui n'a pas manqué d'être commentée !

Outre les fouilles, et depuis les lois dites Sarkozy de 2003, on soulignera que les palpations de sécurité ne peuvent plus être le fait de tierces personnes, qu'elles soient soignantes ou agents de sécurité d'un établissement hospitalier. Au-delà de ces considérations, il est constant que le contrôle de la détention de briquets par les patients demeure problématique, et en ce sens ingérable.

Malgré les précautions prises par les professionnels, malgré les mesures de contrôle effectuées, par exemple, à l'occasion du retour d'une personne de permission de sortie, malgré la vigilance des soignants, les patients parviennent encore à dissimuler des briquets.

Mais ceci relève d'un autre débat, d'une autre réflexion... n'étant actuellement pas le seul sujet posant question aux professionnels exerçant dans le domaine de la santé mentale.

1. Cf. J.-M. CLÉMENT, « Chroniques de jurisprudence », *Gazette de l'Hôpital*, août 2007, n° 69, p. 22 et suiv.
2. La notion d'obligation de surveillance n'est pas exclusive à la santé mentale. Ce fondement est retenu par les juges dans différentes espèces s'agissant, par exemple, du rapt d'un enfant dans une maternité, s'agissant également de complications postopératoires où les juges imputent la responsabilité d'un établissement hospitalier, responsabilité consécutive à un défaut de surveillance.
3. Loi n° 90-527, du 27 juillet 1990, relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.
4. Circulaire DGS/SP3 n° 48, du 19 juillet 1993, portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjour des malades hospitalisés pour troubles mentaux.
5. Selon la nouvelle numérotation de l'ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000 – Ancien article L. 326-2 de ce même code.
6. Statut défini par le décret n° 74-27, du 14 janvier 1974, relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux – décret abrogé et modifié par le décret n° 2003-462 du 21 mai 2003 – règles de fonctionnement désormais codifiées au sein de la partie réglementaire du Code de la santé publique (art. R. 1112-11 et suiv.).
7. On précisera qu'il ne s'agit pas d'un contrat au sens juridique du terme, cette formulation devant être entendue comme un contrat « moral ».
8. Ce n'est qu'en 2004 que l'ANAES fut rebaptisée HAS. Ainsi, lors de la rédaction de ce référentiel, en 1998, cette autorité était encore dénommée ANAES.
9. CE, 26 mai 1982, CHS de Blois c./ Guellaf.
10. CAA, Nancy, 14 octobre 2004, dame Boulanger et autres, n° 99NC00266.
11. CAA, Nancy, 27 janvier 2005, Georges, n° 00NC00459.
12. CE, 1^{er} octobre 1969, ville de Paris c./ époux Pion.
13. CE, 16 octobre 1980, Ghelaf.
14. CAA Paris, 14 décembre 1999, CHS de Maison-Blanche c./ Itier, n° 97PA02118, *FJH*, n° 66, 2000, p. 249 et suiv.
15. CAA Lyon, 19 décembre 2006, dame Ruffo, n° 03LY01665, *FJH*, n° 54, juin 2007.
16. CAA Nantes, 20 décembre 2000, Jézéquel, n° 96NT02160, *FJH*, n° 63, septembre 2000, p. 238 et suiv.
17. CAA Bordeaux, 28 mai 1996, CH Jean-Leclaire de Sarlat, n° 95BX820, *FJH*, n° 3, janvier 1997, p. 5 et suiv.
18. CAA Paris, 29 mars 2005, Santos, n° 01PA01842, *FJH*, n° 12, février 2006.
19. CAA Nancy, 20 janvier 1998, centre de soins et d'hygiène Ulysse-Trélat, n° 95NC00177, *FJH*, n° 71, octobre 1998, p. 212 et suiv.
20. TA Lille, 25 septembre 1997, époux L. c./ CHR de Lille.
21. CAA Nancy, 14 octobre 2004, dame Boulanger, préc.
22. CAA Marseille, 19 octobre 2006, El Aissaoui, n° 05MA00624, *FJH*, n° 38, mars 2007, p. 187 et suiv.
23. CAA Nantes, 30 décembre 2000, Jézéquel, préc.
24. CAA Bordeaux, 23 novembre 1993, consorts B. c./ CHR de Bordeaux.
25. TA Lyon, 2 mai 1991, Hospices civils de Lyon.
26. CAA Marseille, 25 janvier 2007, dame Macaire, n° 05MA01245, *FJH*, n° 55, mai 2007, p. 275.
27. Loi n° 2002-303, du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. L'article L. 1110-2 du Code de la santé publique dispose : « La personne malade a droit au respect de sa dignité. » Chacun aurait ainsi sa conception de la dignité !...
28. CAA Nancy, 29 janvier 1998, centre de soins et d'hygiène mentale Ulysse-Trélat, préc.
29. CAA Nancy, 27 janvier 2005, Georges, préc.
30. CAA Marseille, 25 janvier 2007, dame Macaire, préc.
31. CAA Douai, 6 février 2007, CH de Denain, n° 06PA00971, *FJH*, n° 43, avril 2007, p. 213 et suiv.

E.P.S.M. des Flandres
Responsable Cellule Juridique
V. DUJARDIN



LE BULLETIN JURIDIQUE DU PRATICIEN HOSPITALIER
Directeur de la publication : Sébastien CLÉMENT
Directeur scientifique et rédacteur en chef : Jean-Marie CLÉMENT
Commission paritaire 0803 K 78312

MENSUEL D'INFORMATIONS JURIDIQUES DES MÉDECINS HOSPITALIERS
Siège social : 38, rue du Commandant-Charcot - 33000 BORDEAUX
ISSN 1276-2245