HAL
open science

Responsabilité médicale et psychiatrie

Olivia Henri

To cite this version:

Olivia Henri. Responsabilité médicale et psychiatrie. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01216667

HAL Id: dumas-01216667

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01216667

Submitted on 16 Oct 2015

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

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

Université de Bordeaux

U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2015 Thèse n° 3049

Thèse pour l'obtention du

DIPLÔME d'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
le 8 juillet 2015

par Olivia Anne Claire HENRI
Née le 14 octobre 1982 à Fribourg

Responsabilité médicale et psychiatrie

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Geoffroy COUHET

Jury :

Madame le Professeur Hélène VERDOUX, Présidente

Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD, Juge

Monsieur le Docteur François GOSSE, Juge

Monsieur le Docteur Kévin ROSSINI, Juge

Rapporteur :

Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON.

Remerciements

A LA PRESIDENTE DU JURY

Madame le Professeur Hélène VERDOUX

Professeur des Universités en Psychiatrie

Praticien Hospitalier

Docteur en Epidémiologie

Chef de Pôle Universitaire de Psychiatrie adulte

Coordonnatrice du D.E.S. de Psychiatrie

Centre Hospitalier Charles PERRENS, Bordeaux.

Vous me faites l'honneur de présider ce jury.

Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère et respectueuse reconnaissance pour m'avoir permis de réaliser ce travail, pour m'avoir conseillée et orientée vers mon directeur de thèse, pour le temps que vous m'avez accordée, et pour la qualité de votre enseignement dans le cadre du DES de psychiatrie.

AU RAPPORTEUR

Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON

Professeur des Universités en Psychiatrie

Praticien Hospitalier

Chef de Pôle Universitaire de Psychiatrie adulte

Co-directeur du Master 2 Professionnel de Criminologie et Victimologie

Co-directeur du Diplôme Inter Universitaire de Psychiatrie Criminelle et Médico-Légale

Centre Hospitalier La Milétrie, Poitiers.

C'est pour moi un réel honneur que vous ayez accepté d'être le rapporteur de ce travail, pour lequel votre enseignement en psychiatrie légale m'a beaucoup apporté. Merci pour la qualité de votre enseignement, vos compétences didactiques que j'ai pu apprécier dans le cadre du diplôme inter universitaire de psychiatrie médico-légale, pour votre jugement de mon travail préliminaire à cette thèse.

AUX MEMBRES DU JURY

Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier

Chef de Pôle Universitaire de Pédopsychiatrie

Centre Hospitalier Charles PERRENS, Bordeaux

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et mon profond respect.

Au cours du semestre dans votre pôle, j'ai pu découvrir et aimer la psychiatrie de l'enfant ; merci pour votre enseignement clinique en consultation.

Monsieur le Docteur François GOSSE

Docteur en Médecine, Pédopsychiatre

Praticien Hospitalier

Chef de Pôle de Psychiatrie

Centre Hospitalier de Libourne

Vous m'avez accueillie un an dans votre service, où j'ai appris chaque jour, en théorie, en clinique par votre enseignement, formel et informel, qui a été déterminant pour mon orientation. Merci de votre confiance, votre patience, vos conseils, votre humanisme. Je vous dois aussi mon baptême d'IME, d'ITEP, de CES, d'ASE, de TGI, et d'ARS.

Recevez mon estime pour vos talents de clinicien, mes remerciements pour ce que vous m'avez transmis, de savoir, de savoir-être et savoir-faire, pour votre aptitude à rendre Winnicott et d'autres limpides…

Monsieur le Docteur Kévin ROSSINI

Docteur en Médecine, Psychiatre

Praticien Hospitalier

Pôle de Psychiatrie Adulte Arcachon Médoc

Centre Hospitalier Charles PERRENS, Bordeaux

Tu acceptes d'appartenir à mon jury de thèse.

Merci pour ton soutien, polyvalent, indéfectible, ta présence pendant ces quatre années, ton intérêt pour mon travail, ton ardeur à me faire répéter, tes encouragements, ta clairvoyance, ton amitié. C'est une chance que j'ai eue de te connaître en commençant mon internat.

A MON DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Docteur Geoffroy COUHET

Docteur en Médecine, Psychiatre

Praticien Hospitalier

Centre de Réhabilitation Psycho-social

Centre Hospitalier La Tour de Gassies, Bruges.

Tu as accepté de diriger mon travail et m'as permis de le mener à terme.

Reçois ici tous mes remerciements pour ton accompagnement, tes observations et tes conseils, et ton enseignement clinique pour ce dernier semestre que j'ai la chance de réaliser dans ton service.

A tous les psychiatres qui ont contribué à ma formation, m'ont conseillée, guidée, soutenue et permis de progresser :

Madame le Docteur Orianne HOSTACHE,
Madame le Docteur Claire FOURTICQ-TIRE,
Monsieur le Docteur Jean-Marie LARIVIERE,
Monsieur le Docteur Gilles ROBINO,
Monsieur le Docteur David BIOLSI,
Monsieur le Docteur Toky RAJERISON,
Madame le Docteur Carole BACHOLLET,
Madame le Docteur Laure DESMARTIES,
Madame le Docteur Fatima GRAIA,
Monsieur le Docteur Vincent HEDE.

A mes amis pour leur soutien, leur présence et pour m'avoir supportée pendant ces années de médecine, Loïc de Tarragon, Frédéric Marlier, Ûyen-Mi Bahn, Élisabeth-Marie Nemo, Élise Duclos, Florence Perrodeau déjà docteur.

A Samuel pour ton soutien jusqu'à l'internat.

A l'ensemble de la pédopsychiatrie libournaise qui a enduré les affres de la préparation de ma soutenance, à Gilles et David pour leur implication notable dans les choix calendaires, à Véronique pour ton soutien moral !

A l'équipe de COE, Elise, Julie, Hélène, Marie, Claudine, Marie-Christine, Élodie, Antoine, Virginie, Vanessa, Magalie.

A mes professeurs de Khâgne et d'avant, Monsieur Charvet, Monsieur Bras, Madame Etrillard, Monsieur Gely, Monsieur Le Troquer, et François Moog même si tu as préféré la théologie.

Sommaire

Responsabilité médicale et psychiatrie 19

Introduction 19

I. Responsabilité et médecine : définitions, évolution 21

1. Responsabilité : approche du concept en sciences sociales 21

1. Définitions et étymologie 21
2. Responsabilité et philosophie, ancienneté du concept 21
3. Un concept social 22
4. Le libre arbitre, un pré requis à la responsabilité 22
5. Un concept laïc et théologique : 23
6. Le libre-arbitre, une évidence ? 23
7. Libre arbitre ou non, conséquences 24
8. Responsabilité : définition négative du concept juridique 24

2. Historique du concept de responsabilité médicale 26

1. Ancienneté du principe de sanction attaché à l'exercice médical 26
2. Prémices de la responsabilité médicale moderne 27
3. Responsabilité délictuelle vs contractuelle 27
4. Abolition de la distinction responsabilité délictuelle / responsabilité contractuelle 28
5. Evolution de la relation Médecin-Patient 29
6. Vers une assimilation du contrat médical au droit de la consommation 30
7. Obligations du médecin 30

3. Les formes de responsabilité en médecine 31

1. Sanction 31
   1. Responsabilité pénale 32
   2. Responsabilité ordinale ou disciplinaire 33
   3. Responsabilité administrative 34
2. Réparation 34
   1. Responsabilité civile 34
   2. Responsabilité administrative 35
   3. Régimes de responsabilité sans faute : 35
   4. Apports de la loi du 4 mars 2002 35

4. Eléments de responsabilité médicale comparée 37
1. Responsabilité médicale aux États-Unis 38
1. Différences dans les fondements du droit : Common Law et droit jurisprudentiel 38
2. Un droit par État 38
3. Poursuites pour *Malpractice* 39
4. Un système à l'accès plus facile ? 39
1. Rémunération des avocats 39
2. Recours collectifs 40
3. Règles différentes dans l'attribution des dommages et intérêts 40
5. Institutions juridiques 41
1. Un système civil accusatoire 41
2. Éléments de la faute médicale 41
3. Déroulement des poursuites 42
6. Critique du système de responsabilité 44
7. Réforme de la responsabilité civile délictuelle 44
2. Aperçu d'autres régimes de responsabilité 45
3. Judiciarisation en France ? 46

5. Quelles sont les données disponibles à propos de la responsabilité médicale en France ?..46
1. Estimation du contentieux : des sources hétérogènes 46
1. Décisions de justice 46
2. Contentieux pénal 47
3. Contentieux administratif 47
4. Condamnations des établissements 47
5. Contentieux civil 49
6. Sinistralité des assureurs 50
2. Evolution et actualité du contentieux d'après les données de la MACSF-SOU Médical 50
1. Répartition des plaintes 53
2. Décisions de justice (civiles et pénales) 53
1. Répartition des décisions par voie juridique 53
2. Contentieux par spécialité (civil et pénal) 54
3. Contentieux civil 57
1. Evolution du nombre de médecins condamnés civilement 59
2. Montant des indemnisations 60
3. Montant des indemnisations par spécialité 60
4. Contentieux pénal 63
1. Proportion de condamnations 63
2. Contentieux pénal par spécialité 63
3. La psychiatrie : poursuites fréquentes, condamnations rares ? 65
5. Procédures CCI 66
1. Procédure CCI vs procédure civile 67
2. Répartition par spécialité 70

6. Aperçu du contentieux aux États-Unis 72

II. Responsabilité en psychiatrie 75

1. Introduction, spécificités de la responsabilité en psychiatrie 75

2. Données relatives au contentieux en France 75

1. Question diagnostique /erreur diagnostique : 7 affaires 76
2. Réclamations concernant la prise en charge / aléas thérapeutiques : 31 affaires 77
   1. Associées à un décès : 12 affaires 77
   2. Prise en charge et suivi : 19 affaires 78
3. Effets indésirables de médicaments / iatrogénie : 15 affaires 80
4. Suicide ou (séquelles de) tentatives de suicide : 25 affaires 81
5. Expertises : 9 affaires 83
6. Plaintes concernant la déontologie /les droits du patient : 10 affaires 83

3. Sanctions ordinales 85

1. Rédaction de certificats litigieux et immixtion dans les affaires de famille : 69 dossiers 86
2. Secret professionnel hors certificat : 4 dossiers 94
3. Secret professionnel et immixtion dans les affaires de famille (hors certificats) : 4 dossiers 94
4. Comportement avec un patient à connotation sexuelle : 24 dossiers 95
5. Compétence professionnelle : 5 dossiers 97
6. Comportement du professionnel (hors comportement à connotation sexuelle) : 15 dossiers 98
7. Honoraires/cotations/abus d'actes de soins,actes fictifs/non acquittement de frais : 31 dossiers 99
8. Prescriptions non conformes / infractions à la législation des stupéfiants : 4 dossiers 104
9. Abus d'actes et prescriptions non conformes (les 2 catégories précédentes associées) : 5 dossiers 105
10. Pratiques thérapeutiques : 3 dossiers 107
11. Autres : 3 dossiers 107

4. Étude de la faute professionnelle en psychiatrie dans la littérature médicale 108

1. Evolution du contentieux en psychiatrie 108
2. Etudes consacrées à la faute professionnelle en psychiatrie 109
   1. Commissions médicales disciplinaires des États : 9 études 109
      1. Étude de Morrisson et al., 1998 109
      2. Étude de Morrison et Morrison, 2001 110
      3. Étude de Clay et al., 2003 110
      4. Étude de Kohatsu et al., 2004 111
      5. Étude de Khaliq et al., 2005 111
      6. Etude de Cardarelli et al., 2006 112
      7. Étude de Nanton et al, 2006 112
      8. Étude de Donaldson, 1994 113
      9. Etude de Morlock et al., 1991 113
   2. Données provenant des compagnies d'assurance individuelles 114
      1. Etude de Slawson en 1991 114
      2. Etude de Meyer en 2006 114
      3. Etude de Taragin et al. 115
      4. Etude de Schwartz et Mendelson 116
      5. Etude de Slawson et al. 116
      6. Rapport de la Physician Insurers Association Of America (PIAA) 116
   3. Données d'une étude de suivi longitudinal de patients hospitalisés en psychiatrie 118

4. Conclusions de la revue de Reich et Maldonado 118
1. Effet du sexe 118
2. Effet des années de pratique 118
3. Effets de la formation médicale 119
4. Sévérité de la maladie 119
5. Hypothèses explicatives 119
5. Etude de la responsabilité médicale en psychiatrie en Espagne 120
1. Place de la psychiatrie dans les réclamations 120
2. Analyse des réclamations de 1992 à 2007 120
3. Nature et issue de la décision de justice 121
4. Montant des dommages-intérêts 121
5. Origine et caractéristiques des poursuites 122
6. Caractéristiques des patients 123
7. Caractéristiques des professionnels 123
8. Répartition dans le temps 124
9. Répartition géographique 124
10. Réflexions sur pratiques / préconisations 124
11. Information et consentement 125
6. Sanctions disciplinaires au Canada 126
3. Domaines de difficultés spécifiques 128
1. Sanctions disciplinaires 128
2. Suicide 128
3. Relations sexuelles 128
4. Abus de substances 129
5. Prescriptions inappropriées 129
6. Responsabilité et suicide 130
1. Suicide et responsabilité : histoire de la relation 130
2. Prévisibilité ou non ? 131
3. Alors quelle prédiction ? 132
4. Suicide et responsabilité institutionnelle versus responsabilité du psychiatre 133
1. En France 133
2. Aux États-Unis 135
1. Eléments de jurisprudence 135
2. Une décision historique 136
3. Suicide et milieu pénitentiaire 137
5. Étude de la prévalence du risque 138
1. Slawson et al. 138
2. Alexander et al. 138
3. Rey et al. 138
4. Ruskin 138
6. Etude de décisions portant sur la responsabilité du psychiatre en cas de suicide : exemple de l'Italie 139
7. Responsabilité, suicide et professionnel de santé mentale 141
1. Conditions de responsabilité 141
2. Facteurs de risque et réflexions sur les pratiques 142
3. Impulsivité ? 142
4. En pratique 143

7. Responsabilité et inconduite sexuelle 145
1. Fondements de la responsabilité du thérapeute 145
2. Limites et Transgression 146
3. Prévalence / fréquence 146
4. Sanctions légales et disciplinaires 147
5. Relation thérapeutique 148
6. Eléments de l'histoire naturelle de l'inconduite sexuelle 149
7. Facteurs de risque 150
8. Thérapeutes vulnérables 150
9. Prévention et préconisations 151

8. Responsabilité du fait des actes commis par un patient 153
1. En France 153
   1. Disparité des décisions de justice 154
   2. Obligation d'avertir 159
2. Aux états unis 159
   1. Affaire *Tarasoff* et lois dérivées 159
      1. Les faits 159
      2. Décisions 160
      3. Décisions ultérieures 160
      4. État des lieux des lois 161
      5. Interprétation des lois et commentaires 161
   2. Revue de la jurisprudence Tarasoff par Soulier et al. 163
      1. Verdicts en faveur du défendeur 164
      2. Verdicts en faveur du plaignant 168
      3. Conclusions de la revue de Soulier et al. 170

8. Responsabilité et pédopsychiatrie 172
1. Données de la PIAA 172
   1. Fréquence des poursuites (PIAA) 173
   2. Situations à l'origine de poursuites (PIAA) 173
   3. Diagnostics concernés 173
2. Autres estimations 173
3. Enquête de Wagner et al 174
4. Motifs de réclamations les plus fréquents 176
   1. Suicide 176
   2. Agression sexuelle / Manquement à protéger un enfant d'un autre patient 177
   3. Prise en charge 178
   4. Défaut de protection / surveillance 178
   5. Médication 178
   6. Contacts inappropriés avec un patient 179
   7. Abus d'enfant 179
   8. Autres situations 180
5. Particularités des poursuites 180

III. Conséquences des questions de responsabilité sur les pratiques médicales 183

1. Quelques aspects de la crise de la responsabilité médicale 183
1. Hausse des primes d'assurance professionnelle 183
2. Modification des pratiques 184

2. Vers une pratique de la médecine défensive ? 185
1. Médecine et *malpractice* 185
2. Médecine défensive 185
   1. Pratiques défensives 186
   2. Une pratique répandue 187
3. Critiques du concept de médecine défensive 187
   1. Une pratique contestée 187
   2. Un concept contesté 188
   3. Crainte du litige et réalité 188
   4. Autres modèles 189
4. Coûts liés au contentieux et aux pratiques défensives 189

3. Quelques aspects de la médecine défensive 190
1. Les conseils pour éviter une plainte ou y faire face : une préoccupation envahissante ? 190
2. La communication, réponse ou anticipation défensive ? 192
3. Plainte : faute, erreur ou autre ? Motivation des Poursuites 193
4. Causes latentes et manifestes des plaintes 193
5. Communication = divulgation de l'erreur ? 194
6. L'intérêt de divulguer est-il seulement éthique ? 195
7. Des effets de la divulgation 197
8. Les poursuites : une manière d'améliorer les soins ? 197
9. Excuses ou non ? 198

4. Médecine défensive et psychiatrie 200
1. Historique 200
2. Fondements : risque perçu et risque réel 201
3. Etude des pratiques défensives en psychiatrie 202
   1. Étude de Passmore et Lung (2002) 202
   2. Étude de Mullen et al (2008) 205
4. Préconisations 210

IV. Discussion 213

Conclusion 217

Table des illustrations 219

Figures 219

Tableaux 220

Bibliographie 221

Responsabilité médicale et psychiatrie

« *Le libre arbitre ne veut proprement rien dire que ne pas sentir ses nouvelles chaînes* »
(F. Nietzsche) (1).

Introduction

Peu de travaux universitaires sont consacrés à la question spécifique de la responsabilité en psychiatrie ; pourtant, la responsabilité médicale est un sujet qui préoccupe, de façon transdisciplinaire et transfrontalière. Il existe un souci d'uniformisation européenne des pratiques dans ce domaine ; En 2004, un rapport sur la responsabilité médicale en Europe a été demandé par le comité européen de coopération juridique. Ce rapport, dirigé par le Pr Nys, comprend une confrontation des expériences et approches nationales, une étude comparative et des recommandations (2) ; sa publication a été suivie d'une conférence tenue à Strasbourg en juin 2008 ("Le défi toujours plus grand de la responsabilité médicale : réponses nationales et européennes").

L'une des questions centrales en responsabilité médicale est l'augmentation des actions en justice contre les médecins.

Concernant la psychiatrie, la question s'est acutisée après deux récentes affaires aussi graves que largement médiatisées : le procès du Dr Canarelli à Marseille, consécutif à la plainte d'une famille après qu'un patient eût tué son beau-père en mars 2004 et le meurtre d'un étudiant de 26 ans en novembre 2008 à Grenoble, par un homme hospitalisé à Saint-Égrève dans un service de psychiatrie. L'affaire mettant en cause le Dr Canarelli a suscité des réactions au-delà de la France ; des articles lui ont été consacrés dans des revues médicale suisses (« Trois juges et un psychiatre, triste histoire à Marseille » (3), janvier 2013) ou anglo-saxonnes : « Un psychiatre français est reconnu coupable d'homicide involontaire après qu'un des ses patients tue un homme » (*British Medical Journal, 2012)* (4). En décembre 2012, la condamnation de la psychiatre en première instance à 1 an de prison avec sursis a ébranlé la profession. L'affaire aurait pu s'achever le 31 mars 2014, quand la cour d'appel d'Aix-en-Provence a déclaré la prescription de l'action publique (5), délai qui compte-tenu de la nature délictuelle des faits expirait en 2007, mais Michel Trabuc, le fils de la victime a initié un pourvoi en cassation (6).

Plus récemment encore, il a été question de l'imputabilité d'un traitement psychiatrique dans un comportement suicidaire et homicidaire, possiblement à l'origine du crash d'un avion reliant Barcelone à Düsseldorf. A propos de l'événement, Bernard Debré déclarait dans une interview donnée au Point « Il est désormais de notoriété publique que les antidépresseurs favorisent les meurtres et les suicides […] le traitement du copilote est sans doute responsable du drame », avant d'ajouter que « le médecin aurait sans doute dû lever le secret médical autour de son patient et le signaler à son employeur » (7). Ces commentaires incitent encore à s'interroger sur les limites de la responsabilité de notre discipline.

Usuellement, en psychiatrie légale, les questions de responsabilité concernent les patients ; la responsabilité est mise en jeu là où l'on suppose qu'elle a été absente, donc où l'irresponsabilité (d'un sujet hypothétiquement atteint d'un trouble mental) peut être décrétée.

A l'inverse, l'objectif de ce travail est de s'intéresser à la responsabilité de celui pouvant être en position de l'affirmer ou la réfuter, c'est à dire la responsabilité du psychiatre, en examinant des situations où l'erreur présumée peut mener à un engagement judiciaire de la responsabilité, mais surtout de préciser ce qui circonscrit le champ de la responsabilité du côté des soignants, bien que ces limites soient interdépendantes ; la responsabilité de l'un commence là où s'arrête celle de l'autre.

Jonas a commenté cette particularité de notre discipline qui peut « conduire à un engagement de responsabilité non seulement pour les propres actes du praticien mais aussi pour ceux du patient dès l'instant où l'on peut mettre en évidence un rapport de causalité entre la carence, l'imprudence ou la négligence du médecin et l'action qui a conduit au dommage ». On peut y voir un « transfert » de la responsabilité dévolue au psychiatre ou à l'établissement d'accueil (8).

Si le psychiatre n'est pas le médecin le plus exposé au risque d'engagement de responsabilité, ainsi que le rappellent Jonas et Senon (9), il est « peut-être le médecin qui se trouve le plus souvent confronté à des questions juridiques dans sa pratique quotidienne », et nombre de ses décisions lui font redouter une action en justice (8).

Dans « le psychiatre face aux juges » (10), paru en 1997, Carol Jonas prévoyait une probable augmentation du risque juridique « en pratique médicale et tout spécialement pour le psychiatre » ; évoquant notamment une tendance à l'uniformisation de l'état d'esprit d'inspiration américaine ; qu'en est-il presque 20 ans après ce pronostic ?

Carol Jonas parodiant Molière ajoutait que « le psychiatre fait chaque jour du droit sans le savoir ». Senon et Jonas parlent à ce sujet de « discordance entre le risque ressenti d'engager sa responsabilité et le risque réel. », discordance que n'ont pas dû résoudre les événements médiatiques suscités.

Devant l'impossibilité - dans le cadre de ce travail - de traiter l'ensemble des thèmes impliquant la responsabilité du psychiatre, il sera limité à certains aspects de celle-ci. La responsabilité du psychiatre en situation d'expertise ne sera pas abordée.

Quelques questions seront successivement examinées :

- Qu'en est-il de la responsabilité en médecine et l'opposition historique entre une vision latine paternaliste de la relation médecin-malade et le contractualisme anglo-saxon ?
- Quelle est la place relative de la responsabilité médicale en psychiatrie par rapport aux autres spécialités ? Quelle évolution dans le temps et par rapport à d'autres États ? Existe-t-il des domaines de risque spécifiques ?
- Quelle influence a cette préoccupation sur les pratiques, en médecine et en psychiatrie ? Existe-t-il une méfiance, une détérioration des relations médecin-patient, une influence des craintes sur les décisions ?

I. Responsabilité et médecine : définitions, évolution

Le Larousse Médical définit la responsabilité médicale comme « l'obligation pour le médecin d'éviter tout dommage à son malade, et dans le cas contraire de le réparer », et précise « La responsabilité médicale est morale et juridique, le contrat qui lie le médecin à son malade comportant une obligation non de résultat mais de moyens » (11).

1. Responsabilité : approche du concept en sciences sociales

La notion de responsabilité peut être aussi légitimement abordée par le droit que par la sociologie, la philosophie ou la médecine. C'est un concept transversal, à la fois moral, éthique, social, ou juridique, dernière acception qui sera celle privilégiée dans ce travail puisqu'il s'agit de traiter de responsabilité des actes devant la Loi.

1. Définitions et étymologie

« Responsabilité » est apparu en langue française durant le dernier tiers du XVIIIème siècle, et a été entériné par l'Académie française en 1798 (12). Responsabilité vient de « répondre » : c'est un substantif dérivé de « responsable », forme adjectivale dérivée du latin « *Responsum* », lui-même supinatif de « *Respondere* » (CNRTL, Centre National de Ressources Textuelles) (13).

En 1284, est attestée la forme « *Responsaule* » pour désigner un « homme ayant la charge à vie de payer à un seigneur la rente d'un fief ecclésiastique. En 1304, la forme adjectivale, « responsable » a pour sens « qui répond, qui est garant » (CNRTL) (13).

D'après le Littré, est responsable celui « Qui répond, qui est garant de quelque chose ou de quelqu'un» (14).

« *Respondere* » est lui-même formé à partir du préfixe « re » et de « *spondere* », promettre. « *Spondere* » désigne également en latin les fiançailles, par l'acte que font les époux de se promettre solennellement quelque chose (Littré) (15). Cette racine commune suggère un lien entre réalisation d'une promesse et engagement d'une responsabilité.

Respondere renvoie également à *Sponsio*, institution qui tenait une place cardinale dans le droit romain (Michel Villey) (12).

2. Responsabilité et philosophie, ancienneté du concept

Le concept de responsabilité est au moins aussi ancien que les premières sources juridiques. Il est remarquable par son exemplaire stabilité. Une synthèse historique de ce principe est proposée par Bonilla et al. (16) en 2003 dans « Critique d'une philosophie de la Responsabilité ».

L'approche philosophique est l'occasion de questionner la relativité du libre-arbitre humain. Aristote précisait qu'être responsable suppose la liberté de l'individu : la responsabilité exclut donc l'absence de consentement (*âkon*), qu'il oppose à la présence du consentement (*êkon*) (17).

Selon Aristote, l'effet de la contrainte ou de la nécessité dégagent l'individu de sa responsabilité ; l'individu perd sa liberté de choix lorsque la volonté est soumise ou diminuée, le comportement illicite s'avère alors pardonnable ou excusable (16).

Ces mêmes éléments caractérisent dans notre civilisation l'une des conditions d'application de l'irresponsabilité pénale : une force à laquelle il n'a pas été possible de se soustraire.

La conception aristotélicienne est extraordinairement proche des fondements qui sous-tendent notre code pénal ; elle a pour postulat fondamental qu'un homme responsable est un homme libre, (à l'inverse, liberté n'implique pas responsabilité). La détermination morale de la responsabilité suppose un choix délibéré et la connaissance anticipée des conséquences occasionnées par le comportement (illicite).

Gorgoni (12) rappelle que « dans de nombreuses cultures, la responsabilité est liée à l'idée d'une charge à porter, de fardeau qu'on prend sur ses épaules », s'appuyant pour l'illustrer sur une fable liturgique, l'histoire de Saint Christophe (Christophorus, qui porte le Christ), s'étant mis au service successif du roi, du diable puis du Christ afin de servir le seigneur le plus puissant qui soit. Gorgoni souligne que « son histoire révèle une certaine notion d'autonomie de la volonté, ses choix étaient libres » (12). Ainsi, la liberté de la volonté est intrinsèquement liée à la position de responsabilité.

3. Un concept social

Comme on l'a vu plus haut, « Responsabilité » est dérivé du latin « *Respondere* », « répondre » ; la responsabilité est donc par essence adressée : on répond à quelque chose / à quelqu'un.

La responsabilité sous-tend les liens inter-humains des plus singuliers aux plus collectifs. Le terme se situe au voisinage sémantique des notions de promesse et charge à supporter par l'individu. Ces acceptions supposent une mise en relation avec un autre (individu ou groupe). C'est une notion fondamentalement sociale ; pas de responsabilité sans un groupe devant lequel ou auquel on répond. Elle peut être devant ses pairs, devant une société, conforme à des principes, ce qui l'apparente à l'éthique.

L'éthique est fondatrice en matière d'acte médical (« *Primum non nocere* ») et naturellement problématique dès qu'on l'aborde via une discipline où le consentement peut être - légalement - outrepassé.

Elle est aussi un principe d'organisation sociale, si l'on considère l'aphorisme de LeBon « « l'anarchie est partout quand la responsabilité n'est nulle part ».

4. Le libre arbitre, un pré requis à la responsabilité

La responsabilité porte sur une production émanant d'un sujet. Pour répondre il faut qu'un fait pré-existe, la responsabilité peut concerner les actes et les pensées, qualifiés de responsables, c'est-à-dire décidés.

La responsabilité est étroitement liée au libre arbitre, condition sans laquelle on ne peut répondre d'un acte, faute d'avoir décidé de l'accomplir : « Liberté implique responsabilité, c'est pourquoi la plupart des hommes la redoutent » (Georges Bernard Shaw).

En effet, l'absence de libre-arbitre rend la responsabilité caduque. Être responsable suppose la liberté de l'individu, c'est le point de vue soutenu par Aristote (17) : l'auteur responsable d'un fait est considéré libre du choix de ses actes et non soumis à une autorité indépendante de sa volonté.

Inversement, l'existence d'une contrainte ou nécessité dégage l'individu de sa responsabilité, c'est-à-dire de répondre de son comportement puisqu'il a agi sans son consentement, malgré lui (16).

Aristote pose ainsi que l'exonération de responsabilité n'est possible que si le comportement est provoqué par un élément extérieur au sujet, et indépendant de sa volonté ; il exclue de ce fait l'effet des passions (ou autre élément d'aliénation interne), lesquelles peuvent dérégler la volonté libre mais pas l'abolir.

5. Un concept laïc et théologique :

L'approche anti-déterministe d'Aristote sera relayée lors du haut Moyen âge ; à la distinction aristotélicienne entre responsabilité juridique et responsabilité morale, Thomas d'Aquin associe respectivement le droit naturel et la loi naturelle. Les écrits thomistes doivent s'accorder aux exigences de conformité ecclésiastique : la loi naturelle a une origine divine. L'être humain pourvu de raison et d'entendement a la capacité de distinguer le bien du mal, autrement dit le libre arbitre (16).

Pour évaluer l'influence des facteurs sur la libre volonté de l'individu, Thomas d'Aquin préconise une « démarche d'investigation causaliste » (Laingui (18), cité par Bonilla) (16).

Cette démarche permet d'éclairer les fondements de nos actes, mais c'est un argument théologique qui lui permet de soutenir l'existence du libre-arbitre : l'essence du mal n'étant pas divine, l'homme choisit d'opter pour le bien ou le mal : Descartes insistera également sur le fait que c'est l'humain qui est à l'origine de l'erreur de raisonnement. La raison, dit Descartes, est d'origine divine, l'erreur témoigne du mauvais usage que l'être humain fait de son entendement, produit de l'intervention de la volonté et la liberté (16).

Descartes voit l'être humain doté d'une volonté absolument libre (19), il peut refuser ou accepter les représentations issues de la raison. L'erreur pour autant n'est pas déresponsabilisante. A cet égard les conceptions cartésiennes inspirent, comme celles d'Aristote, les fondements du droit contemporain : la responsabilité s'établit sur la base du libre arbitre (16).

6. Le libre-arbitre, une évidence ?

Les notions de raison et volonté libre de l'être humain ont donc inspiré les fondements du droit pénal contemporain. Pourtant, cette conception influente du libre arbitre, n'a pas toujours fait l'unanimité ; elle est récusée par Spinoza, qui y voit une exclusion injustifiée de l'homme des lois de la nature, car la raison et la volonté humaine échapperaient aux lois qui régissent la nature (16).

Pour Spinoza, le libre-arbitre est une illusion issue de l'ignorance ; l'âme est déterminée par des causes, elles-mêmes déterminées par des causes, elles-mêmes déterminées… cette exclusion l'amène à rejeter le principe de responsabilité des actes et à proposer une vision déterministe des conduites humaines (20) ; on ne peut se soustraire aux règles conditionnées par la nature. Pour lui, contrairement à la position cartésienne, la raison et la volonté n'échappent pas aux lois de la nature et nos actions résultent d'un enchaînement causal infini (16).

Cette conception déterministe de l'homme admet seule une liberté fondée sur la connaissance (« l'enchaînement de causes » des phénomènes) de ce qui détermine les conduites ; le libre-arbitre est une illusion.

Il considère que cette inexistence du libre arbitre induit que tous les délinquants sont excusables et pardonnables et que s'il faut les punir par nécessité, « il ne faut toutefois pas leur tenir plus rigueur qu'on ne le ferait pour un chien enragé » (16).

7. Libre arbitre ou non, conséquences

Là où Aristote puis Descartes pouvaient inférer du principe du libre arbitre une attitude morale, celle de choisir entre le bien ou le mal, Spinoza la méprise, préférant se fier à la connaissance rationnelle des enchaînements de cause (16).

La liberté de droit divin reste un fondement de la doctrine catholique, c'est pour cette raison que la reprise des thèses spinozistes par Leibniz fait figure d'affront dogmatique en décrivant le monde selon un modèle déterministe : « une chaîne de causes ininterrompues » (D'Hollbach) (16).

Laplace va jusqu'à suggérer que la connaissance de l'ensemble des données du système permettraient d'en calculer son évolution à n'importe quel point du temps, excluant de sa conception tout imprévu résultant de données aléatoires. Le hasard n'existe pas.

Laplace imagine ce type de calculs possible pour une intelligence sur-humaine, omnisciente en quelque sorte (16).

Ainsi chaque état de l'univers doit être envisagé comme « l'effet de son état antérieur et la cause de celui qui va suivre ». Cette perspective déterministe absolue est remise en question au XXème siècle : là où Thomas d'Aquin et Descartes voyaient le signe d'une intervention divine, c'est au moyen d'observations issues de la mécanique quantique qu'est soutenue (par Heisenberg, en 1925) la possibilité d'un aléatoire appréhendable par des lois statistiques.

La question du déterminisme n'est pas résolue puisqu'il sera objecté à Heisenberg la possibilité de l'omission de variables non encore connues… et qui lorsqu'elles le seront pourront être intégrées à une perspective déterministe (16) ; est-ce-à dire que l'impossibilité d'affirmer un déterminisme résulte seulement de la connaissance imparfaite des phénomènes, autrement dit de la non identification des facteurs d'une chaîne causale ?

Cet examen condensé d'une histoire du concept de responsabilité a pour intérêt de mettre en évidence sa non consensualité, en tout cas, historique.

Historique, car aujourd'hui le principe de responsabilité de l'humain semble légalement incontestable, sans quoi la justice perdrait son fondement : la légitimité d'une institution judiciaire sur la base du principe de responsabilité repose sur le postulat que chaque individu dispose d'un libre arbitre (et d'une raison suffisante, mais ce n'est pas l'enjeu d'un questionnement sur la responsabilité médicale). L'état d'irresponsabilité d'un acte est prévu par la législation, comme exception au cas général.

La responsabilité est la « clef de voûte » de l'édifice du système juridique. Pourtant, si l'on admet qu'un déterminisme strict régit les comportements humains, cette légitimité peut être remise en question (16).

8. Responsabilité : définition négative du concept juridique

Les fondements de la responsabilité de nos institutions juridiques reposent sur les mêmes principes que l'ancien droit. Les postulats sont semblables depuis l'antiquité :

- L'être humain dispose de son destin qui n'est nullement prédéterminé.
- Le principe de responsabilité est justifié par la faute ou la violation d'une obligation morale.

La responsabilité a un intérêt politique puisqu'elle incite les citoyens à examiner leur conduite et à en écarter les fautes (16).

Si elle est admise comme principe préalable au déroulement de la justice, des exceptions lui sont prévues : à défaut de pouvoir parfaitement cerner ce qu'est un homme capable de responsabilité, il est largement défini ce qu'il n'est pas, ou plutôt dans quelles conditions il ne peut pas l'être.

Dans le code pénal, les articles 122.1 à 122.8 recensent les facteurs susceptibles d'abolir ou diminuer la responsabilité d'un auteur de crime ou délit (21):

- l'article 122.1 mentionne les « troubles psychiques ou neuropsychiques ayant aboli le discernement ou le contrôle des actes » ;
- l'article 122.2 « l'emprise d'une force ou d'une contrainte à laquelle [la personne] n'a pu résister » ;
- l'article 122.3 mentionne le fait « d'avoir cru par une erreur […] qu'elle n'était pas en mesure d'éviter pouvoir légitimement accomplir l'acte » ;
- l'article 122.4 y adjoint un « acte prescrit ou autorisé par des dispositions législatives ou réglementaires [ou] par l'autorité légitime, sauf s'[il] est manifestement illégal » ;
- l'article 122.5 définit les conditions du principe de légitime défense, notamment « interrompre l'exécution d'un crime ou d'un délit » ;
- l'article 122.6 ajoute aux conditions de légitime défense : « repousser de nuit l'entrée par effraction, violence ou ruse dans un lieu habité » « se défendre contre les auteurs de vols ou pillages exécutés avec violence » ;
- l'article 122.7 inclut l'acte accompli « face à un danger actuel ou imminent » qui menace la personne, autrui ou un bien et « nécessaire à la sauvegarde de la personne ou du bien » ;
- l'article 122.8 cite les spécificités des mesures applicables aux mineurs (« protection, assistance, surveillance, éducation »).

A titre de comparaison, on peut mentionner les causes d'irresponsabilité dans l'ancien droit français. Celles-ci renvoyaient à un état particulier de l'auteur, distinguant (18) :

- L'absence de volonté naturelle, secondaire (18) :
  - A un état de « démence » : le dément a pu être considéré comme déjà puni par nature par les juristes, qui toutefois ne définissent pas l'aliénation mentale.
  - A la minorité : elle peut constituer une cause d'irresponsabilité ou d'atténuation dans les cas les plus graves, l'irresponsabilité est souvent imputée au défaut naturel des mineurs à discerner le bien et le mal. Certains criminalistes avançaient que les comportements répréhensibles des mineurs étaient largement assignables aux conditions de vie précaires.
  - Au sexe féminin : désignées comme des êtres faibles d'esprit et à la volonté fragile par des criminalistes de l'ancien droit, les femmes pouvaient trouver dans leur condition sexuée une cause d'atténuation de la responsabilité « l'homme est doué de plus d'esprit pour comprendre le mal, de plus de volonté pour lui résister » (Tiraqueau, juriste du XVIème siècle) (16).
- L'anéantissement de la volonté sous l'effet d'une cause étrangère / d'une force à laquelle l'individu n'a pu résister, qu'elle soit : (18)
  - externe (contrainte physique ou morale incluant les menaces)
  - ou interne (accès de passions : colère pouvant entraîner un acte répréhensible et une atténuation de responsabilité).

En 1905, la Circulaire Chaumié, adressée par le garde des Sceaux aux procureurs généraux invite les experts psychiatres à rechercher « des anomalies physiques, psychiques ou mentales », de nature à atténuer la responsabilité d'un accusé (22), apportant une nuance supplémentaire à l'état d'irresponsabilité.
Malgré ces nuances, la responsabilité des actes d'un individu vis-à-vis de la loi est remarquable par sa stabilité, depuis les descriptions aristotéliciennes. Ce concept ne concerne pas seulement le champ de la médecine ; la partie suivante sera donc plus spécifiquement consacrée à la responsabilité médicale.

2. Historique du concept de responsabilité médicale

1. Ancienneté du principe de sanction attaché à l'exercice médical

L'exercice de la médecine a toujours obéi à des principes moraux : dans un ouvrage (23) consacré à la question, Annick Dorsner-Dolivet rapporte que la responsabilité médicale apparait dix-huit siècles avant Jésus-Christ, au royaume de Babylone, au sein des articles 215 à 227 du code d'Hammourabi. Les babyloniens prévoyaient clairement le principe d'une sanction pour le médecin coupable de lésion sur son malade : l'article 218 « prévoyait la peine de l'amputation des doigts à l'encontre du médecin ayant causé la mort de l'individu qu'il avait opéré » (23), ou indique encore « Si un médecin incisant un abcès perd son malade ou l'œil de son malade, on lui coupera la main », (cité par Clotilde Rougé-Maillart) (24).

Un autre exemple historique lointain est celui de l'ancienne civilisation égyptienne, où le médecin pouvait être sanctionné jusqu'à la peine de mort en cas d'écart ou de non-respect de préceptes transmis de génération en génération (23).

Ce principe est également en vigueur au Vème siècle avant Jésus-Christ, en Grèce antique, dans le serment d'Hippocrate, que l'on peut considérer « précurseur de la déontologie médicale » actuelle (23). La traduction du serment d'origine par Émile Littré se conclut ainsi : « Si je remplis ce serment sans l'enfreindre qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais des hommes ; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire et mourir dans la tristesse » (25). Le principe d'une sanction, sévère puisqu'elle va jusqu'à l'ostracisme de la cité, y figure clairement.

La version du serment adoptée en 1996 par l'Ordre français des médecins contient une reformulation contemporaine du principe de châtiment en cas de transgression des règles d'exercice : « que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque » (26).

Très tôt, on observe que la détention de connaissances par le médecin le rend responsable des actes médicaux prodigués et passible de sanction en cas de transgression (23).

Toutefois, les civilisations ultérieures n'iront pas toutes dans le sens d'un durcissement de cette responsabilité, notamment, la *Lex aquila* de la Rome antique, (285 avant J.-C.) rend sa reconnaissance plus difficile, les médecins n'étant sanctionnés qu'en cas de faute grave et la preuve de l'existence de cette faute incombant au patient. Cette démonstration, ainsi que le remarque Annick Dorsner-Dolivet, était quasiment rendue impossible du fait de «la modicité des connaissances techniques de l'époque» (23). Clotilde Rougé Maillart parle de période « d'immunité totale » avant un retour de la recherche de responsabilité des médecins (24).

Le Moyen-Âge également, correspond à une période de recul d'engagement de la responsabilité du médecin : la médecine est à cette époque le monopole du clergé. Il existe parallèlement des écoles laïques formant des médecins selon une formation empirique, mais la guérison « est regardée comme l'œuvre de Dieu ». Ainsi le médecin, laïque ou non, ne peut se voir reprocher de faute, « La maladie est vécue comme une punition, et la guérison comme une rédemption » (23).

Lors de la Renaissance, malgré des découvertes majeures dans le domaine des sciences médicales (la circulation du sang par Harvey notamment) (23), la conception de la guérison comme œuvre divine ne change pas.

L'impunité juridique du médecin et l'apparent charlatanisme de son exercice seront caricaturés par Molière au cours de XVIIème siècle, comme l'illustre ce propos qu'il fait tenir à Béralde dans le Malade imaginaire (27), cité par A. Dorsner-Dolivet : « Se soigner n'est permis qu'aux gens vigoureux et robustes et qui ont des forces de reste pour porter les remèdes avec la maladie ». D'autres auteurs du siècle des Lumières appuieront cette dénonciation d'impunité (23).

2. Prémices de la responsabilité médicale moderne

Jusqu'au XIXème siècle, cet état d'esprit perdure, comme l'illustre un extrait d'un avis de l'académie nationale de médecine, en date du 15 février 1834 : « Le médecin ne reconnait comme juge après Dieu que ses pairs et n'accepte point d'autre responsabilité que celle, toute morale de sa conscience », cité par Annick Dorsner-Dolivet (23).

Pourtant, à partir de 1804 (publication du Code civil) et 1810 (Code pénal), les magistrats disposent d'outils législatifs pour appréhender les comportements dommageables des médecins, notamment en matière d'avortement, violation du secret professionnel, homicide ou blessures involontaires (23).

La tendance au recul - du moins à la stagnation - de l'engagement de responsabilité du médecin prendra progressivement fin, au XIXème siècle.

Classiquement, c'est un arrêt en date du 18 juin 1835 qui est considéré comme inaugural de condamnations impliquant un médecin dans la jurisprudence française (23) : dans l'affaire Thouret-Noroy , la chambre des requêtes de la Cour de Cassation reconnait la responsabilité d'un médecin dont la négligence, qualifiée de faute grave, et le refus de continuer à prodiguer ses soins après une saignée maladroite, avaient entrainé une amputation du bras de son patient (23).

Cette décision est fondée sur les arrêts 1382 et 1383 du Code civil ; il s'agit d'une responsabilité à caractère délictuel, elle sera reprise par des arrêts ultérieurs (23).

3. Responsabilité délictuelle vs contractuelle

La responsabilité civile peut être de deux types : délictuelle ou contractuelle (24).

On se situe dans le champ de la responsabilité délictuelle lorsqu'une personne a porté préjudice à une autre, du fait d'une de ses actions, mais pour parler de responsabilité contractuelle, un contrat doit avoir été établi entre deux personnes ; le contrat détermine des obligations de chacune des parties (24).

En matière délictuelle, la charge de la preuve de la faute incombe à la victime présumée. C'est donc au patient qu'il revient de prouver la faute du médecin dont il souhaite engager la responsabilité.

En matière contractuelle, en revanche, « le débiteur [étant] présumé responsable de l'inexécution contractuelle », c'est au pourvoyeur du service (ici, des soins) d'apporter la preuve de l'exécution du contrat (23). La responsabilité est mise en jeu si l'une des parties n'a pas rempli l'une de ses obligations. Les contrats ne sont pas nécessairement formalisés par un écrit, il peut s'agir d'un contrat oral, ou tacite (par exemple un achat à un commerçant) (24).

Annick Dorsner-Dolivet fait remarquer la situation paradoxale de l'exercice médical qui s'inscrit dans une relation dont la nature contractuelle était reconnue alors que les actions en responsabilité étaient d'ordre délictuel (23).

De plus, en vertu d'une règle de solidarité des prescriptions, (articles 637 et suivants du code d'instruction criminelle) les délais au-delà desquels il n'était plus possible d'intenter une action étaient identiques dans le domaine civil et le domaine pénal, soit 3 ans pour le délit de blessure involontaire, mais les prescriptions en responsabilité délictuelle et contractuelle étaient respectivement de 10 et 30 ans, donc différentes (23).

Le principe de « responsabilité du fait des choses » distinguait également les deux régimes de responsabilité, ce que la jurisprudence a progressivement abandonné : ainsi, lors de la survenue d'un dommage du fait d'une chose appartenant à une personne, il suffit au demandeur de prouver qu'existent dommage et lien de causalité ; la faute du propriétaire de la chose n'est pas nécessaire, pourvu qu'elle lui appartienne (24).

4. Abolition de la distinction responsabilité délictuelle / contractuelle

L'ambiguïté sera levée et la qualification contractuelle définitivement adoptée, telle que définie par l'arrêt Mercier du 20 mai 1936.

Par cet arrêt, la cour de cassation défini le contrat de soins en ces termes : « entre le médecin et son client, se forme un véritable contrat, comportant pour le praticien l'engagement, sinon bien évidemment de guérir le malade, ce qui n'a jamais été allégué, du moins de lui donner des soins non pas quelconques mais consciencieux, attentifs et, réserves faites de circonstances exceptionnelles, conformes aux données actuelles de la science ; que la violation, même involontaire de cette obligation contractuelle est sanctionnée par une responsabilité de même nature, également contractuelle » (24).

On remarquera que l'arrêt Mercier pose également le principe d'une obligation de moyens (par opposition à une obligation de résultat) (24).

Ainsi le contrat médical possède 4 caractéristiques ; il est : (24)

- Civil (non soumis aux règles du droit commercial) ;
- Oral ;
- Intuitu personæ (en considération d'une personne) ;
- Synallagmatique (chaque contractant a des obligations).

Ce contrat comporte des obligations réciproques : les soins comprennent l'activité thérapeutique, la surveillance et les informations délivrées. Il entre dans la catégorie des contrats successifs (l'ensemble des engagements se prolonge dans le temps). Le patient s'engage en contrepartie à rémunérer le médecin et apporter sa collaboration au traitement (23).

La responsabilité concernant un médecin peut également être extracontractuelle, il s'agit alors de responsabilité délictuelle. Les situations envisageables sont : (24)

- L'absence de volonté du patient (patient non conscient, incapable majeur ou mineur, qui reste une situation contractuelle puisque le contractant est alors le représentant légal).
- Un exercice illégal de la médecine : l'un des contractants n'a en fait pas le droit de passer un tel contrat.
- L'exercice hospitalier : le contrat est établi entre le patient et l'hôpital.
- La nature du dommage en dehors du champ contractuel (le médecin partant d'une visite abîme le portail du patient).

Avant la loi du 4 mars 2002, cette distinction importait encore pour le délai de prescription, différent selon si le dommage relevait de la responsabilité délictuelle ou contractuelle. Depuis la loi du 4 mars 2002, ce délai est ramené à 10 ans dans les deux cas (24).

Le contrat peut être défini comme « le point de rencontre de deux volontés concordantes sur un objet déterminé » (28) et en ce sens, qualifie la relation médecin-patient de façon appropriée (23).

Une autre définition du contrat, médical, a été proposée par le Pr Porte comme « le point de rencontre d'une confiance et d'une conscience » (29).

5. Evolution de la relation Médecin-Patient

Annick Dorsner-Dolivet demande si aujourd'hui « cette singularité n'a pas fait place à une conception consumériste du contrat médical, le malade étant considéré comme un consommateur de soins, et la relation médicale dépersonnalisée » (23).

Elle note également que « les représentations du grand public ont changé, la médecine est conçue comme une science exacte », l'apprenti sorcier dénoncé par Molière est devenu un « ingénieur de la santé » (23), la survenue d'un dommage est perçue comme intolérable.

D'autres paramètres ont favorisé l'émergence du contentieux de la responsabilité médicale : Annick Dorsner-Dolivet cite le rôle de l'exercice en équipe qui remplace l'ancien exercice solitaire, amène une dilution des rapports avec les différents praticiens, ce qui amoindrit une relation auparavant plus exclusive, dont la nature pouvait modérer les réclamations (23).

Un autre paramètre cité dans la Responsabilité du Médecin (23) est l'élargissement du champ de la médecine qui jadis avait pour vocation unique de combattre la maladie et peut désormais avoir une finalité esthétique. La réticence à engager des poursuites en est également amoindrie.

La conception du corps est elle aussi changée : de « réceptacle inviolable de la personnalité », il devient « une chose pouvant être modelée selon les desiderata » (23). Ainsi, si le corps s'apparente davantage à un objet de consommation, il va de soi que le droit de la responsabilité médicale s'apparente à celui de la consommation.

Annick Dorsner-Dolivet parle du passage d'un modèle de paternalisme médical à un modèle de protectionnisme : la tutelle du médecin devient celle de l'État depuis que ce dernier prend en charge certains dommages médicaux ; ce n'est pas finalement, ajoute-t-elle, une évolution vers l'autonomie revendiquée (23).

6. Vers une assimilation du contrat médical au droit de la consommation

La tendance est apparue aux États-Unis, issue d'un mouvement consumériste, plaidant pour un rôle plus actif du consommateur (23). L'adoption du *Patient Self Determination Act* (cité par Pansier et Garay) (30) va en ce sens, puisqu'en plus de réaffirmer le caractère impératif de l'information et du consentement, elle accorde au patient le droit de refuser des soins (23).

D'autres textes, internationaux, ont suivi concernant les droits des patients :

- *Principles of Rights of Patients in Europe* adoptés par l'OMS en mars 1984 ;
- *Declaration on the right of the Patient* adoptée par la *World Medical Association* en 1995.

Le code de la consommation ne comporte pas de restriction permettant d'exclure de son champ le contrat médical. Par conséquent, explique Annick Dorsner-Dolivet, rien n'interdit de considérer le patient comme un consommateur (23).

Plusieurs étapes législatives iront en ce sens :

- Tout d'abord, un arrêt de la cour de cassation civile du 7 novembre 2000, la chambre civile admet la licéité de la cession de clientèle médicale (23), à la condition que la liberté de choix du médecin reste garantie.
- La reconnaissance du contrat médical comme contrat de consommation par un arrêt du 6 juillet 1994 de la chambre criminelle de la cour de cassation, qui accorde la possibilité de se porter partie civile aux associations de consommateurs dans les affaires où un médecin est poursuivi pour extorsion de fonds (auprès de ses patients). L'arrêt affirme que « les personnes avec lesquelles un médecin conclut un contrat doivent être considérées comme des consommateurs de service » (23).

7. Obligations du médecin

L'arrêt Mercier détermine également la nature des obligations du médecin, parlant de « soins consciencieux, attentifs, et réserves faites de circonstances exceptionnelles, conformes aux données actuelles de la science ». Ainsi que le précise Clotilde Rougé-Maillart, il s'agit bien de données acquises, et pas exclusivement actuelles (24).

L'obligation de moyens est justifiée par le caractère aléatoire de l'acte médical qui dépend « des résistances du patient au traitement, de l'apparition d'effets secondaires aux médicaments ou techniques et du génie même de la maladie » (23).

Les obligations du médecin relèvent du devoir d'humanisme, deux d'entre elles sont à la fois définies dans le code pénal et le code de déontologie : (24)

- Le respect du secret professionnel
- L'obligation d'assistance à personne en péril

Ces devoirs peuvent également engager la responsabilité civile (24).

Les autres obligations sont (24) :

- L'intervention dans un but médical et avec le consentement du patient
- L'information du patient
- L'obligation de soins

La facilitation de l'indemnisation des dommages, l'instauration progressive d'indemnisation automatique dans certains domaines vont en ce sens : C'est un arrêt du conseil d'État, connu sous le nom d'arrêt Bianchi, en date du 9 avril 1993, qui a ouvert la voie de l'indemnisation de l'aléa thérapeutique (23).

Ultérieurement, on peut citer la vaccination obligatoire, par l'article L3111-9 du Code de la santé publique, l'expérimentation selon l' article L1121-10 du Code de la santé publique, la transfusion sanguine selon l' article L1222-9, la contamination transfusionnelle par le VIH (article L3122-1 du code de la santé publique et suivants), les produits de santé défectueux, article 1386-1 du Code civil) (23).

L'obligation de moyens en médecine n'est pas devenue obligation de résultat. Toutefois, la jurisprudence a reconnu cette obligation pour le matériel médical, par un arrêt du 29 octobre 1985 (Cour de cassation) et par un arrêt du 9 juillet 2003 (Conseil d'État) qui reconnaissait la responsabilité sans faute de l'APHP (Assistance Publique des Hôpitaux de Paris) en raison de la défaillance d'un respirateur artificiel. De même que pour les infections nosocomiales (3 arrêts du 29 juin 1999, par la cour de cassation civile) et sur le principe de l'exactitude du geste chirurgical (arrêt du 7 janvier 1997 de la 1ère chambre de la cour de cassation civile, puis un arrêt du conseil d'État en date du 25 juin 1997).

Si l'arrêt Mercier définissait l'obligation de moyens comme principe de l'acte médical, certains domaines y échappent désormais. En effet, par jurisprudence successive (articles cités ci-dessus), il a été établi que sont soumis à une obligation de résultat :

- Les examens de laboratoire de routine
- La confection de prothèse industrielle ou en laboratoire
- Les vaccinations obligatoires
- Les transfusions sanguines
- L'utilisation de matériel d'investigation

La charge de la preuve concernant l'obligation d'information est désormais inversée : c'est au médecin de prouver qu'il a délivré cette information, qui doit comporter tous les risques fussent-ils exceptionnels (Arrêt du 7 octobre 1998, cour de cassation civile et du 5 janvier 2000 du conseil d'État).

3. Les formes de responsabilité en médecine

Dans une introduction à la responsabilité médicale, Clotilde Rougé-Maillart mentionne que jusqu'à la fin du XIXème siècle « Les notions de sanction et réparation étaient très intriquées ». La distinction d'une responsabilité qui a pour objet une sanction, de la responsabilité dont l'objet est une réparation est assez récente (24).

Ainsi jusqu'à la fin du XIXème siècle, l'auteur d'un dommage puisait dans son patrimoine personnel pour assurer le dédommagement « Il aurait été considéré immoral que ce soit une autre personne ou structure qui paie à sa place.» (24)

Le système de compensation monétaire d'un préjudice ne date que du XIXème siècle, où des codes de pratique d'indemnisation se sont progressivement développés et des systèmes d'assurance se sont mis en place, la responsabilité indemnitaire s'étant distinguée du principe de sanction (24).

1. Sanction

Responsabilité disciplinaire et responsabilité pénale ont une fonction répressive, elles s'opposent en ce sens aux responsabilités civiles et administratives dont la fonction est l'indemnisation de celui qui a subi une perte ou un dommage. D'un côté, punition de l'auteur, de l'autre, indemnisation de la victime (24).

1. Responsabilité pénale

L'auteur d'une infraction pénale doit avoir agi avec l'intention de porter préjudice à autrui : il faut une preuve de la faute intentionnelle ou dol (16).
Les principales infractions pénales pouvant être constituées dans le cadre de l'exercice médical sont : (24)

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

Ces délits ne concernent pas exclusivement le médecin, tout citoyen peut être poursuivi pour un motif pénal. Dans le Code pénal, la sanction n'est légitime que lorsque l'auteur de l'infraction peut se voir reprocher sa conduite et en mesurer les conséquences.
Les atteintes involontaires comprennent les blessures ou l'homicide involontaire, qu'ils résultent de maladresse, imprudence, négligence ou non observation des règlements. Faute et lien de causalité doivent être prouvés (24).

Les atteintes volontaires à l'intégrité corporelle concernent rarement le médecin dans l'exercice de ses fonctions, mais peuvent être invoquées s'il agit sans le consentement du patient ou en dehors d'un but thérapeutique.

La moindre fréquence de recours à cette voie est liée au principe d'interprétation strict de la loi pénale : il n'existe pas de présomption de faute ni perte de chance comme en matière civile et les chances de gagner un procès en sont diminuées (24).

Déroulement d'une poursuite :

Après un dépôt de plainte, une dénonciation, ou une enquête de police, le procureur décide d'engager des poursuites ou classer l'affaire sans suite ou renvoyer l'affaire devant une autre juridiction (24).

Dans les affaires de responsabilité médicale, l'instruction est la norme, les dossiers étant habituellement complexes. Après l'instruction, une ordonnance de non-lieu ou de renvoi devant la juridiction compétente est rendue (24).

Une autre possibilité est la constitution de partie civile par le demandeur, ce qui court-circuite l'intervention du procureur. La constitution de partie civile peut avoir lieu en cours d'instruction ou devant la juridiction (24).

Les juridictions pénales sont, selon la qualification des faits : (24)

- Le tribunal de police pour les contraventions
- Le tribunal correctionnel pour les délits. Le plus fréquent en responsabilité médicale.
- La cour d'Assise pour les crimes
- Les juridictions de recours :
  - Cour d'appel
  - Cour de cassation

2. Responsabilité ordinale ou disciplinaire

Elle concerne les manquements au code de déontologie. Elle est indépendante des autres voies d'engagement de la responsabilité (24).

Les juridictions sont :

- Au 1er degré : Chambre disciplinaire de première instance du Conseil Régional de l'Ordre et Conseil Régional Administratif
- Au 2ème degré : Chambre disciplinaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), qui est la juridiction d'appel
- Le Conseil d'État, lors d'un pourvoi en cassation

Auparavant, les patients ne pouvaient saisir directement qu'un conseil départemental, qui n'avait pas de pouvoir disciplinaire mais pouvait alors saisir un conseil régional, avec un avis motivé (24). Le conseil régional pouvait être saisi par : (24)

- Le Conseil National
- Les Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins (CDOM)
- Le ministre de la santé, le ministre de la sécurité sociale
- Le préfet
- Le directeur de la DDASS ou de la DRASS
- Le procureur de la république
- Un médecin inscrit au tableau de l'ordre

Pour les médecins du service public, la saisine était limitée au ministre de la santé, à la DDASS et au procureur (24). Désormais, la saisine de la chambre disciplinaire de 1ère instance peut être faite par : (31)

- Un patient ou un médecin
- Le CDOM au tableau duquel le médecin est inscrit, après une conciliation obligatoire
- Le CNOM qui peut se substituer au CDOM en cas de carence ou retard important
- Le ministre de la santé
- Le préfet pour les médecins libéraux
- Le directeur de l'ARS
- Le procureur de la république
- Un syndicat ou une association de praticiens

Cette chambre a un rôle exclusivement disciplinaire. Elle est composée de 8 membres titulaires, 8 membres suppléants élus par le conseil régional, et présidée par un magistrat professionnel désigné par le Conseil d' État. Un membre du Conseil départemental ne peut instruire une affaire ou siéger à l'audience si elle concerne son département.

Les sanctions possibles sont : (24)

- L'avertissement
- Le blâme
- L'interdiction temporaire ou permanente d'exercer la médecine
- La radiation du tableau de l'ordre

3. Responsabilité administrative

Elle concerne les agents du service public. En effet, l'administration peut également sanctionner ses agents. La jurisprudence est abondante dans ce domaine.

Longtemps, le principe a été que l'administration condamnée à payer une indemnité à la victime ne pouvait se retourner contre son agent. Ce principe a été abandonné en 1951 suite à deux décisions du Conseil d'État, les arrêts Laruelle et Delville (32).

La mise en cause d'un agent est possible si les conditions de survenue du dommage interdisent de considérer qu'il a agi comme agent public ; il y a « faute personnelle », par rapport à la faute de service si la « gravité est inadmissible au regard des conditions normales de l'exécution du service » (32).

La responsabilité de l'auteur d'une faute personnelle est désormais admise, lorsque l'administration a dû verser des indemnités à la victime : elle peut alors se retourner contre son agent et demander le remboursement intégral de l'indemnité, il s'agit d'une action récursoire.

Inversement, l'agent peut se retourner contre l'administration s'il estime avoir été condamné à tort (pour une faute personnelle) et qu'il juge que la faute relève du service : il peut demander le remboursement des sommes qu'il a versées.

C'est le juge administratif qui est compétent pour le déterminer. Une faute personnelle peut occasionner une poursuite disciplinaire ou constituer une infraction pénale, deux notions autonomes et indépendantes.

2. Réparation

1. Responsabilité civile

La faute non intentionnelle (ou délit d'imprudence) est généralement envisagée comme un délit civil ; sa mise en évidence ne permet pas le recours au principe de responsabilité pénale, mais elle reste condamnable. Elle a même pu être assortie de sanctions lourdes, par exemple, la peine des galères pouvait être requise dans le cadre d'homicide involontaire (16).

En matière de responsabilité médicale, la responsabilité trouve son application dans le (plus) vaste champ de la responsabilité indemnitaire civile, l'engagement d'une responsabilité pénale restant l'exception.

Trois conditions sont nécessaires à la mise en œuvre de la responsabilité civile, qu'elle relève ou non du domaine médical : (24)

- L'existence d'une faute
- L'existence d'un dommage, physique ou moral
- L'existence d'un lien de causalité entre faute et dommage

Il importe de noter que la perte de chance constitue elle aussi un dommage. Le lien de causalité doit être certain et direct (24).

Usuellement, au cours de la procédure civile, il appartient au demandeur (personne qui estime avoir subi le dommage) de prouver les éléments de faute, dommage et lien de causalité, à l'exception du devoir d'information, où la charge de la preuve incombe au défendeur (24).

Les juridictions compétentes dans le domaine civil sont :

- Le tribunal d'instance
- Le tribunal de grande instance
- La chambre civile de la cour d'appel
- La chambre civile de la cour de cassation

En matière civile, c'est le tribunal de grande instance qui est le plus souvent compétent dans les actions en responsabilité médicale.

2. Responsabilité administrative

Dans le cadre de la responsabilité- réparation, la responsabilité administrative concerne les établissements de service public. Un conflit opposant l'administration à un particulier ne peut être jugé que par un juge administratif, qui ne juge pas selon les règles du Code civil. Il applique les règles de la jurisprudence administrative. Ainsi juridictions civile et administrative sont indépendantes (24).

Toutefois, les obligations du médecin sont identiques à celles définissant l'exercice médical en droit civil. L'hôpital est quant à lui également soumis à une obligation de moyens (24).

C'est l'établissement qui indemnise le dommage. Une exception existe, (déjà précisée dans le paragraphe consacré à la responsabilité-sanction), la faute détachable du service : pour être évoquée il faut que cette faute soit commise en dehors du service ou « d'une extrême gravité ». C'est alors la responsabilité civile individuelle qui est en jeu (24).

Désormais, une faute simple suffit à engager la responsabilité de l'administration, que la faute soit médicale ou relève des soins ou de l'organisation du service, alors qu'avant 1992, une faute médicale lourde était nécessaire (24).

Le principe de preuve de la faute connait des exceptions en matière de responsabilité administrative : ainsi la faute est présumée si le dommage survient dans les suites d'un acte de soins courants. Le patient est également exempté de prouver la faute en cas d'infection nosocomiale (24).

3. Régimes de responsabilité sans faute :

La responsabilité d'un établissement peut être engagée dans certaines situations même en l'absence d'une faute. Depuis l'arrêt Bianchi (1994), cette possibilité a été étendue à d'autres situations. Pour cela, 3 conditions : (24)

- Le dommage est d'une extrême gravité
- La réalisation d'un risque exceptionnel mais connu
- Le risque est sans rapport avec les prédispositions du patient ou une évolution prévisible de sa maladie.

Depuis quelques années et davantage encore depuis la loi du 4 mars 2002, les jurisprudences administratives et civiles tendent à s'harmoniser, permettant de tendre vers une indemnisation comparable selon si le dommage est survenu en exercice public ou privé (24).

4. Apports de la loi du 4 mars 2002

La loi du 4 mars 2002 a actualisé le droit de la responsabilité médicale. C'est par sa promulgation que sont créées les CRCI (Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux) devenues CCI (Commissions de Conciliation et d'Indemnisation), destinées à gérer l'indemnisation des dommages sans faute, en particulier ceux entrant dans la catégorie des aléas thérapeutiques.

Cette loi imposante (126 articles), relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a été publiée au Journal Officiel du 5 mars 2002.

Décrite comme « consécration de l'autonomie du patient », elle est divisée en 5 titres. Le titre 2 en particulier affirme les droits à l'information du patient et du respect du consentement, allant jusqu'au droit de refuser des soins même en cas d'urgence vitale, explique A. Dorsner-Dolivet (23).

Le titre 4 de la loi s'intéresse à la réparation des dommages sanitaires, distinguant la responsabilité relevant du système assurantiel (fondée ou non sur une faute) et ce qui relève de la solidarité nationale, c'est-à-dire de la prise en charge du dommage par l'ONIAM (Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux) qui représente désormais une autre procédure, non contentieuse, de règlement des accidents médicaux(23).

C'est dans ce titre également qu'est inscrite l'obligation d'assurance à tous les professionnels et établissements de santé, l'article L1142-25 du Code de la santé publique définissant les termes de la sanction prévue en cas de non-respect de l'obligation d'assurance (45 000 euros d'amende assortie d'une peine d'interdiction professionnelle et de sanctions disciplinaires) (23).

La loi rappelle que la responsabilité du médecin ne peut être engagée qu'en cas de faute prouvée. Elle prévoit néanmoins des exceptions, à des degrés variables, parmi lesquelles figurent les infections nosocomiales, la responsabilité du fait de produits défectueux, l'aléa thérapeutique (24).

Elle permet désormais une indemnisation de l'aléa thérapeutique y compris en procédure civile. Auparavant, seul l'hôpital pouvait voir sa responsabilité engagée en matière d'aléa thérapeutique (24).

En instituant les CCI, elle donne naissance à une voie d'indemnisation différente, au titre de la solidarité nationale : les fonds sont ceux de l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM). Les CCI constituent une autre voie de recours pour les patients, parallèle à la voie contentieuse avec saisine d'un juge (24). Contrairement à la responsabilité sans faute telle que définie par l'arrêt Bianchi, le risque peut être connu ou non.

Les CCI sont composées de magistrats, représentants des usagers, professionnels de santé, responsables d'établissements et membres de l'ONIAM. Elles permettent une demande de règlement à l'amiable en cas d'accident médical, qu'il soit ou non fautif. La demande du patient est examinée et sera jugée recevable ou non via une expertise sur pièces, avant de diligenter une seconde expertise évaluant l'origine, la nature et la quantification du dommage (24).

Les conditions à réunir pour la procédure CCI sont (24) :

- Une relation directe entre l'acte de soin et le dommage.
- L'exclusion de toute faute médicale ou responsabilité de l'établissement.
- L'absence de rapport entre l'accident et l'état du patient ou son évolution prévisible
- Un certain seuil de gravité : un taux d'IPP (incapacité permanente partielle) $\geq$ 25 % ou ITT (incapacité temporaire de travail) > 6 mois, la nécessité de changement d'activité professionnelle, des troubles d'une particulière gravité dans l'existence, ou un décès.
- Les faits doivent être postérieurs au 4 septembre 2001.

La CCI peut également renvoyer le dossier vers l'assureur du professionnel de santé si elle estime que l'affaire relève de sa responsabilité, et lui proposer une indemnisation (24).

4. Eléments de responsabilité médicale comparée

Organisation des cursus médicaux dans les pays anglo-saxons

Ces notions sont nécessaires à la compréhension des études consacrées aux pratiques psychiatriques présentées plus loin dans ce travail, dans la partie portant sur la faute professionnelle, puis la médecine défensive.

Aux États-Unis, le médecin généraliste est un *Primary care physician* (33), ce qui peut correspondre à plusieurs intitulés :

- Pour les adultes : il s'agit d'un *Family Physician* ou *Internal Medicine Physician*
- Pour les enfants : il s'agit d'un *Family Physician* ou *Pediatrician*

Avant d'entreprendre des études de médecine, les étudiants doivent avoir effectué 4 années d'études post-bac dans d'autres disciplines universitaires, et obtenir un *Bachelor's degree*. Ils sont alors *undergraduate* (34). En dernière année de ce cycle *undergraduate*, les étudiants passent le MCAT (*Medical College Application Test)* et présentent leur candidature d'admission dans les écoles de médecine ; il existe un dossier de candidature commun à presque toutes les écoles, l'AMCAS (*American Medical College Application Service*) qui centralise les demandes (34).

Par la suite, les études médicales comportent 4 années de formation : une à deux années de cycle « *pre-clinical* » consacrées aux cours scientifiques de base (anatomie, biochimie, physiologie, pharmacologie, histologie, embryologie, physiopathologie, microbiologie, neurosciences), après lesquelles l'étudiant passe la première partie de l'USMLE (*United States Medical Licensing Examination*). S'ensuit le cycle *Clinical* où l'étudiant suit une formation pratique dans un centre hospitalier universitaire et passe la 2ème partie de l'USMLE pendant la 4ème année (34).

Les 4 années sont sanctionnées par le titre de MD (*Doctor of Medicine*) qui ne donne pas le droit d'exercer ; la formation doit être complétée par un *Post graduate training* qui peut consister en (34) :

- 1 ou 2 ans de formation pratique post universitaire, avant de présenter la 3ème partie de l'USMLE qui permet l'obtention d'une licence donnant l'autorisation d'exercer en tant que médecin généraliste(34).
- 3 à 7 années de *Residency* pour l'acquisition d'une spécialité. La *Family practice* appartient aux spécialités. Après les années de *Residency* le MD peut présenter l'examen d'une *Speciality Board* qui délivre le titre de spécialiste (34).

La *Board Certification* est donc le processus par lequel un médecin aux États-Unis (MD c'est à dire *Medical Doctor* ou DO *Diplomate of Osteopathy*), ou d'autres professionnels de santé (dentiste, pharmacien, *advanced practice registered nurse*, *optometrist*) par une épreuve écrite ou pratique, témoignent de la maitrise des connaissances et compétences fondamentales d'une spécialité donnée. Il existe 26 spécialités pour lesquelles un médecin peut obtenir une *Board Certification* et 3 organisations qui supervisent la *Board Certification* : (35)

- l'ABMS *American Board of Medical Specialities*
- l'AOABOS *American Osteopathic Association Bureau of Osteopathic Specialists*
- l'ABPS *American Board of Physician Specialities*.

1. Responsabilité médicale aux États-Unis

Dans un article paru en 2010 (*Tribunes de la Santé)* (36)*,* Anne Laude rappelle que les systèmes juridiques français et américain présentent un grand nombre de similitudes :

Tous deux reposent sur la notion de faute ; en France ce principe résulte de l'article 1142 du Code de la santé publique. Aux États-Unis, les règles régissant les dommages causés aux personnes et aux choses (en dehors d'une infraction pénale ou d'un contrat) impliquent également la réalisation d'un « *tort* », soit un acte fautif (36).

Anne Laude souligne que les recherches de responsabilité à l'encontre du médecin aux États-Unis sont quasi exclusivement civiles. En France, la voie civile est également majoritaire, à cette différence près qu'elle peut y être également administrative (et pénale, pour les 2 pays).

En France la voie pénale est perçue comme le moyen le plus efficace d'aboutir à la vérité, contrairement aux États-Unis où la responsabilité civile permet par la procédure de « *Discovery* » une recherche efficace de cette vérité (36).

1. Différences dans les fondements du droit : Common Law et droit jurisprudentiel

Dans un article paru en 2009 (37) , Bal retrace l'histoire du droit de la responsabilité médicale aux États-Unis ; celui-ci dérive de la Common Law anglo-saxonne du XIXème siècle, qui correspond au système juridique de l'Angleterre et du Pays de Galles. Il constitue la base de la jurisprudence aux États-Unis où il a été exporté à l'époque de l'Empire britannique. Il s'est ensuite développé par jurisprudence successive (37).

La Common Law elle-même s'est construite par la succession de décisions des tribunaux et des juges, ce qui l'oppose aux lois développées exclusivement par des instances législatives ou des décisions du pouvoir exécutif (37).

Le droit américain, est ainsi un droit coutumier, alors que le droit français, issu du système romano germanique, constitue un droit essentiellement écrit. Aux États-Unis c'est principalement la jurisprudence qui a fait le droit de la responsabilité médicale : la « règle du précédent » implique que le juge est lié par la jurisprudence antérieure (36).

La possibilité de réclamation est, comme en France, encadrée par un délai de prescription (37).

2. Un droit par État.

Le système juridique américain comprend le droit fédéral mais aussi celui des différents États de l'Union. Le droit de la responsabilité médicale dépend donc de l'autorité individuelle de chaque État, et non du gouvernement fédéral. C'est par conséquent la jurisprudence de chaque État qui la régit. Si les principes restent identiques, le droit est variable d'une juridiction à l'autre (37).

Ces différences peuvent favoriser le *« forum shopping* » (concentration de procès intentés par les victimes ou leurs avocats dans tel État ayant développé une jurisprudence sévère dans telle branche de responsabilité délictuelle) (36).

Par exemple, en 2003, en Floride, a été observée une diminution d'activité de 70 % des gynécologues et une augmentation de 93 % de leurs primes d'assurances à l'issue de litiges civils qui leur étaient défavorables (36).

3. Poursuites pour *Malpractice*

Bal (37) rapporte que les poursuites pour faute professionnelle sont devenues régulières à partir du XIXème siècle, mais qu'elles demeuraient rares et sans incidence sur la pratique de la médecine avant les années 1960, à partir desquelles les procès sont devenus plus fréquents.

Le droit de la responsabilité médicale est rattaché à celui de la négligence professionnelle qui appartient au champ de la responsabilité délictuelle (*Tort Law*), c'est-à-dire l'ensemble des lois qui régissent les délits civils distincts des obligations contractuelles et des lois pénales (*Criminal Wrongs*) (38).

La faute professionnelle (*Malpractice*) est plus souvent entendue comme une négligence, c'est-à-dire en l'absence d'intention de nuire (39).

Pour gagner un procès pour faute professionnelle, le plaignant doit généralement prouver ce qui a été appelé les 4 D (superposables aux éléments nécessaire à l'établissement d'une responsabilité civile en France) :

- *Duty* : existence d'un devoir
- *Dereliction* : manquement à ce devoir
- *Directly* : qui est la cause directe
- *Damages* : d'un dommage

La négligence est quant à elle généralement définie comme une conduite s'écartant d'une norme, la norme pouvant être définie par rapport aux agissements d'une personne raisonnable (« *reasonable person* »). Bal rappelle que cette définition de la norme est une « fiction juridique » faisant office de référence dans une situation donnée. Il s'agit du comportement qu'aurait eu cette personne raisonnable « [dans des circonstances similaires et de ce qu'elle ferait ou ne ferait pas afin de protéger autrui d'un dommage prévisible] » (37).

4. Un système à l'accès plus facile ?

1. Rémunération des avocats

Les règles de procédure aux États-Unis sont de nature à faciliter l'accès aux tribunaux. Les avocats y sont 3 fois plus nombreux qu'en France. Leur mode de rémunération est également très différent : on peut aux États-Unis prendre un avocat sans avoir à le rémunérer au fur et à mesure de la procédure, dans le cadre des « *Contingency fees lawyers* » : les avocats fixent leurs honoraires et sont rémunérés en fonction des indemnités perçues par les victimes (pourcentage des dommages et intérêts, souvent de l'ordre de 30 %) (36).

Ce mode de rémunération, précise Anne Laude, peut encourager les avocats à poursuivre des médecins pour des « futilités » (36).

Aux États-Unis, les avocats peuvent démarcher les patients au sein des hôpitaux, et il n'est pas rare, d'en rencontrer dans les services d'urgence, remarque Bal (37).

Anne Laude précise aussi que les avocats ont la possibilité de faire une publicité pour leurs actions et chercher des victimes par voie de presse ou dans l'enceinte des hôpitaux. En France, l'honoraire fixé en fonction du résultat obtenu (*pacte de quota litis*) est en général prohibé (36).

2. Recours collectifs

La possibilité des recours collectifs (« *class actions* ») rend, depuis 1966, possible d'engager des actions pour le compte d'une catégorie de personnes victimes des mêmes faits, pour la réparation du préjudice personnel subi par chacune des victimes. De telles procédures n'existent pas en France. L'action judiciaire est une liberté donnée pour la défense des intérêts d'un individu et personne ne peut être investi pour la défense de l'intérêt général ou d'autrui (« nul ne plaide par procureur »), à l'exception du ministère public (36).

En France, le plaignant apporte des éléments de preuve et parfois le juge est sollicité pour la production forcée de pièces que le défendeur n'accepterait pas de diffuser.

En droit américain, la procédure de *Discovery* implique une production complète des pièces qui doivent être connues des deux parties avant la tenue d'un procès (36).
De plus, le droit français privilégie la preuve écrite, alors que le droit américain fait prévaloir la preuve orale, ainsi l'interrogatoire ou contre-interrogatoire sont admis comme modes de preuve (36).

Aux États-Unis des témoins experts peuvent être appelés : l'expert ici n'est pas désigné par le juge (contrairement à la France), mais chaque partie peut faire appel à son propre expert qui peut procéder à des interrogatoires ou contre-interrogatoires (36).

Le droit américain prévoit en outre un mécanisme d'inversion de la charge de la preuve, en vertu de la règle « *res ipsa loquitur* » (la chose parle d'elle-même). L'application de cette règle conduit à inverser la charge de la preuve au détriment du médecin (36).

Il existe dans la constitution américaine un droit à être jugé par un tribunal populaire pour tout litige d'un montant supérieur à vingt dollars. Ce tribunal est composé de jurés, contrairement à la composition des tribunaux civils ou administratifs en France, exclusivement composés de magistrats professionnels (36).

3. Règles différentes dans l'attribution des dommages et intérêts

Comme le rappelle Anne Laude (36), c'est probablement ce point qui rend les procès plus redoutables aux États-Unis.

En France, le principe est la réparation intégrale du préjudice matériel et personnel (qui peut être estimé par une somme d'argent). Aux États-Unis il existe deux catégories de dommages pour lesquels une victime peut demander une réparation : (36)

- Les dommages compensatoires : qui visent les préjudices résultant du coût des dépenses médicales, de l'intensité des douleurs éprouvées et des troubles mentaux subis, ainsi que le coût de réparation des préjudices futurs.
- Les dommages punitifs, que le juge peut prononcer en complément. Le montant en est souvent élevé. En règle générale, ils s'accompagnent de l'hypothèse que l'auteur est animé d'intentions malveillantes, visant à causer un préjudice.

Le calcul des dommages intérêts prend en compte la perte économique (de revenus, le coût des soins actuels et à venir) et non économique (douleur, souffrance endurée) (37).

Aux États-Unis, une assurance de responsabilité professionnelle (*Medical malpractice insurance*), souscrite par les médecins, peut être requise pour intégrer un groupement médical ou un hôpital (37). Ce point ne les distingue pas de la France.

5. Institutions juridiques

Ainsi que le rappelle Bal, les noms portés par les tribunaux peuvent varier d'un État à l'autre, mais leur structure et leur hiérarchie sont similaires : partout existent des tribunaux de première instance où sont jugés les conflits civils (*civil disputes*), et où sont généralement déposées les affaires de responsabilité médicale pour lesquelles ils sont dits compétents. Existe également un système d'appel, l'autorité judiciaire de dernière instance étant la cour suprême de l'État (37).

Le lieu où est déposée l'affaire dépend, selon les États, du lieu de résidence des parties et/ou du lieu où se sont déroulés les faits. Des règlements encadrent l'attribution d'un tribunal dans chaque État. Un dossier déposé auprès du mauvais tribunal peut être rejeté (37).

Il arrive que certaines villes soient situées dans 2 districts judiciaires : le patient s'estimant lésé a ainsi le choix de déposer sa plainte dans plus d'une juridiction de jugement (37).

En revanche, l'affaire sera déposée devant un tribunal de district fédéral (également composé d'un jury) si elle implique le gouvernement fédéral par l'intermédiaire d'un centre de santé financé par ce dernier ou une institution d'anciens combattants ou s'il existe une diversité de citoyenneté d'État parmi les parties du litige, ou encore si une question fédérale est soulevée (violation d'une droit constitutionnel fondamental). Il existe 94 tribunaux de district fédéraux, dont au moins un est situé dans chaque État (37).

L'un des droits constitutionnels fondamentaux aux États-Unis est celui à un procès devant jury, c'est-à-dire une procédure où un groupe de personnes choisies parmi la population est invité à examiner les faits et se prononcer dessus par une décision. Chacune des deux parties, avec la participation de leurs avocats, peut récuser un nombre limité de jurés, dont ils connaissent les informations démographiques (37).

Cette forme de procès s'oppose au *Bench Trial*, où c'est un magistrat professionnel (ou groupe de magistrats) qui prend la décision finale. Aux États-Unis, c'est quasi systématiquement un procès devant jury qui se tient dans les affaires de responsabilité médicale, si l'affaire n'est pas résolue avant l'étape du procès (37).

1. Un système civil accusatoire

Le système de règlement des litiges civils (médicaux ou autres) des pays de *Common Law* est dit accusatoire. Les avocats de chaque partie présentent leurs arguments devant une partie impartiale, jury ou juge, explique Richards dans *Medical Care Law* (40), cité par Bal (37).

Cette qualification s'oppose au système dit inquisitoire dérivé du droit romain ou du Code Napoléon (dans les états d'Europe) où les juges enquêtent indépendamment sur les faits et décident de la sentence (37).

2. Éléments de la faute médicale

Aux États-Unis (comme en France), le patient doit généralement prouver quatre éléments (déjà cités sous l'intitulé « 4D » plus haut) pour faire valoir une réclamation de faute médicale (Gittler (41), cité par Bal) (37) :

- L'existence d'une obligation de la part du médecin de fournir des soins
- Un manquement à cette obligation dû à une défaillance à respecter les normes professionnelles
- Une relation de causalité entre ce manquement et le dommage causé au patient
- L'existence d'un préjudice découlant du dommage pouvant être réparé par le système judiciaire.

Le premier élément est le plus aisé à établir puisqu'une obligation de diligence existe dès qu'existe une relation de soins, y compris en cas de remplacement d'un collègue.

Une exception toutefois, est la rencontre en dehors d'un cadre professionnel, dans un contexte social par exemple, aucune relation médecin patient n'est alors établie (37).

Sauf pour des manquements flagrants à l'obligation de diligence ou violation manifeste des règles de bonne pratique (opération du mauvais membre...), le recours à des experts s'impose rapidement afin de statuer sur le respect des standards professionnels, car le jury populaire n'est pas à même de le faire. Les experts apparaissent en tant que témoins (37).

Le calcul des dommages est l'aboutissement des réclamations pour faute professionnelle ; la compensation du préjudice est généralement déterminée par des dommages financiers, plus faciles à attribuer. Ils sont rarement complétés de dommages-intérêts punitifs, qui sont réservés aux conduites que la société a un intérêt à dissuader (destruction de dossiers médicaux, inconduite sexuelle envers un patient) (37).

Il est notable que le seul manquement aux normes ne suffit pas à engager une poursuite. Un préjudice doit y être associé : Bal cite l'exemple d'une fracture tibiale traitée par réduction fermée et plâtre mais devant être traitée par fixateur externe. Si elle évolue en pseudarthrose ou consolidation vicieuse, elle pourra constituer une négligence, mais pas si elle guérit sans incident. C'est alors un préjudice sans dommage, donc sans dédommagement (37).

3. Déroulement des poursuites

Une poursuite pour faute médicale aux États-Unis débute par le dépôt d'une citation à comparaître, un formulaire de réclamation ou une plainte qui constituent des actes de procédure et précisent les faits reprochés par le demandeur au défendeur. Ils sont déposés au tribunal avec une attestation mentionnant qu'ils ont été remis au défendeur (37).

Comme la majorité des litiges civils aux États-Unis, les cas de *Malpractice* en médecine vont rarement jusqu'au procès, un système de plaidoyer contradictoire visant à promouvoir l'auto-résolution de ces litiges (37).

1. Processus de *Discovery*

La *Discovery* est le nom du processus de recueil d'informations qui s'étend entre le dépôt de la plainte et le procès et où ont lieu le partage d'information et la prise de connaissance des faits par les deux parties. Elle consiste en des demandes de documents (dossiers médicaux qui sont généralement la première étape entreprise par l'avocat du demandeur), interrogatoires et dépositions (l'une des parties est interrogée par l'avocat sous serment, avec enregistrement de la procédure pour l'utilisation ultérieure au tribunal), hors-tribunaux. Chaque avocat effectue une demande de renseignement auprès de la partie adverse (37).

Les échanges concernent également les témoignages d'experts respectifs, l'objectif étant de parvenir au mieux à une compréhension mutuelle et à un règlement de l'affaire hors tribunal.

Dans le cas contraire, les éléments de la *Discovery* sont présentés au procès, de sorte qu'aucune des parties ne puisse créer la surprise en apportant des faits nouveaux et inconnus (37).

2. Déposition

Bal rapporte que la déposition sous serment est la rencontre la plus éprouvante pour les médecins avec le système juridique. Un sténographe judiciaire fait prêter le même serment que lors d'une déposition au tribunal, réalise un procès-verbal écrit de la déposition ou un enregistrement vidéo. L'endroit est le plus souvent le bureau du médecin, préféré par les avocats de la défense car le médecin peut s'y sentir plus à l'aise et disposer de documents de référence (37).

Y assistent les avocats et un représentant de la compagnie d'assurance couvrant le médecin. Le patient peut choisir d'y assister, mais les questions sont posées par son avocat (demandeur de la déposition). Un contre-interrogatoire est possible par la suite, jusqu'à ce que les questions soient épuisées.

Des objections (relatives à la forme ou au fond) peuvent être formulées ; celles qui concernent la forme sont généralement un signal de prudence pour le déposant quant à sa réponse (37).

Au vu de son importance, la déposition doit être préparée minutieusement, ainsi que le précise Bal. Le médecin la prépare avec son avocat. Bal conseille de l'enregistrer au préalable et d'effectuer une répétition pour se familiariser avec le processus. Il ajoute que l'honnêteté et la vérité y sont essentielles au regard du caractère assermenté de la déposition (37).

3. Particularités des systèmes de défense dans les affaires de Malpractice

L'avocat du demandeur, ici le patient, est embauché par ses soins et rémunéré sur la base d'honoraires conditionnels (*Contingency Fees Lawyers*, déjà cités). Ainsi l'avocat perçoit-il de l'argent seulement si un dommage monétaire est attribué ; le taux (qui varie souvent de 5 à 50 %) est établi préalablement (37).

On l'a dit, l'aboutissement au procès est rare et l'étape du jury est rarement atteinte. La plupart des affaires sont réglées par un arrangement dit à l'amiable où la compagnie d'assurance du médecin verse une somme d'argent. De plus, le principe des honoraires conditionnels concerne aussi bien les indemnisations à l'amiable que celles allouées par un tribunal (37).

L'avocat du médecin est nommé par sa compagnie d'assurance de responsabilité professionnelle, qui règle les frais juridiques, bien que le client de l'avocat soit le médecin. Le médecin peut engager un avocat supplémentaire, mais à ses frais (37).

La plupart des compagnies d'assurance permettent au médecin de donner son avis et de décider ou non d'un règlement à l'amiable. Toutefois, il existe des assureurs qui peuvent régler une réclamation sans le consentement de l'assuré, voire malgré son opposition, ou dont les contrats comportent des restrictions liées au règlement à l'amiable (37).

4. Principe de prépondérance de la preuve

Le principe de prépondérance de la preuve s'oppose à celui requis pour les condamnations pénales, « hors de tout doute raisonnable ». L'exigence de niveau de preuve est donc moindre dans les affaires civiles : il signifie en pratique qu'un jury impartial trouverait une probabilité supérieure à 50% que la négligence professionnelle ait eu lieu pour rendre un verdict défavorable au médecin (37).

Un système de recours existe, parfois auprès du même tribunal en cas de désaccord, notamment sur le montant des indemnités. En pratique, comme l'explique Bal (37), le système juridique est extrêmement respectueux de la finalité d'un procès devant jury.

Ces procès sont en règle gagnés ou perdus en première instance. Les chances de succès d'une seconde requête sont ainsi faibles et concernent généralement un point de droit spécifique ou de procédure mal appliqué (37).

6. Critique du système de responsabilité

Ces poursuites, explique Bal (37), représentent des expériences chargées d'émotions et des efforts. Même le verdict d'un jury favorable au médecin représente un lourd tribut en termes de découragement et d'investissement de temps.

Bal ajoute que les médecins ne connaissent généralement pas la logistique complexe associée à ces affaires, ni le fonctionnement du système juridique avant d'être face à une poursuite (37).

Le processus de *Discovery* juridique et les négociations entre les parties s'étendent habituellement sur plusieurs années, impliquent de nombreuses heures de préparation et de recherches dans la littérature médicale et juridique.

La préparation et la tenue d'un procès peuvent coûter plus de 100 000 dollars, montant qui reflète le risque financier assumé par l'avocat du demandeur (37).

Fisher (42), cité par Bal (37) rapporte également que ce système a été critiqué car il pourrait inciter à la poursuite abusive ou intempestive pour faute médicale et décourager les cas méritoires mais à faible chance d'indemnisation monétaire.

Après une comparaison du système de règlement des litiges en responsabilité médicale de plusieurs nations, Bal conclut qu'il n'existe pas de réponse simple ou idéale, qui compenserait adéquatement les personnes lésées tout en excluant les réclamations frivoles ou opportunistes (37).

Ces comparaisons toutefois peuvent être utiles pour identifier les réformes souhaitables du système de responsabilité médicale (37).

7. Réforme de la responsabilité civile délictuelle

En réponse à la crise de la responsabilité médicale, des mesures visant à réformer la responsabilité civile, afin de réduire la fréquence et/ou la gravité des affaires, ont été adoptées, tant au niveau fédéral qu'au sein de chaque État. Les objectifs comprennent la réduction des coûts, l'accélération du traitement des affaires, l'éviction des revendications illégitimes.

Bovbjerg notamment (43) affirme la nécessité d'une réforme du système de responsabilité américain. Ainsi que Hicks (44), il expose quelles peuvent être ces mesures de réforme : celles-ci comportent l'abandon de la responsabilité conjointe et solidaire où un accusé pouvait être tenu de payer l'intégralité de l'indemnisation si les autres mis en cause n'étaient pas solvables, la réduction de ces dommages du montant alloué par d'autres systèmes indemnitaires (salarial et assurance maladie), la limitation des honoraires conditionnels auxquels l'avocat peut prétendre, la limitation de la durée de prescription, l'organisation d'une indemnisation par versements plutôt qu'une somme forfaitaire, et la limitation du montant des dommages.

Une étude visant à évaluer l'efficacité de mesures de réformes a été effectuée dans 10 États par l'examen de 44 913 sinistres déclarés de 1999 à 2001 à la banque nationale des praticiens, afin d'analyser l'association entre paiements des primes et réforme (Guirguis et al, 2006). Les auteurs constatent une baisse des primes d'assurance et des indemnisations associées aux mesures de plafonnement de ces dernières (45).

Certains États ont opté pour une limitation du lieu de dépôt de la plainte afin de limiter la prospection abusive d'un historique de dédommagements généreux dans certaines jurisprudences,

ainsi qu'une régulation par une déclaration préalable sous serment d'un pair médecin attestant le bien-fondé de l'affaire avant son dépôt (37).

D'autres mesures non adoptées ont été proposées, parmi celles citées par Bal (37), on peut retenir :

- Le remplacement du système de jury par une procédure moins formelle de décisions prises par des professionnels.
- Le remplacement de la responsabilité médicale par celle de l'entreprise où les soins ont eu lieu.
- L'introduction d'un modèle contractuel de responsabilité médicale (Havighurst, 1986) (46).
- L'institution d'un système de responsabilité sans faute, similaire à celui en vigueur pour les accidents de travail ou dans l'assurance automobile (Johnson, 1990) (47).

On notera que 2 de ces propositions correspondent à des systèmes existants en France.

2. Aperçu d'autres régimes de responsabilité

En Angleterre, la plupart des médecins sont assurés par le NHS (*National Health Service*) qui gère tous les aspects commerciaux et juridiques de la médecine ; ainsi les médecins du NHS ne sont-ils pas personnellement responsables dans les poursuites pour faute professionnelle et n'ont pas à souscrire d'assurance. Les fonds d'indemnisation du NHS proviennent de fonds du gouvernement (37).

Bal (37) rapporte que les procès en responsabilité médicale devant les tribunaux sont moins fréquents qu'aux États-Unis, même si le traitement juridique y est similaire. Devant une allégation de faute, c'est la conformité aux pratiques jugées raisonnables (par une instance) qui permet la défense.

Ce fonctionnement rapproche le Royaume-Uni du Japon où près de la moitié des médecins sont membres de l'Association médicale japonaise et couverts par un pool d'assurance collective (37).

L'assurance privée est possible, mais non requise par la loi. L'examen hors tribunal des demandes est plus rapide et moins coûteux, mais biaisé en faveur des médecins et au détriment des patients. En revanche, en cas de blessures ou décès consécutifs à une erreur médicale, l'affaire est souvent traitée comme une affaire criminelle avec enquête et arrestation du médecin (37).

Au Canada, si le système de responsabilité est semblable à celui des États-Unis, l'incidence des réclamations est en baisse constante depuis 1997, observe Bal (37). Elle est attribuable à des initiatives d'amélioration de la sécurité des patients et à la participation de médecins à des programmes de formation continue. A noter l'existence de forums judiciaires informels utilisés pour répondre aux préoccupations des patients (37).

En Allemagne, les allégations de faute professionnelle sont appelées commissions de médiation. Des groupes d'experts mis en place par des associations de médecins se prononcent, mais leur décision peut être refusée par le patient qui peut porter l'affaire devant les tribunaux, où le système traitant des fautes professionnelles est similaire aux États-Unis (37).

Il existe des systèmes de règlement à l'amiable et de responsabilité sans faute également en Suède, Finlande, Danemark et Norvège, rapporte Bal (37).

En Australie, les préoccupations concernant l'inflation des affaires de responsabilité médicale sont comparables aux États -Unis, bien que le système de santé soit plus socialisé. Le droit s'y rapportant est également issu de la *Common Law*. Bal rapporte qu'au cours de la dernière décennie, les 2 principaux assureurs professionnels médicaux ayant financé la défense des litiges ont fait faillite et nécessité un renflouement du gouvernement australien. Les primes d'assurance ont de ce fait augmenté et le débat quant à la nécessité de réformer la responsabilité civile s'est ouvert (37).

3. Judiciarisation en France ?

Anne Laude s'interroge sur l'impact de la crise de la responsabilité médicale comparativement en France et aux États-Unis (36) ; elle estime que le contexte dans lequel les médecins appréhendent aujourd'hui en France la mise en cause de leur responsabilité est d'autant plus délétère qu'il s'inscrit dans un climat signant une plus grande méfiance à l'égard des professionnels de santé, amplifiée par l'écho médiatique associé (36).

Elle s'appuie sur l'exemple des crises de santé publique connues ces dernières années (affaires du sang contaminé, de la vache folle, de l'amiante, la clinique de sport, la canicule, le retrait du Vioxx…)

Anne Laude observe que, du point de vue des professionnels de santé, des décisions de justice ont pu donner l'impression d'une instabilité du droit de la responsabilité médicale, d'une augmentation du contentieux et ainsi d'une judiciarisation : elle cite l'exemple de l'inversion de la charge de la preuve en matière de manquement à l'obligation d'information du médecin, la présomption de faute pour les infections nosocomiales ou l'indemnisation d'un enfant en cas de handicap non décelé à la naissance (36).

Toutefois en France, on l'a vu, jusqu'en 2002, le système de responsabilité médicale était similaire à celui des États-Unis puisque les patients pouvaient engager des poursuites devant un tribunal puis opter pour un règlement à l'amiable ou engager un procès ; depuis 2002 existe également un régime de responsabilité sans faute hors tribunaux, où les patients peuvent présenter un dossier examiné par une CCI. Les indemnisations sont issues d'un fonds national, l'ONIAM (37).

5. Quelles données sont disponibles à propos de la responsabilité médicale en France ?

Il n'existe pas en France de données synthétiques et exhaustives permettant d'objectiver l'évolution générale du contentieux, qu'il soit civil, pénal ou administratif (48). Plusieurs sources permettent toutefois des estimations fiables, en particulier ces cinq dernières années. En France, comme Aux États-Unis, la fréquence des poursuites varie considérablement selon les spécialités.

1. Estimation du contentieux : des sources hétérogènes

Des sources variées permettent d'estimer les données en responsabilité selon les voies de recours.

1. Décisions de justice

Annick Dorsner-Dolivet affirme qu'on ne peut pas parler « d'explosion » du contentieux en responsabilité médicale, mais d'une légère augmentation tout au plus (23).

Pourtant, l'analyse quantitative des arrêts relatifs à des affaires en responsabilité médicale et rendus entre 1984 et 1992, laisse supposer une forte augmentation du contentieux en responsabilité médicale : la progression est estimée à 62 %, rapporte Annick Dorsner-Dolivet, citant Thouvenin (49).

Toutefois, comme le précise encore Annick Dorsner-Dolivet, il faut prendre en compte des phénomènes contemporains de cette augmentation : la part importante du contentieux concernant la réalisation de risques sériels, et le vieillissement de la population française concomitant, inévitablement à l'origine de l'accroissement du nombre des actes médicaux, sur des patients à la condition physique plus précaire, et par conséquent à risque plus élevé d'accidents (23).

2. Contentieux pénal

Dans un article paru dans la Gazette du Palais en 2007, M-O Bertella, note que le contentieux pénal est stable, ce qui peut s'expliquer par le fait que depuis 2003, la politique pénale du ministère public (50) est d'effectuer un filtre et ne retenir pour l'instruction que les affaires les plus graves de responsabilité médicale individuelle et depuis peu les affaires collectives de santé publique les plus importantes.
Ce contentieux assez faible mais fortement médiatisé peut laisser un sentiment de victimisation important au sein du corps médical (36).

3. Contentieux administratif

Concernant le contentieux administratif, une stabilité est également observée, comme l'illustrent les données recensant les affaires de responsabilité hospitalière (51).

La courbe ci-dessous montre une évolution du contentieux administratif relatif à la responsabilité médicale : on constate une diminution de leur nombre.

La sinistralité administrative est toutefois à rapporter aux nombres de prestations de soins ; il est probable que le nombre de séjours hospitaliers soit vraisemblablement croissant.

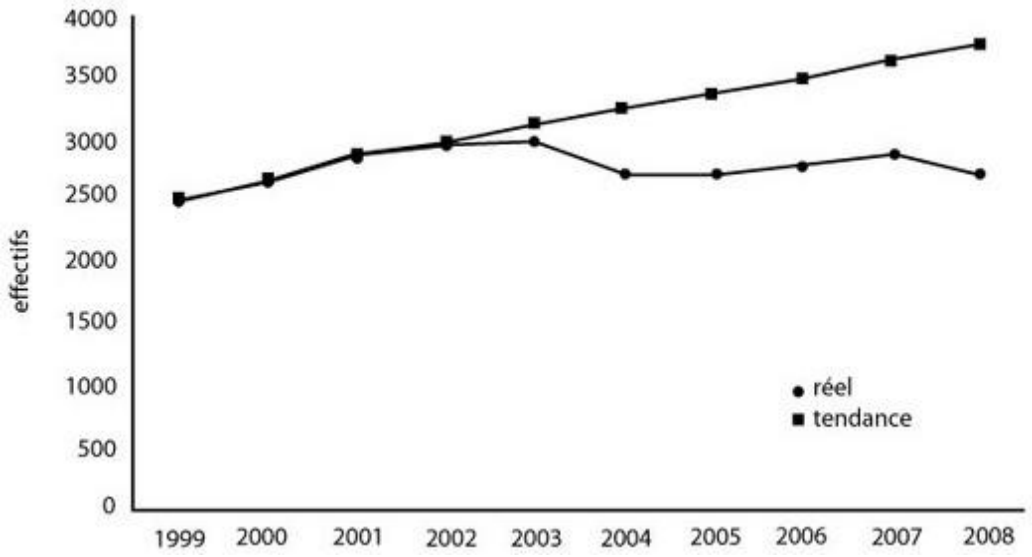

Figure 1 : Evolution des plaintes administratives de 1999 à 2008 en France, publiées en 2004 puis réactualisées (51)

La diminution observée semble coïncider avec l'apparition de nouvelles procédures amiables d'indemnisation, depuis 2002 (création des CRCI), permettant la distinction entre faute et aléa thérapeutique (36).

4. Condamnations des établissements

La Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles (SHAM) est une compagnie d'assurance qui assure une majorité des établissements de santé. Depuis 2006, elle couvre également des professionnels libéraux, mais les données publiées concernent la responsabilité des établissements. En 2014, elle comptait 8966 sociétaires (établissements et professionnels) ce qui représentait 60% des lits de MCO en France, 70% des établissements publics et 30% des établissements privés.

En 2013, la SHAM a reçu 13 117 réclamations en responsabilité civile (établissements de santé, sociaux et médico sociaux).

Figure 2 : Evolution de l'indice de fréquence des réclamations en responsabilité civile médicale, panorama 2014 de la SHAM (52)

TCAM : taux de croissance annuel moyen

Les rapports 2013 et 2014 de la SHAM révèlent que les décisions des juridictions administratives et judiciaires prononçant ou confirmant la responsabilité d'établissements de santé sont plus nombreuses que celles les mettant hors de cause.

En 2012, la SHAM recensait 1 111 décisions de justice (relevant de juridictions administratives ou civiles) concernant les établissements de santé qu'elle assure. Parmi elles, 606 (soit 55 %) ont retenu la responsabilité d'un établissement. C'était la première fois depuis 1999, à l'exception de l'année 2004, que le nombre d'établissements jugés responsables dépassait la moitié des jugements (53).

En 2013, la SHAM recensait 1096 décisions de justice. Parmi elles, 628 (soit 57 %) ont retenu la responsabilité d'un établissement.

Selon Dominique Godet (directeur général de la SHAM), ce retournement de tendance s'explique notamment par : «Une évolution de la jurisprudence en faveur des patients et une reconnaissance plus importante de préjudices qui n'étaient pas retenus auparavant, tels que le préjudice de douleur ou l'insuffisance d'information, même si le patient n'a gardé aucune séquelle.» (53).

Il observe également parmi ces décisions, que près de 20 % concernent des situations d'infections nosocomiales, qui ont la particularité de relever du régime de responsabilité sans faute et d'aboutir quasi systématiquement à une condamnation permettant indemnisation.

5. Contentieux civil

Le contentieux civil voit en revanche une augmentation du nombre de demandes, augmentation qui peut être attribuée, selon Anne Laude, au « meilleur suivi du travail médical et à l'appréciation plus fine de la responsabilité, l'apparition de nouvelles maladies (infections à prions), la plus grande conscience des patients de leur droit à une indemnisation » (36). Toutefois, il s'agit là du nombre de demandes, et pas des condamnations, demandes qui sont à rapporter à l'augmentation du nombre d'actes réalisés.

Année	Cour d'appel	Tribunal de grande instance				Tribunal d'instance			
		Total	Fond	Référé		Total	Fond	Référé	
				Nbre	%			Nbre	%
1990	237	1 074	571	503	46,8	168	155	13	7,7
1991	250	1 065	560	505	47,4	187	175	12	6,4
1992	251	1 483	714	769	51,9	171	151	20	11,7
1993	363	2 132	966	1 166	54,7	217	211	6	2,8
1994	376	2 408	1 086	1 322	54,9	139	133	6	4,3
1995	346	2 842	1 142	1 700	59,8	151	148	3	2,0
1996	433	3 186	1 183	2 003	62,9	176	144	32	18,2
1997	468	3 547	1 396	2 151	60,6	123	117	6	4,9
1998	534	4 295	1 640	2 655	61,8	165	156	9	5,5
1999	607	4 458	1 756	2 702	60,6	182	177	5	2,7
2000	672	4 798	1 890	2 908	60,6	205	193	12	5,9
2001	686	5 275	2 054	3 221	61,1	174	163	11	6,3
2002	730	5 208	2 057	3 151	60,5	163	149	14	8,6
2003	739	5 196	1 994	3 202	61,6	154	143	11	7,1
2004	751	4 982	2 006	2 976	59,7	122	115	7	5,7
2005	751	5 048	1 903	3 145	62,3	167	153	14	8,4
2006	667	4 750	1 883	2 867	60,4	162	150	12	7,4
2007	690	4 515	1 772	2 743	60,8	173	163	10	5,8
2008	684	4 473	1 711	2 762	61,7	176	167	9	5,1

Tableau 1: Évolution des demandes en réparation des dommages causés par l'activité médicale ou paramédicale formées au fond et en référé devant les juridictions civiles (1990-2008)
Source: direction des affaires civiles et du sceau, pôle d'évaluation de la justice civile (36)

Les données ci-dessus permettent d'apprécier l'évolution des demandes de réparation civiles, mais sont peu spécifiques d'une activité (elles incluent les actes médicaux et paramédicaux) et surtout peu informatives car l'augmentation n'a de valeur que rapportée au nombre d'actes de soins.

La prédominance des affaires portées devant le tribunal de grande instance par rapport au tribunal d'instance laisse penser qu'une large majorité d'affaires concernent des litiges dont le dédommagement est supérieur à 10 000 euros.

6. Sinistralité des assureurs

Le Groupe d'Assurances Mutuelles Médicales (GAMM) réunit depuis 1987 la société MACSF (Mutuelle d'Assurance du Corps de Santé Français) et le Sou Médical (54). Leurs rapports seront détaillés dans la partie suivante.

Les déclarations s'entendent tous types de plaintes confondues (civile, pénale, disciplinaire, déclaration effectuée par prudence), les condamnations civiles représentent environ ¼ des condamnations, les condamnations pénales, 10 % de l'ensemble (23).

Concernant la période 1998-2006, alors que l'évolution de la démographie médicale est stable, il n'y a pas eu d'évolution significative du nombre de sinistres ; au contraire la MACSF constate une diminution de cette évolution (36).

Le graphique reproduit-ci-dessous permet d'observer que le nombre de médecins en activité est stable de 1998 à 2006, et que le taux de réclamations pour 10 000 sociétaires tend à diminuer au cours de ces mêmes années.

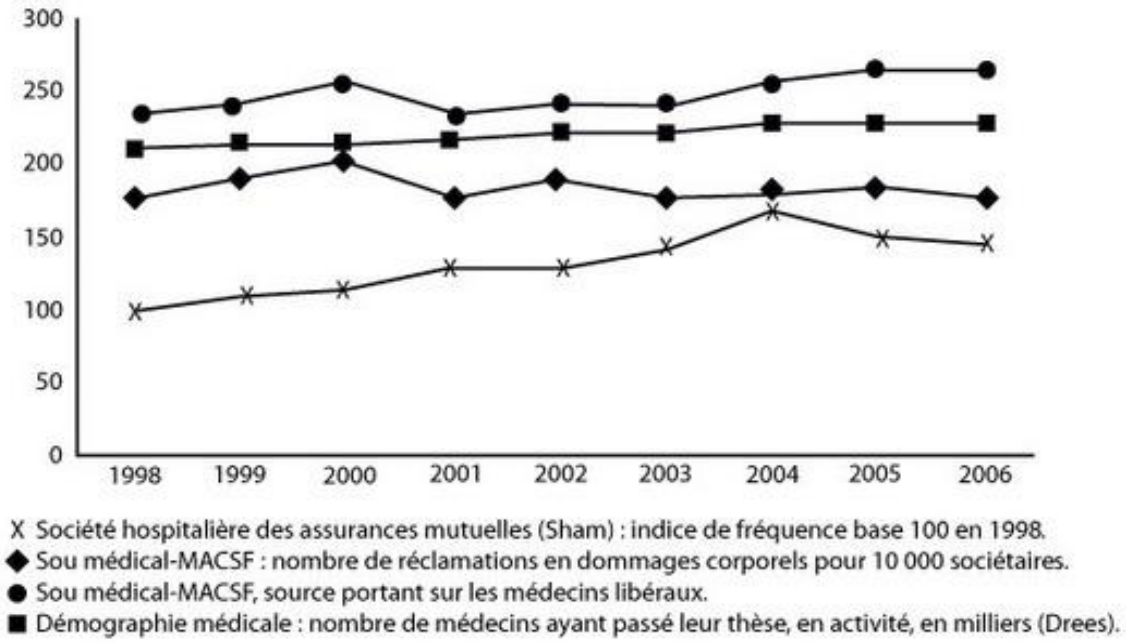

Figure 3: Évolution du nombre de sinistres-dommages corporels, données de la MACSF-Sou médical (52)

2. Evolution et actualité du contentieux d'après les données de la MACSF-SOU Médical

Depuis une dizaine d'années, la société d'assurance MACSF- Sou médical publie un panorama du risque médical en France.

Dans ses Cours de droit médical, G. Mémeteau rapporte qu'en 1993, le GAMM a reçu 3047 déclarations de sinistres pour 179 367 adhérents, soit 1,7 pour 100 sociétaires, ce qui représentait un accroissement de 2 % par rapport à l'année précédente (55).

Dans sa dernière édition du panorama du risque médical, la MACSF fait état de 4028 déclarations adressées par ses sociétaires au cours de l'année 2013.Ces déclarations correspondent à une sinistralité de 1.5% (nombre de déclarations pour 100 médecins sociétaires) (56).

Une déclaration ne présage pas de l'issue de la réclamation ; elle peut se transformer ultérieurement en assignation en référé, en demande de conciliation auprès d'une CCI, voire en plainte pénale ou ordinale.

	2011	2012	2013
Nombre de sociétaires	**386 302**	**403 816**	**432 490**
Nombre de déclarations	**3678**	**4 200**	**4 028**
Sinistralité pour 100 sociétaires	**0.95%**	**1,04%**	**0,93%**
Nombre de médecins sociétaires	**128 636**	**130 761**	**134 392**
Nombre de déclarations des médecins	**1945**	**2187**	**2011**
Sinistralité des médecins	**1,51%**	**1,67%**	**1,5%**

Tableau 2: Déclarations de sinistres auprès de la MACSF de 2011 à 2013 (57) et (58)

Après une augmentation progressive jusqu'en 1999, ce taux de sinistres a diminué. De façon générale, il est stable depuis 20 ans (1993-2012), comme l'illustrent les graphiques reproduits ci-dessous.

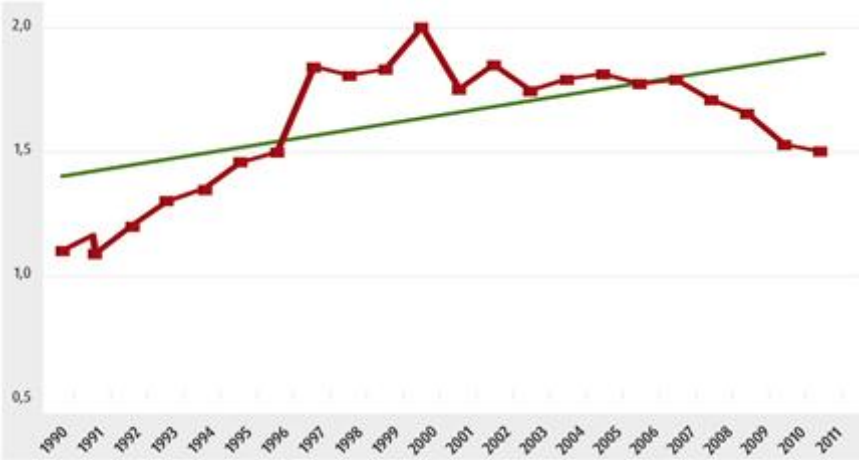

Figure 4: Sinistralité des médecins de 1990 à 2011, tous exercices et toutes spécialités confondues.
(Taux de sinistre pour 100 médecins sociétaires)

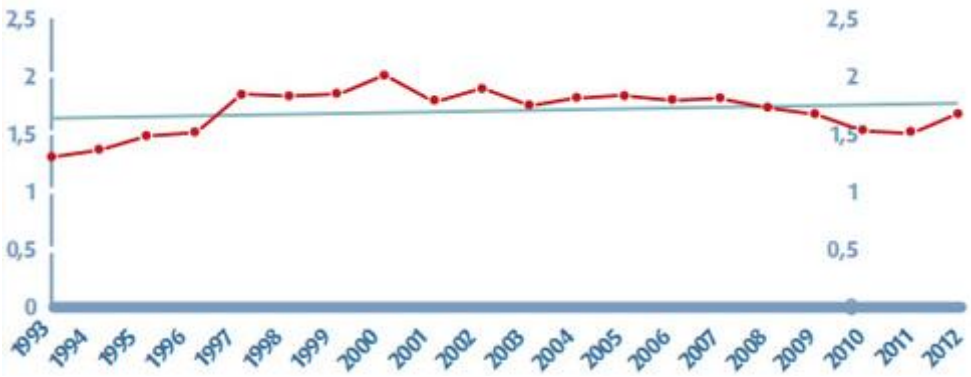

Figure 5 : Sinistralité des médecins de 1993 à 2012 (taux de sinistre pour 100 médecins sociétaires) (57)

Cette sinistralité globale ne reflète pas la fréquence des réclamations par spécialité. Elles sont présentées dans le tableau suivant. Le taux est calculé sur la base des effectifs libéraux car il est plus représentatif de la sinistralité, les plaintes en exercice hospitalier n'étant pas d'emblée adressées à l'assureur.

En 2013, les 10 279 psychiatres sociétaires de la MACSF ont adressé 32 réclamations, ce qui correspond à une sinistralité de 0,5% pour l'exercice libéral (et 0,5% également si l'on calcule sur la base de l'effectif total). Ce taux de 0,5% place la psychiatrie parmi les spécialités au plus faible taux de réclamations.

Spécialités	Sinistralité 2013	Sinistralité 2012	Sinistralité 2011	Sinistralité 2010
Chirurgie	41,2%	38,7%	44%	*Non publié*
Anesthésie	19%	21,8%	19%	18,2%
Médecins urgentistes	14,4%	13,2%	10,5	11,2%
Stomatologie	13,9%	14,5%	6,9%	7,6%
Hépato gastro entérologie	8,25%	9%	7,5%	6,9%
ORL	6,2%	7,1%	7,5%	6,6%
Ophtalmologie	6%	5,7%	6,2%	5,6%
Chirurgiens dentistes	6%	5,9%	5,1%	4,24%
Radiothérapie	5,1%	9,3%	12%	13,6%
Dermatologie	3,75%	3,9%	3,2%	3,6%
Cardiologie	3,2%	3,3%	3,5%	1,9%
Radiologie	3%	5,4%	3,5%	3,9%
Rhumatologie	2,8%	3%	5,1%	*Non publié*
Phlébologie angiologie	2,1%	2,1%	1,7%	3,3%
Pneumologie	*Non publié*	1,6%	3,3%	1,6%
Pédiatrie	1,2%	1,4%	1%	1,2%
Médecine générale	1,2%	1,3%	1%	0,96%
Psychiatrie	0,5%	0,4%	0,7%	0,3%

Tableau 3 : Sinistralité en exercice libéral année 2013, 2012 et 2011, d'après la MACSF (56), (57)et (58).

La gynécologie obstétrique ne figure pas dans le classement car la sinistralité en exercice libéral n'est pas publiée dans le rapport annuel. Si l'on rapporte le nombre de praticiens au nombre de déclarations le taux est de 2,35% pour l'année 2013, 2,5% pour l'année 2012 et 2,4% pour l'année 2011 (56), (57)et (58).

1. Répartition des plaintes

La répartition des plaintes prend en compte la déclaration initiale : les réclamations peuvent se transformer ultérieurement en assignations (civile ou administrative), demande auprès d'une CCI, voire en plainte pénale ou ordinale.

Les demandes initiales par voie civile ou auprès de CCI sont majoritaires.

Type de plaintes	2011	2012	2013
Plaintes pénales	78	117	66
Plaintes ordinales	182	182	195
Assignation en référé (civile ou administrative)	401	404	429
CCI	578	589	520
Réclamations (orales ou écrites)	706	895	801
Total	1945	2187	2011

Tableau 4 : Répartition des déclarations annuelles selon le type de saisine (57), (58) et (59)

2. Décisions de justice (civiles et pénales)

1. Répartition des décisions par voie juridique

Les plaintes sont presque exclusivement portées devant les juridictions civiles, ce que montre le tableau ci-dessous où sont détaillés les nombres de décisions de justices, rendues de 2011 à 2013, ainsi que la proportion de condamnation et les coûts associés.

Le coût comprend les indemnités versées et les provisions restant à payer.

		2011	2012	2013
Nombre de décisions de justice	Civiles	425	456	469
	Pénales	11	17	26
	Total	436	473	443
Nombre et % de condamnations	Civiles	286 (67%)	273 (60%)	256 (58%)
	Pénales	6 (55%)	8 (47%)	11 (42%)
	Total	289 (65%)	281 (59%)	267 (57%)
Nombre de professionnels et établissements mis en cause	Civiles	553	630	720
	Pénales	19	22	55
	Total	572	652	775
Nombre et % de condamnés	Civiles	369 (67%)	420 (67%)	389 (54%)
	Pénales	8 (42%)	10 (46%)	22 (40%)
	Total	377 (66%)	430 (66%)	411 (53%)
Coût	Civil	30 395 102€	48 606 973 €	36 266 115€
	Pénal	67 813€	700 949€	581 888€
	Total	30 462 915€	49 307 922€	36 848 003€

Tableau 5 : Tableau : décisions de justice, années 2011 à 2013 (60) et (61)

En 2013, la représentation des médecins parmi les déclarations de la MACSF en faisait la catégorie majoritaire. Les professionnels mis en cause étaient répartis en :

- 558 médecins, soit 72%
- 114 autres professionnels, soit 15%
- 103 établissements de santé, soit 13%

Cette répartition est constante ces 5 dernières années, ce qu'illustre le diagramme suivant :

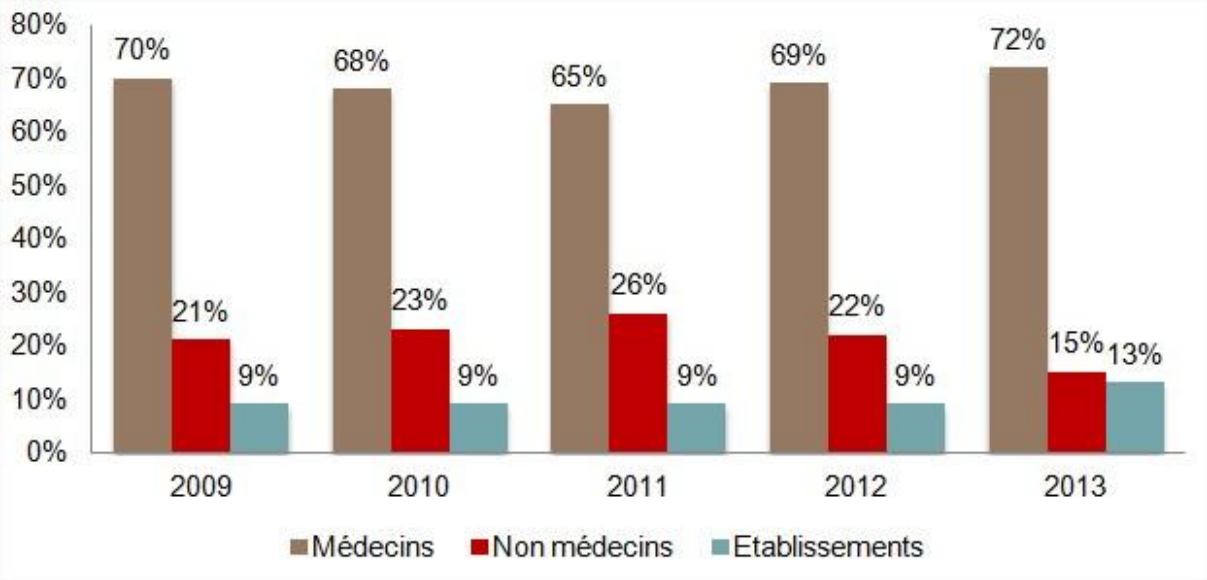

Figure 6 : Evolution de la répartition des mis en cause 2009-2013 (61)

2. Contentieux par spécialité (civil et pénal)

1. Année 2013

En 2013, les spécialités les plus fréquemment mises en cause étaient les chirurgiens, suivis des généralistes, puis des anesthésistes-réanimateurs.

Ce classement est lié à la part des assurés en responsabilité civile professionnelle : en 2013, la MACSF assurait 83% des ophtalmologistes libéraux, 63% des médecins généralistes, 53% des ORL libéraux et 48% des anesthésistes. Concernant les gynécologues obstétriciens, les décisions concernent des faits déclarés à un moment où la société les assurait majoritairement (59).

Les psychiatres, avec 17 praticiens mis en cause dans une décision de justice arrivaient en 8ème position.

Ces chiffres sont des valeurs absolues, ils ne sont pas rapportés aux nombres de praticiens concernés.

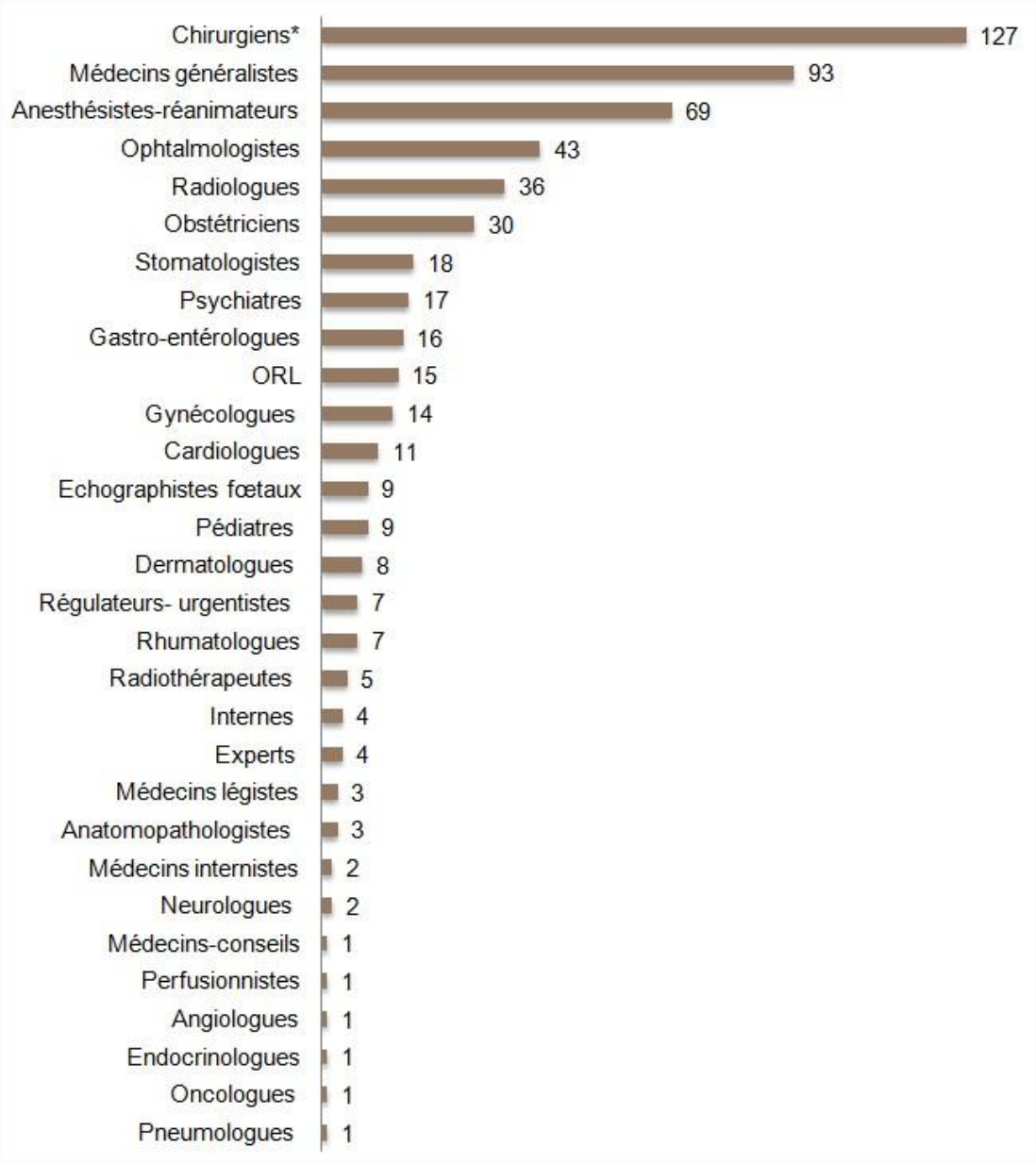

Figure 7 : Répartition des 558 médecins mis en cause au cours de l'année 2013 par spécialité ou activité (59).

2. Année 2012

En 2012, la psychiatrie figurait au 18ème rang du classement des spécialités par ordre décroissant de condamnations judiciaires, soit 6 condamnations (1,3 %) parmi les sociétaires de la MACSF (60).
La première place était occupée par la chirurgie toutes spécialités confondues (plus précisément la chirurgie orthopédique pour le nombre total de sinistres), comme l'illustre le diagramme suivant.

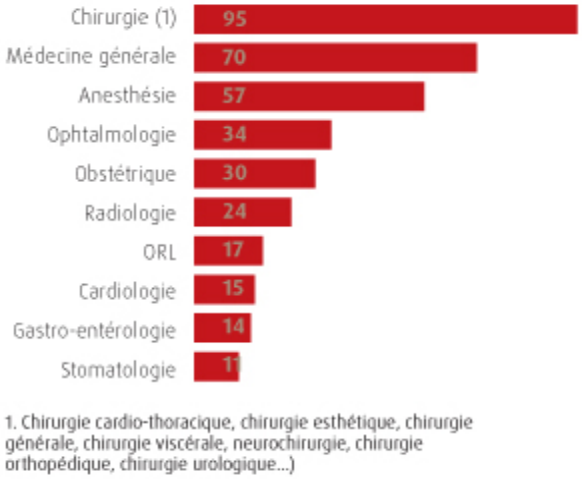

Figure 8 : Les dix spécialités les plus souvent mises en cause, année 2012 (62)

3. Année 2011

En 2011, on trouve la psychiatrie à la 16ème place des réclamations parmi les sociétaires MACSF.
Comme pour l'année 2012 et 2013, ces proportions sont liées à la composition du portefeuille d'assurés par la compagnie.

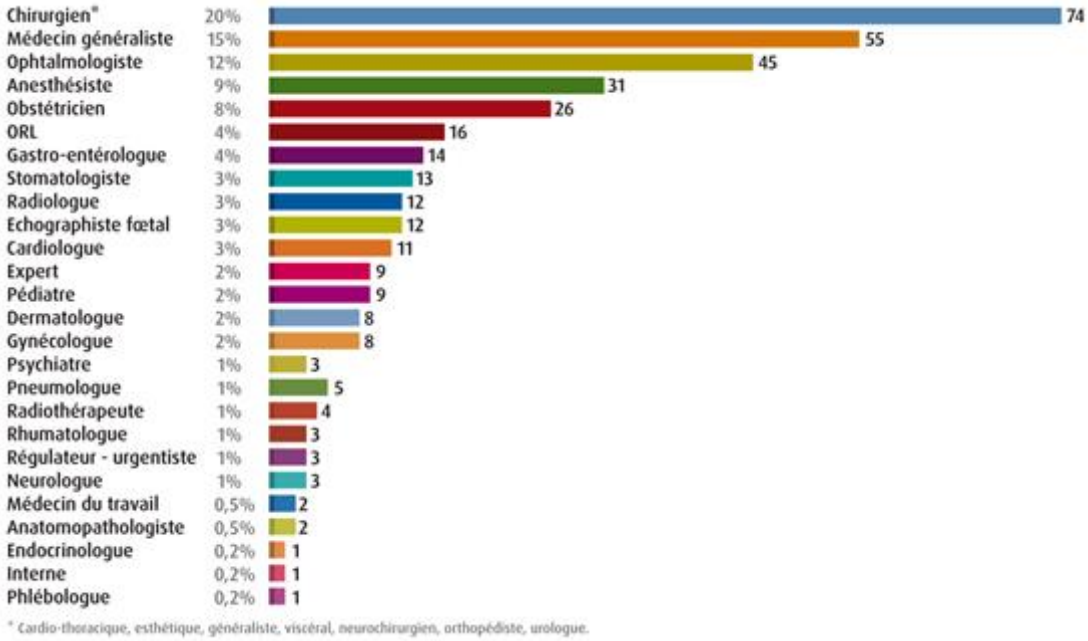

Figure 9 : Répartition des médecins mis en cause par spécialité ou activité (62)

3. Contentieux civil

La proportion de décisions de condamnation civile, toutes spécialités et activités confondues est plutôt stable : le taux de condamnations varie entre 50 % et 68 % depuis 2002.

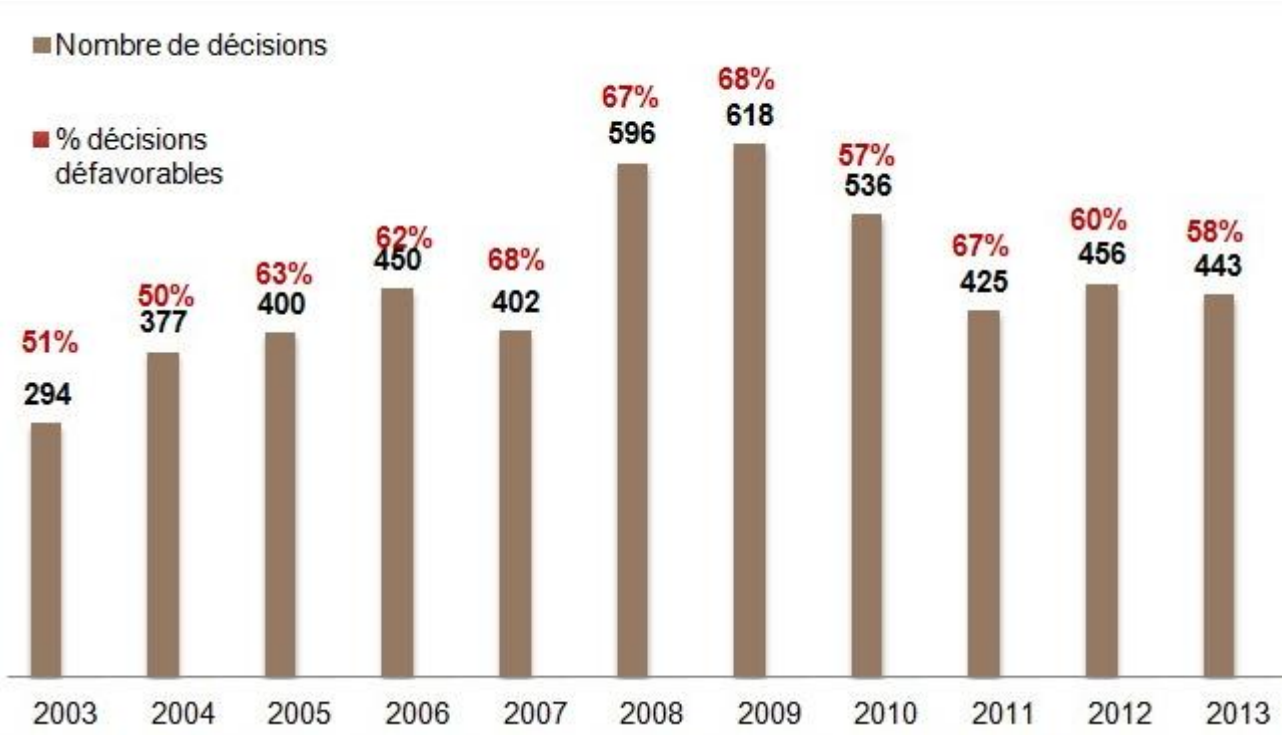

Figure 10 : Décisions civiles : évolution des taux de condamnations de 2003 à 2013 (63)

Le nombre de condamnations semble quant à lui en augmentation, le nombre d'affaires par année au cours de la dernière décennie (2002-2013) allant de 146 (2002) à 618 (pic en 2009) (61).

En 2013, le nombre de décisions civiles est de 443, le nombre de condamnations est 256, soit 58 % de condamnations. Il faut noter que ces 256 décisions de justice correspondent à 389 professionnels condamnés, ce qui suggère une tendance des magistrats à répartir les responsabilités sur l'ensemble des professionnels mis en cause plutôt que reconnaître une responsabilité exclusive.

L'étude des décisions de justice civiles sur 30 ans montre en revanche une augmentation importante du nombre de décisions défavorables, et du nombre d'affaires.

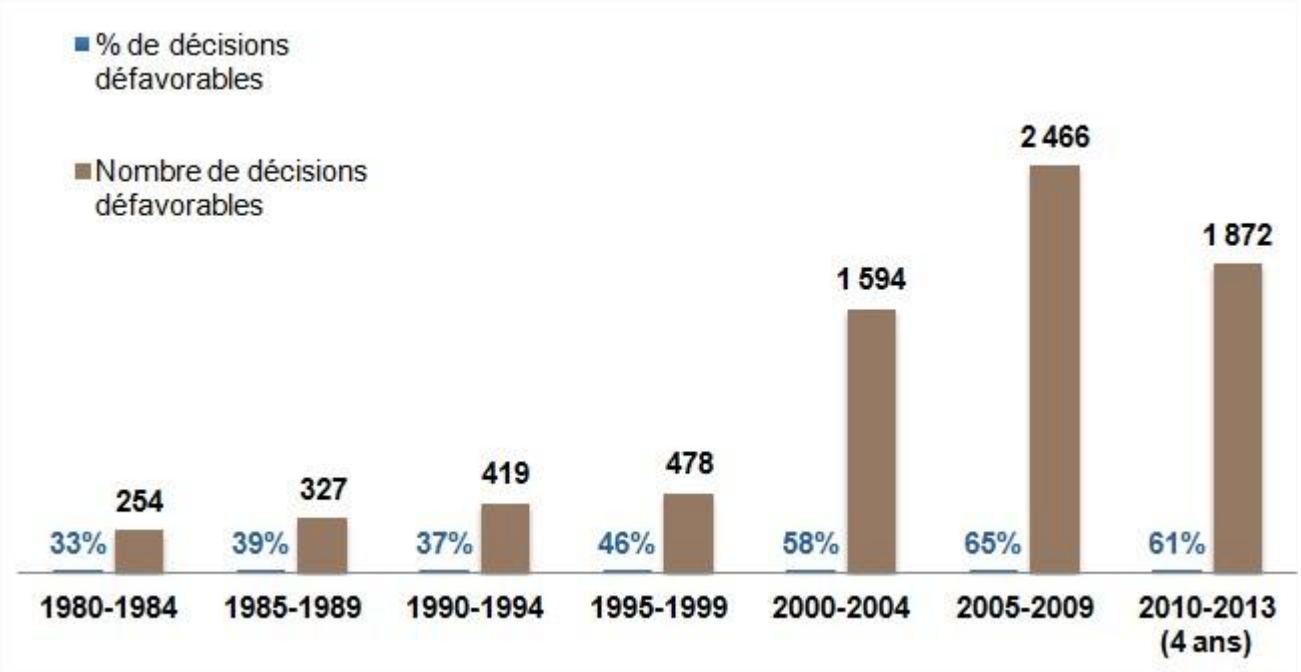

Figure 11 : évolution du nombre de condamnations civiles, toutes spécialités et activités confondues 1980-2013 (62)

L'augmentation constante des décisions de condamnations ces 30 dernières années semble connaître un infléchissement à partir de 2009 qui restera à confirmer à l'avenir (61), ainsi que l'illustre le diagramme ci-dessus.

1. Evolution du nombre de médecins condamnés civilement

De façon générale, il semble exister une tendance des magistrats à diluer les responsabilités sur l'ensemble des professionnels mis en cause plutôt que de reconnaître la responsabilité exclusive d'un intervenant (61).

Le tableau ci-dessous indique la répartition par spécialité, pour les années 2011 à 2013.

	2013		2012		2011	
	Nombre de condamnés	Taux de condamnation	Nombre de condamnés	Taux de condamnation	Nombre de condamnés	Taux de condamnation
Chirurgiens	83	71 %	76	80 %	61	80%
Médecins généralistes	39	64 %	34	49 %	35	61%
Anesthésistes-réanimateurs	31	47 %	29	58 %	22	69%
Ophtalmologistes	19	43 %	24	70 %	33	73%
Obstétriciens	14	52 %	24	83 %	20	68%
Régulateurs urgentistes	4	80 %	6	85 %	-	-
Radiologues	21	58 %	11	50 %	8	67%
Stomatologues	12	67 %	9	82 %	10	77%
Gastroentérologues	9	56 %	11	79 %	8	57%
ORL	6	40 %	10	59 %	11	69%
Cardiologues	6	43 %	8	53%	6	55%
Echographistes-fœtaux	4	40 %	2	28 %	10	83%
Dermatologues	4	50 %	5	55 %	5	63%
Gynécologues	5	36 %	5	62 %	-	-
Rhumatologues	2	29 %	6	67 %	-	-
Pédiatres	-	-	1	20 %	6	67%
Anatomopathologistes	3	100 %	3	60 %	-	-
Neurologues	1	50 %	3	60 %		-
Radiothérapeutes	2	67 %	1	100 %	-	-
Psychiatres	1	7 %	2	33 %	-	-
Oncologues	-	-	2	50 %	-	-
Endocrinologues	-	-	1	50 %	-	-
Experts	1	25 %	-	-	-	-
Pneumologues	-	-	1	50 %	-	-
Internes	1	25 %	-	-	-	-
Angiologues	1	100 %	-	-	-	-
Perfusionnistes	1	100 %	-	-	-	-
Total	270	54 %	274	63 %	235	-

Tableau 6 : Evolution du nombre et taux de condamnations civiles parmi les médecins, par spécialité ou activité (57) et (63)

Le taux de condamnations civiles des médecins varie considérablement selon les spécialités : en 2013, le taux moyen de condamnation civile était de 54 %, soit 270 praticiens condamnés pour 495 mis en cause.

La répartition des condamnations par spécialité montre que les psychiatres sont parmi les moins concernés par les réclamations civiles, avec 1 condamnation pour 13 médecins en 2013 et 2 condamnations pour 6 médecins en 2012. Le taux de condamnation est le plus bas de toutes les spécialités en 2013.

2. Montant des indemnisations

Concernant le montant des indemnisations, il existait une augmentation du montant global en 2012, surtout en raison d'un petit nombre de dossiers (6 affaires) ayant donné lieu à des indemnisations supérieures à 3 millions d'euros (principalement dans le domaine de l'obstétrique). La diminution observée en 2013 est attribuable à la part croissante de règlements amiables dans le cadre des procédures CCI.

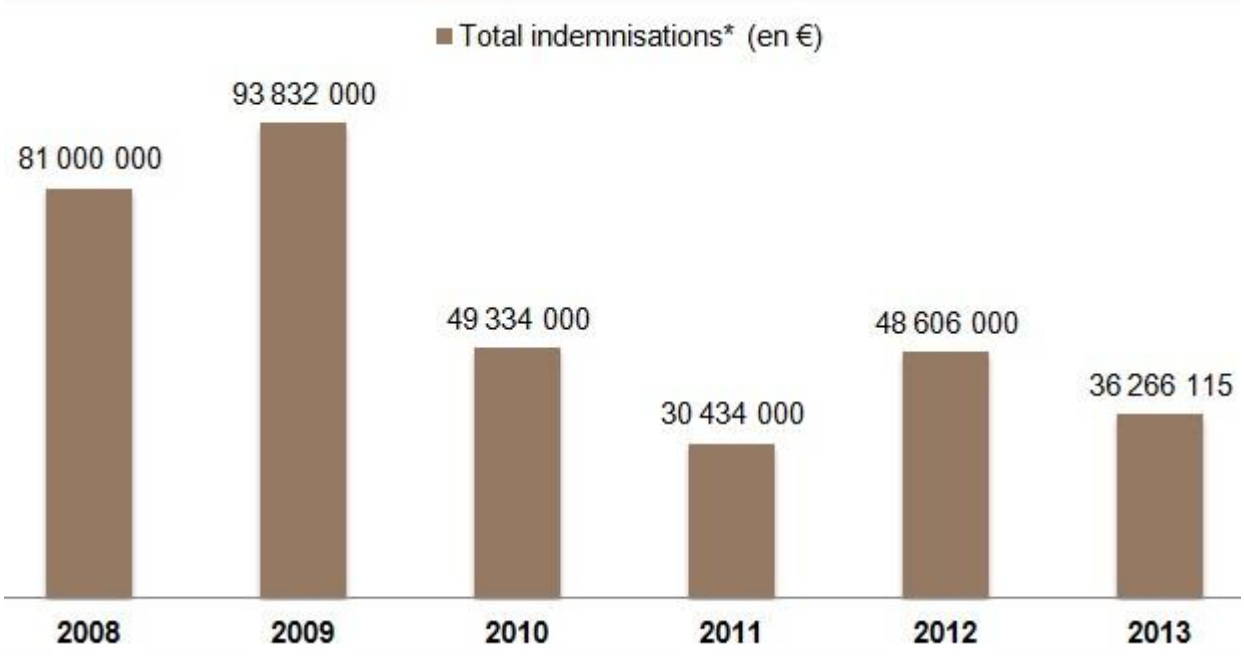

Figure 12: Coût total des indemnisations de la MACSF
Décisions civiles concernant les médecins, autres professionnels et cliniques (62)

3. Montant des indemnisations par spécialité

Le coût moyen d'un dossier fautif étant soumis aux valeurs extrêmes, il n'est pas forcément un indicateur fiable. Ainsi, à préjudice égal, le montant des indemnisations augmente, bien que la société d'assurance mutuelle observe, en 2012, une baisse de 15 % du coût moyen des condamnations (de 115 731 € en 2012 à 82 000 € en 2011).

En fait, un ou deux sinistres d'une particulière gravité suffisent à classer une spécialité en tête : en particulier en 2012, le cas d'une sage-femme impliquée dans la naissance d'une jeune enfant infirme moteur cérébral suite à une anoxie néo natale représente la quasi-totalité des montants de sinistres) (64).

En 2013, le positionnement de la gynécologie à la 8ème place est lié à un cas de toxoplasmose non identifié chez une femme enceinte.

La gastro-entérologie est essentiellement mise en cause suite à des perforations d'organes, l'ophtalmologie du fait de complications de chirurgie réfractive chez des sujets jeunes ou des endophtalmies aux conséquences graves. Parmi les cardiologues, les implantations de stimulateurs cardiaques sont à l'origine de nombreux sinistres.

Le diagramme ci-dessous montre l'importante variabilité des dédommagements selon les années.

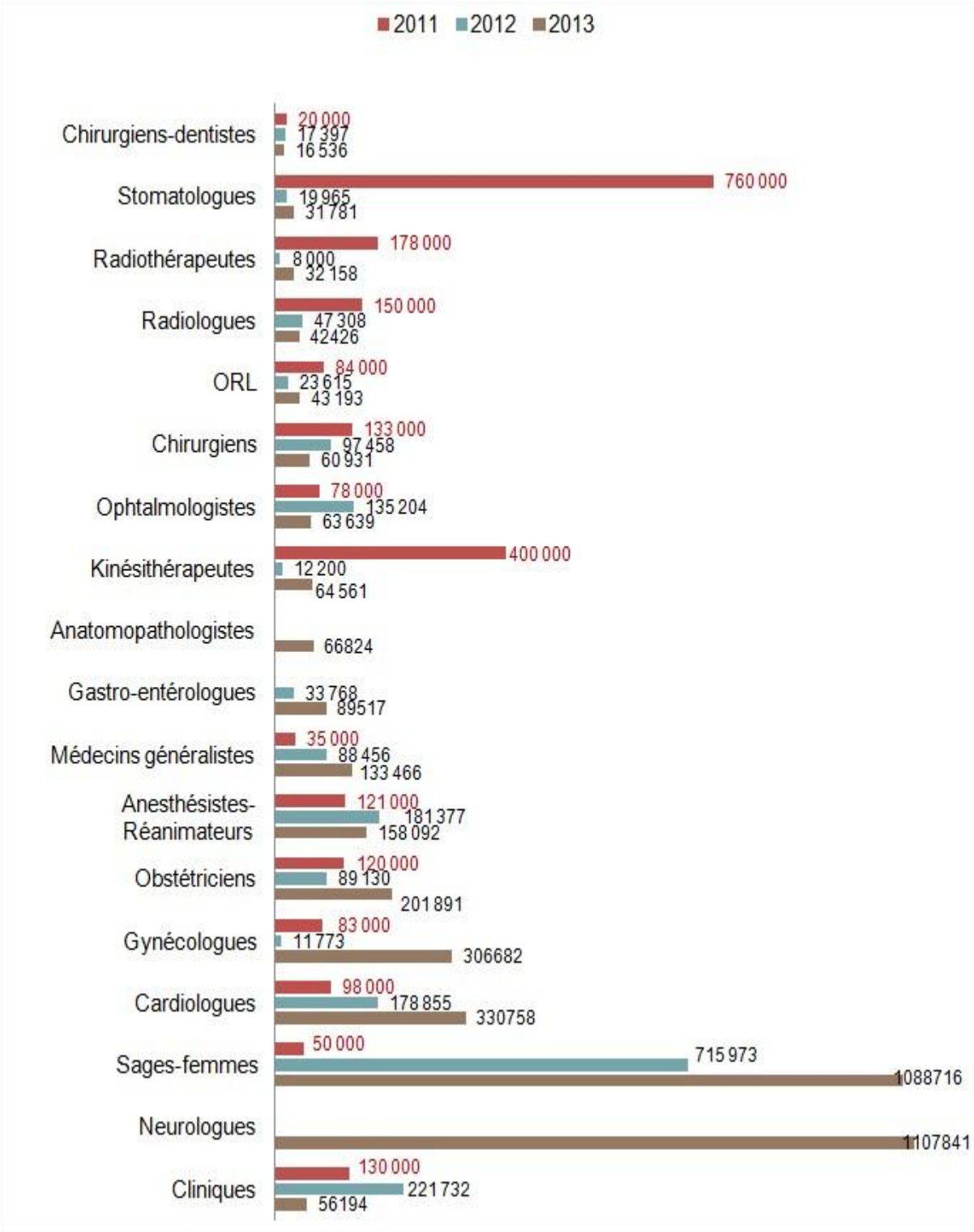

Figure 13 : Comparaison des coûts moyens d'indemnisation civile par condamné, années 2011, 2012 et 2013 (62)

La diminution de la valeur moyenne est liée à la reconnaissance de nouveaux préjudices (donc plus importants en nombre) qui donnent lieu à des indemnisations portant sur de plus faibles montants (53).

La psychiatrie ne figure pas parmi les 10 spécialités au plus fort montant d'indemnisation judiciaire de l'année 2013. La plupart des spécialités parmi lesquelles les indemnisations les plus coûteuses ont été requises correspondent à celles les plus souvent mises en cause : il s'agit par ordre décroissant de la chirurgie, l'anesthésie, les médecins généralistes.

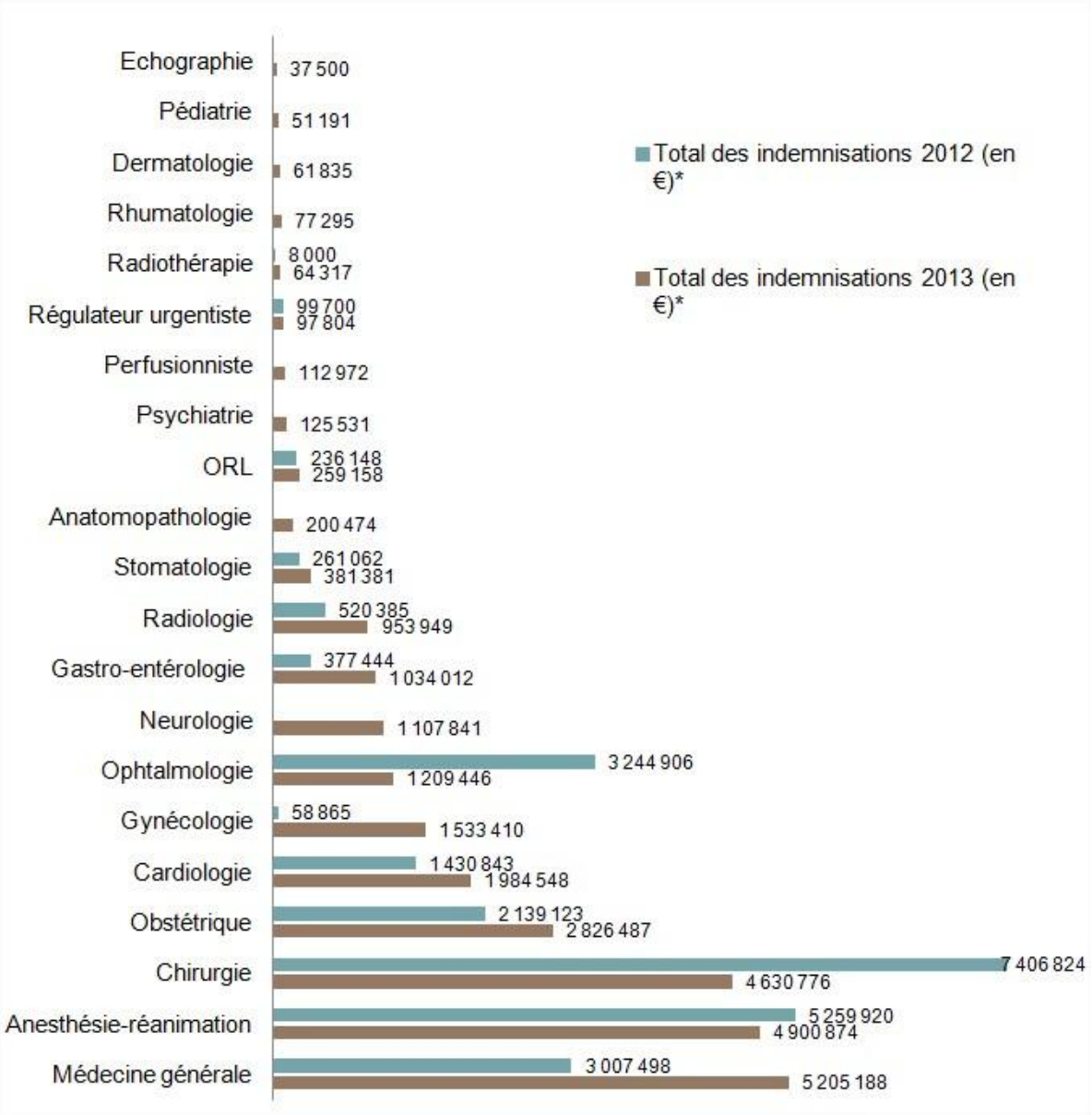

Figure 14 : Comparaison des indemnisations totales par spécialité ou activité, années 2012 et 2013 (63)

La psychiatrie est peu concernée par les condamnations civiles ; toutefois, en 2013, les dommages-intérêt atteignent un montant relativement élevé dans le classement des spécialités sur ce critère : elle occupe la 14ème place. Cette position s'explique par un dossier ayant abouti à une indemnisation supérieure à 100 000 € en 2013 ; le coût moyen par dossier est en revanche faible.

Les indemnisations incluent les indemnités réglées, les provisions restant à payer et la créance de la sécurité sociale.

4. Contentieux pénal

1. Proportion de condamnations

Cette voie est traditionnellement la plus redoutée mais elle reste exceptionnelle (60) : les plaintes devant les juridictions pénales représentent un faible nombre d'affaires et un faible taux de condamnations. Le contentieux pénal concerne essentiellement des délits non intentionnels en matière de santé, praticiens et établissements étant plus souvent mis en cause en tant qu'auteurs indirects (pour une mise en cause à titre indirect, il faut néanmoins que la faute soit d'une particulière gravité) (65).

Ces dernières années, le nombre de décisions rendues par les juridictions pénales n'a pas excédé une trentaine par an.

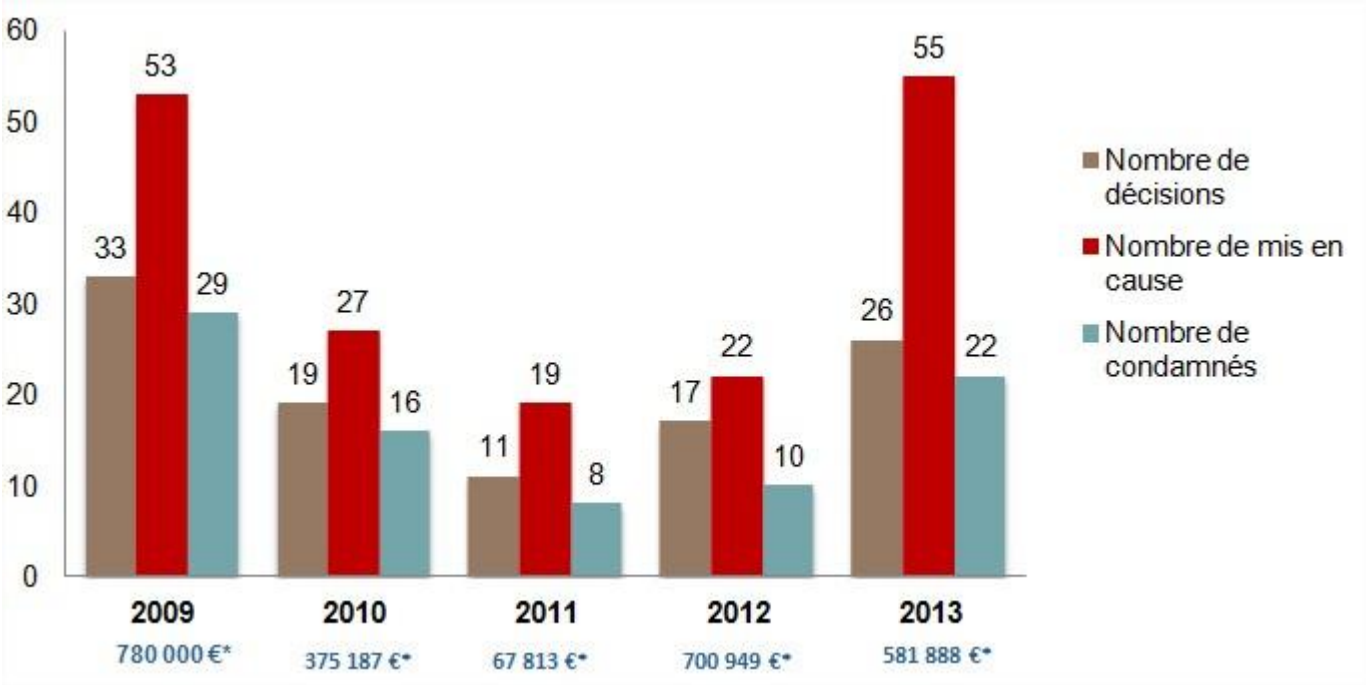

Figure 15 : évolution du contentieux pénal toutes spécialités et activités confondues (médecins, non médecins, établissements) (66)

2. Contentieux pénal par spécialité

Les spécialités les plus souvent confrontées à la voie pénale étaient les anesthésistes en 2012, les médecins généralistes en 2011 et 2013.

Si l'on établit une moyenne pour ces 3 dernières années, la psychiatrie arrive à la 3ème place des condamnations pénales, ce qui contraste avec la proportion des poursuites civiles.

Le nombre de condamnés et d'affaires jugées sont faibles en valeur absolue, mais leur proportion est élevée (la moitié des accusés) (67). Ce taux reste stable depuis 2008 (entre 11 et 42 décisions annuelles rendues de 2008 à 2013).

Spécialité/ activité	Mis en cause			Condamnés			Relaxes			Total
	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	
Médecin Généraliste	7	3	12	2	-	4	5	3	8	22
Anesthésiste-réanimateur	1	4	5	-	3	2	1	1	3	10
Urgentiste régulateur	-	2	4	-	-	2	-	2	2	6
Psychiatre	2	-	4	-	-	3	2	-	1	6
Chirurgien	2	-	4	2	-	3	-	-	1	6
Obstétricien	1	1	3	1	1	1	-	-	2	5
Pédiatre	-	2	3	-	2	-	-	-	3	5
Médecin légiste	-	-	3	-	-	-	-	-	3	3
Radiothérapeute	-	-	2	-	-	1	-	-	1	2
Interne	-	1	1	-	-	-	-	1	1	2
Endocrinologue	-	-	1	-	-	-	-	-	1	1
Pneumologue	1	-	-	1	-	-	-	-	-	1
Médecin militaire	1	-	-	-	-	-	1	-	-	1
TOTAL	15	13	42	7	10	22	11	12	33	70

Tableau 7 : Répartition par spécialité des condamnations pénales de 2001 à 2013 (67) et (68)

Spécialité/ activité	Mis en cause			Condamnés			Relaxes			Total
	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	
Sage-femme	-	3	2	-	1	1	-	2	1	5
Infirmier	1	3	3	1	2	2	-	1	1	7
Technicien de laboratoire	-	-	2	-	-	2	-	-	-	2
Clinique	1	1	1	-	-	-	1	1	1	3
Pharmacien	-	-	1	-	-	1	-	-	-	1
Directeur d'hôpital	-	-	1	-	-	-	-	-	1	1
Directeur ARH	-	-	1	-	-	-	-	-	1	1
Directeur DDAS	-	-	1	-	-	-	-	-	1	1
Chirurgien-dentiste	-	-	1	-	-	-	-	-	1	1
Centre d'appel	1	-	-	-	-	-	1	-	-	1

Tableau 8 : Répartition des autres professionnels de santé exposés à la voie pénale (67) et (68)

La répartition des condamnations est publiée pour ces 3 dernières années. Ces condamnations peuvent être cumulatives.

Année 2011 : les condamnations étaient réparties ainsi :

- 6 peines d'emprisonnement avec sursis allant de 6 mois à 1 an
- 2 peines d'amende d'un montant respectif de 1 200€ et 15 000€

Année 2012 : on comptait parmi les condamnations : (60)

- 10 peines d'emprisonnement,
- 2 amendes
- 1 interdiction totale et définitive d'exercer.

Année 2013 : on comptait parmi les condamnations : (66)

- 1 interdiction totale et définitive d'exercer
- 7 peines d'amende entre 600€ et 600 000 €
- 9 peines d'emprisonnement avec sursis allant de 3 mois à 3 ans
- 1 peine d'emprisonnement ferme de 18 mois.

3. La psychiatrie : poursuites fréquentes, condamnations rares ?

La psychiatrie peut être qualifiée de spécialité à forte exposition pénale (relativement).

- En 2011, 2 psychiatres, dans 2 affaires distinctes, ont été mis en cause, mais sans qu'aucune condamnation ne soit prononcée (65).

  Ces 2 affaires concernaient :
  - Le décès par asphyxie d'une patiente en contention dans le cadre d'une hospitalisation d'office
  - Le décès par accident cardio-vasculaire d'un patient dans les suites d'une administration de neuroleptiques

- En 2013, les deux affaires concernant la psychiatrie, et ayant abouti à une condamnation, concernaient un défaut d'organisation des soins à l'origine d'un décès : (68)
  - La première faisait suite au décès d'une patiente dans un service psychiatrique des suites d'une association de produits psychotropes. Plusieurs médecins sont intervenus auprès de la patiente ; un défaut majeur de communication au sein du service de psychiatrie est relevé et explique l'association des produits administrés.

    Décision : condamnation du responsable du service pour homicide involontaire à douze mois d'emprisonnement avec sursis pour avoir commis « une faute caractérisée consistant en une désorganisation du service et des insuffisances dans la surveillance des patients ». Les intérêts civils sont fixés à 1 500 € pour chacune des parties civiles.
  - La seconde faisait suite au décès d'une patiente dans les suites de prescriptions « surabondantes et inadaptées d'antidépresseurs et d'anxiolytiques ayant favorisé la constitution d'un stock de médicaments chez une patiente fragile ».

    Décision : condamnation d'un psychiatre pour mise en danger de la vie d'autrui à six mois de prison avec sursis et à une peine d'amende de 5 000 €. Les intérêts civils sont fixés à 3 000 €.

  Une troisième affaire a abouti à la relaxe d'un psychiatre pour le chef de non assistance à personne en danger : il a été jugé que la défenestration du patient maniaco-dépressif, selon le rapport d'expertise, aurait eu lieu quelles que soient les décisions prises.

- Le 19 septembre 2000, la cour de cassation reconnaissait la responsabilité pénale d'un psychiatre suite au décès d'une patiente, confirmant un premier arrêt de la cour d'appel. L'arrêt attaqué déclarait le Dr Laurent C coupable d'homicide involontaire et le condamnait à la peine de 18 mois d'emprisonnement avec sursis. Un syndrome occlusif avec colite nécrosante était à l'origine du décès (69).

  Le psychiatre avait initié un traitement par Leponex, augmenté par paliers successifs jusqu'à la dose de 600mg. L'arrêt attaqué note qu'« il entrait dans le champ des responsabilités de ce psychiatre, eu égard au caractère exceptionnel de la posologie utilisée, de faire procéder à tous actes de surveillance appropriés par les membres de l'équipe médicale placés sous sa direction et, à l'occasion de ses propres entretiens verbaux avec Denise Y..., dont il n'est pas admissible de penser, nonobstant la spécificité de l'art de la psychiatrie hospitalière, qu'ils n'aient pas, entre autre, porté sur la question de savoir si Denise Y... allait ou non régulièrement à la selle ».

  Il est ajouté dans cette décision qu'« il a suffi aux internes ayant eu à l'examiner, lors de son transfert au Centre hospitalier général, de quelques instants d'entretien avec elle, pour avoir connaissance de cette constipation, de son caractère continu et de sa durée anormale ; qu'il ne s'agit, certes pas, de reprocher à Laurent C... de ne pas s'être livré lui-même à des palpations abdominales ou à des touchers rectaux ».

La cour n'a pas retenu les arguments avancés par la défense, à savoir : « le délit d'homicide involontaire suppose l'existence d'un lien de causalité certain entre la faute et le décès, et non pas que la faute ait uniquement fait perdre une chance de survie à la victime ; qu'un tel lien de causalité fait par conséquent défaut lorsque, malgré la faute commise, la victime n'a pas été privée de toute chance de survie ».
En effet, la patiente a été «transférée [dans l'hôpital général] dès 12 heures 45, […] le Dr X..., appartenant au service de chirurgie générale, [a] considéré que son état ne présentait pas une urgence particulière ». Le même médecin a posé le même diagnostic vers 18 heures. Par la suite, la patiente a « présenté des troubles tensionnels à 20 heures 45, […] était pâle, déshydratée, polypnéique et tachycarde à 21 heures 30, et enfin [n'a été transférée] dans le service de réanimation qu'à 0 heures 25, où elle était décédée peu après, alors qu'une intervention chirurgicale réalisée dès son arrivée aurait pu permettre d'éviter le décès. » (69)

5. Procédures CCI

La double saisine (CCI et procédure judiciaire) est de plus en plus fréquente.

La saisine d'une CCI a l'avantage d'être une procédure rapide, gratuite, et dispensée du ministère d'un avocat ; le nombre d'affaires soumises aux CCI, de même que les montants d'indemnisation sont croissants depuis 2009 (67).

Le nombre total d'avis rendus ne cesse également d'augmenter : un triplement est observé depuis 2006, passant de 213 décisions en 2006 à 720 en 2013.

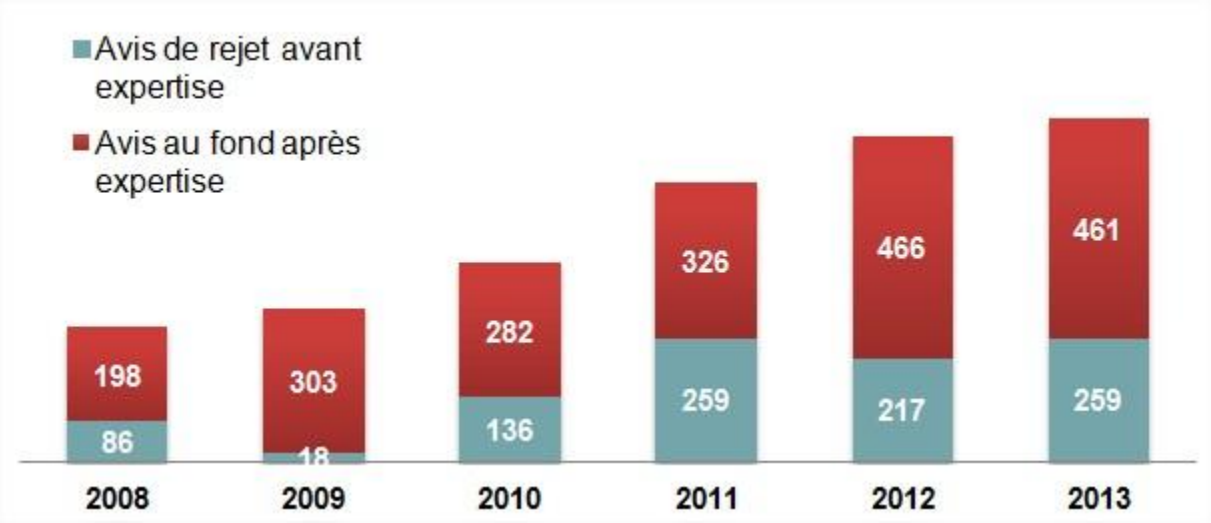

Figure 16 : Evolution du nombre d'avis rendus par les CCI et de dossiers rejetés de 2008 à 2013 (69)

La proportion croissante de rejets avant expertise semble en lien avec une moindre hésitation des CCI, du fait de leur expérience acquise, à rejeter les dossiers avant expertise, notamment au sujet de la condition nécessaire d'un lien de causalité entre le dommage et la faute (ou l'aléa) pour autoriser une indemnisation (70).

En 2013, les 2/3 des avis sont des décisions de rejet ou d'incompétence. Elles sont majoritaires depuis 2009.

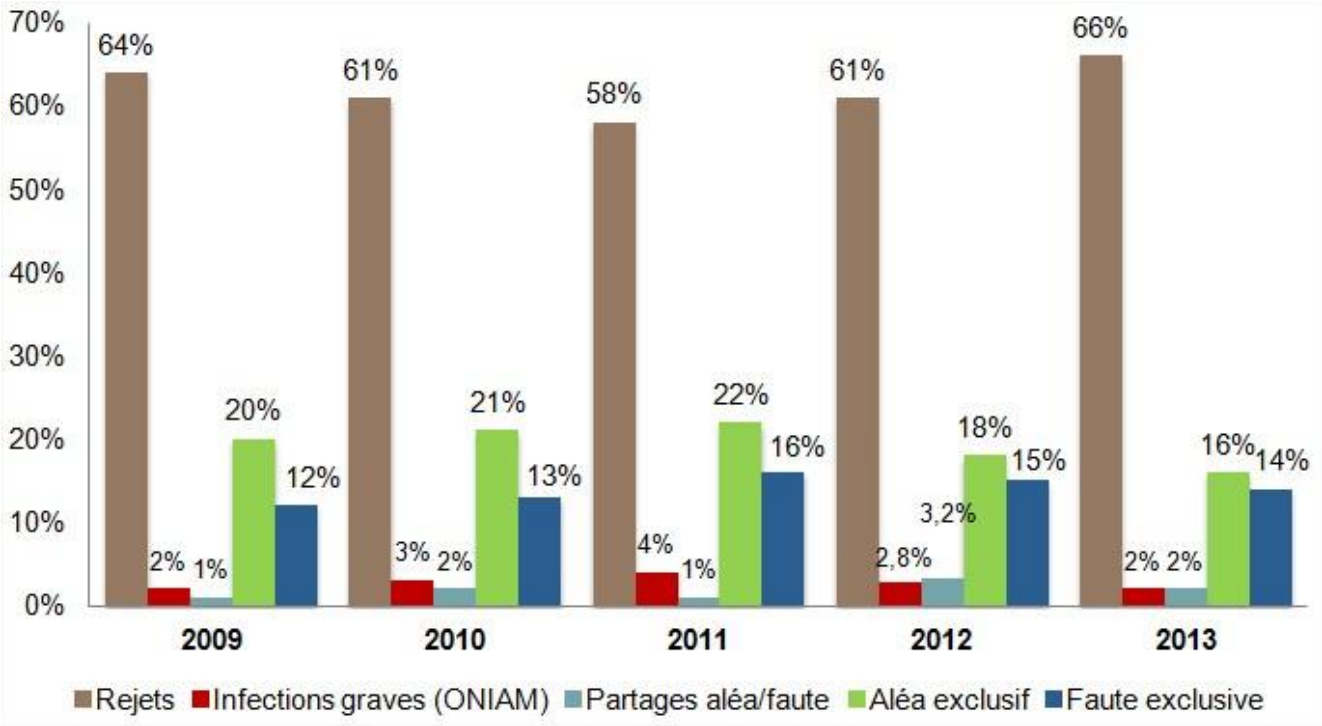

Figure 17 : Evolution de la teneur des avis CCI de 2009 à 2013 (69)

La proportion d'affaires rejetées par les CCI ou non traitées pour déclaration d'incompétence est de : 283 avis soit 61 % en 2012, 302 avis soit 66% en 2013 (60) et (71).

Pour l'année 2013, les autres avis se partagent en : (70)

- 75 aléas thérapeutiques, soit 16 %
- 64 fautes exclusives, soit 14 %
- 10 partages aléa / faute, soit 2 %
- 10 infections associées aux soins, soit 2 %

Le partage de ces taux reste relativement stable depuis 2008.

1. Procédure CCI vs procédure civile

La progression du nombre d'avis des CCI coïncide avec une diminution des décisions de justice.

Le recours aux CCI en deuxième intention, pour contester l'issue de la procédure judiciaire est une pratique plus fréquente également (67).

- En 2012, on relevait quasiment le même nombre d'avis rendus par les CCI (466 avis) que de décisions de justice (473 civiles et pénales) (70).
- En 2013, l'écart est également très faible entre les 2 voies d'indemnisation : 461 procédures CCI versus 469 procédures judiciaires.

Si l'on compare la reconnaissance de fautes par les deux voies, les proportions sont inversées, puisque les CCI rendent majoritairement des avis non fautifs (18 % d'avis fautifs en 2012) et les tribunaux des avis fautifs (60 % de condamnations judiciaires en 2012).

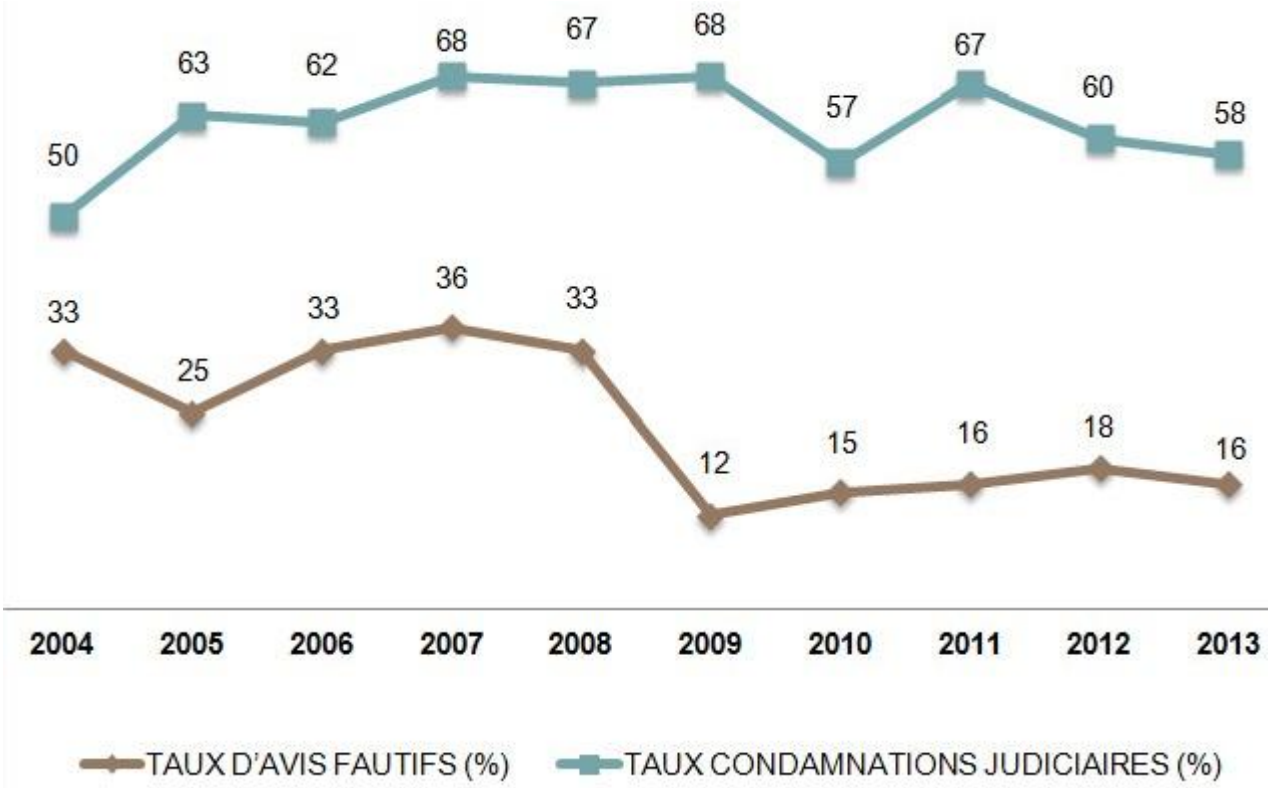

Figure 18 : Evolution des condamnations judiciaires versus procédures CCI de 2004 à 2013 (69)

La proportion d'avis fautifs rendus par les CCI est inférieure aux jugements défavorables rendus les mêmes années. Cette répartition inverse est logique si l'on estime que les CCI ont pour vocation initiale de traiter les aléas thérapeutiques et les tribunaux les sinistres fautifs.

En revanche, les deux voies observent une augmentation du nombre des condamnés parmi les mis en cause. Cette tendance traduit, comme pour la voie civile, une dilution des responsabilités.

Toutefois, comme le rappelle B. Courgeon, la comparaison doit se faire avec prudence, l'apparente tendance à une plus grande clémence des CCI n'est probablement que le reflet du bon usage de celles-ci, ou bien le reflet d'un plus grand nombre de demandes moins pertinentes, car l'accès moins aisé à la procédure civile (frais de justice) implique que ce sont les demandes indemnitaires aux plus fortes chances de succès qui y soient présentées, contrairement aux CCI (67).

La croissance des procédures CCI est toutefois supérieure à la diminution des procédures civiles, possiblement du fait de procédures parallèles (70), favorisées par la facilité des procédures devant les CCI (dispense des frais d'avocat, rapidité).

Cette double saisine offre une double chance au plaignant d'obtenir une indemnisation, d'autant plus que l'obligation théorique du plaignant d'informer le juge et la CCI d'une procédure parallèle en cours (article L. 1142-7 alinéa 3 du Code de la santé publique), n'est pas toujours respectée.

La saisine des CCI a le plus souvent lieu après celle des tribunaux ; la voie judiciaire semble donc encore privilégiée en première intention, même si les dates de saisines étant proches, le demandeur n'attend probablement pas l'expiration d'une procédure pour engager l'autre (70).

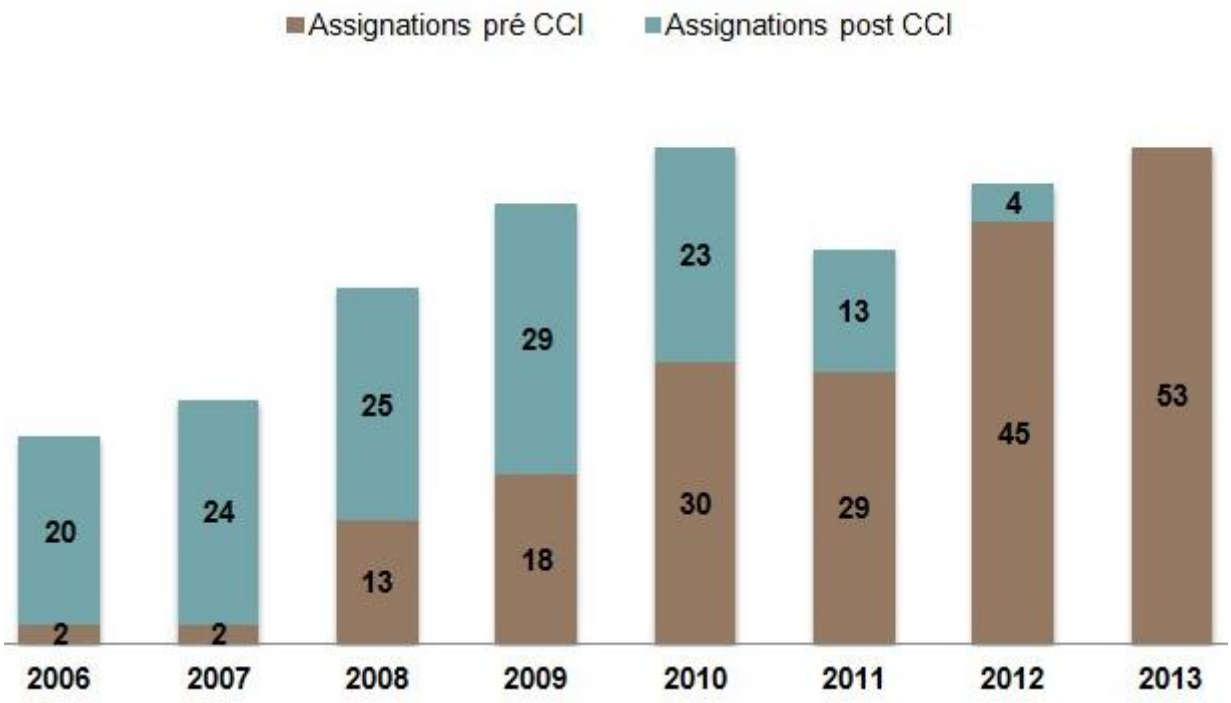

Figure 19 : Evolution des assignations en justice pré ou post CCI de 2006 à 2013 (69)

Les affaires de double saisine restent une proportion faible : elles concernaient 49 décisions de justice en 2012 et 53 affaires en 2013.

Cette même année, aucune saisine d'une instance civile n'a eu lieu après l'avis rendu par une CCI ; les 53 doubles procédures correspondent à une plainte civile préalable à la procédure CCI, ce qui suggère la satisfaction des plaignants quant aux avis rendus (67) et (70).

2. Répartition par spécialité

Année 2013 : les spécialités les plus concernées par les avis CCI étaient la chirurgie, l'anesthésie et la médecine générale, ce qui est superposable à la voie judiciaire. Le nombre de mis en cause est supérieur au nombre d'avis, car un même avis peut concerner plusieurs professionnels.
Dans le classement reproduit ci-dessous, les 13 mis en cause de la catégorie « autre » correspondent à des spécialités pour lesquelles une seule mis en cause est recensée. L'augmentation importante par rapport à l'année 2012 est liée à l'augmentation du nombre de cliniques et praticiens exerçant en clinique parmi les sociétaires MACSF (67).

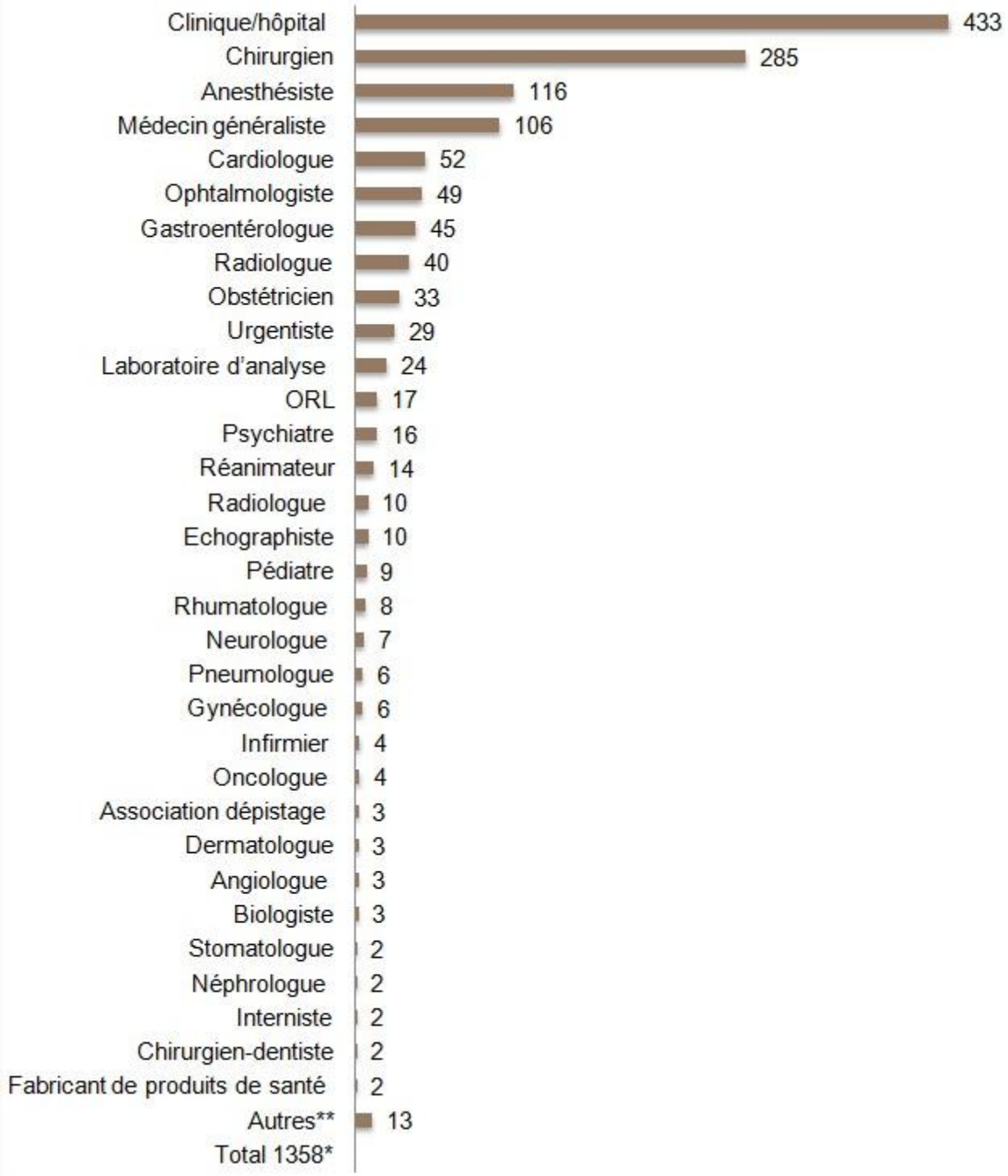

Figure 20 : répartition des procédures CCI par spécialité, année 2013 (69)

<u>Année 2012 :</u> les spécialités les plus mises en cause sont la chirurgie, la médecine générale et l'anesthésie, ces trois spécialités affichent le plus grand nombre de procédures, toutes voies de recours confondues.

Toutefois, comme pour les procédures de justice, B. Courgeon rappelle que « La MACSF étant historiquement très présente auprès de certaines spécialités (à titre d'exemple, et de façon constante depuis plusieurs années, 85 % des ophtalmologistes libéraux, près de 60 % des médecins généralistes), celles-ci se trouvent ainsi sur-représentées dans [les] résultats » (67).

La psychiatrie, avec 4 procédures CCI, figure, comme pour les procédures judiciaires, assez loin dans le classement des spécialités : à la 15ème place, si l'on ne considère pas que les établissements appartiennent au classement des spécialités.

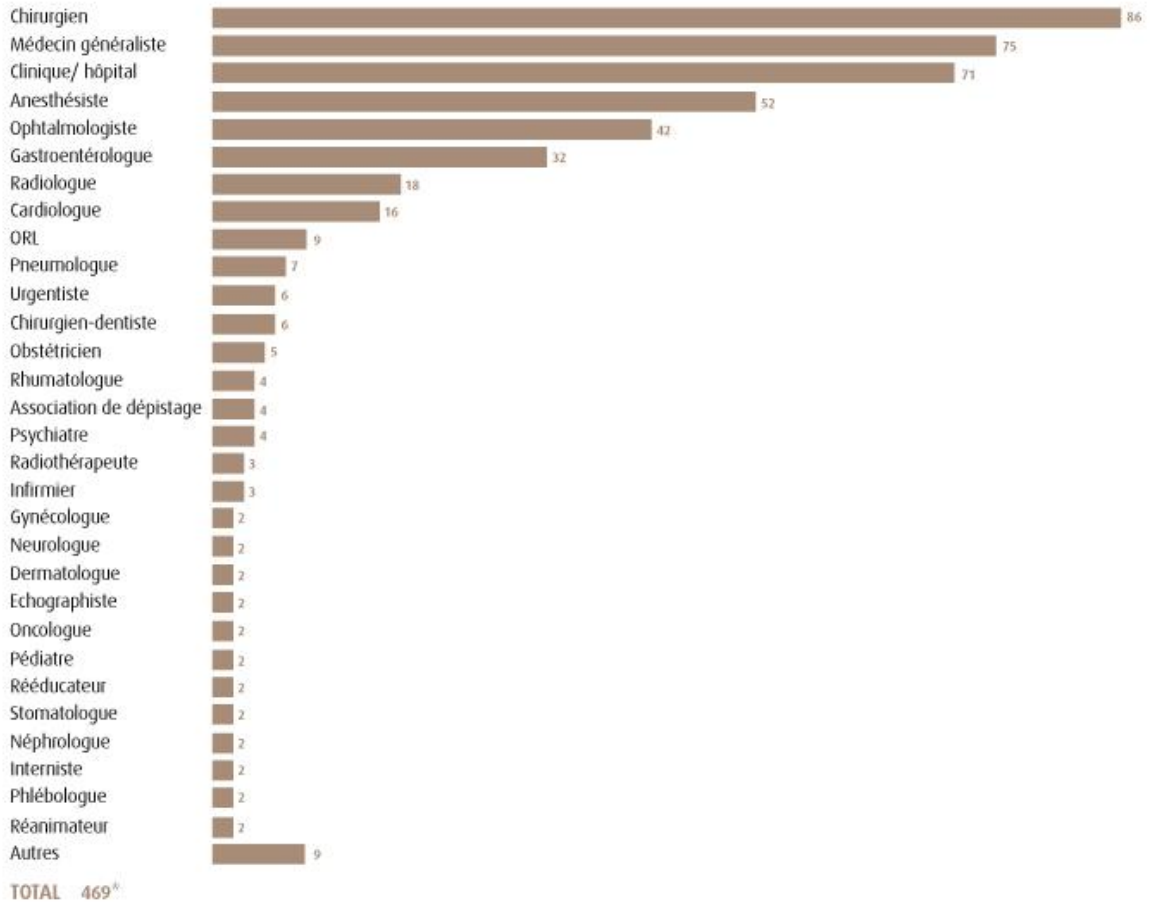

Figure 21 : Répartition des mises en cause par spécialité (procédures de CCI) année 2012 (70)

Comme pour l'année 2013, la catégorie « autres » correspond à des spécialités où un seul professionnel est mis en cause.

<u>Année 2011</u> : la chirurgie, la médecine générale et l'anesthésie représentent la plus grande part des avis rendus par les CCI.

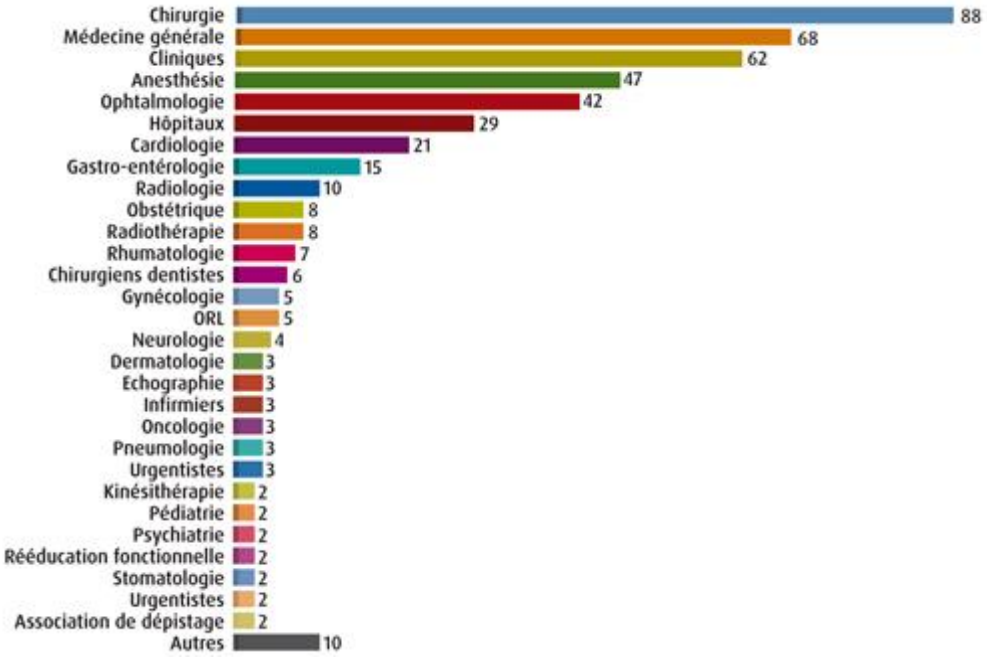

Figure 22 : Répartition des procédures CCI par spécialité ou activité, année 2011

La MACSF rapporte qu'en moyenne 1,4 praticien est mis en cause dans les procédures CCI (contre 1,3 dans les procédures judiciaires la même année).

La psychiatrie reste peu concernée ; elle compte 2 professionnels mis en cause dans une procédure CCI en 2011.

Rappelons toutefois que ces classements sont donnés en valeur absolue et non par nombre de praticiens, contrairement à la sinistralité.

6. Aperçu du contentieux aux États-Unis

En 2011, Jena et al. constatent que peu de données sont disponibles concernant la proportion de médecins confrontés à une réclamation impliquant leur pratique, le nombre de ces réclamations, et le risque cumulatif de plainte au cours d'une carrière dans chaque spécialité. (NEJM «*Malpractice risk according to physician specialty* ») (72).

Jena et al. ont analysé des données portant sur la période 1991 à 2005, à partir d'une une base nationale comportant 40 916 médecins couvert par une assurance de responsabilité professionnelle.

La proportion de réclamations en responsabilité professionnelle a été analysée pour 25 spécialités, ainsi que la proportion de plaintes ayant abouti à un dédommagement financier pour le plaignant.

Entre 1991 et 2005, chaque année, 7,4% des médecins toutes spécialités confondues ont connu une poursuite pour faute professionnelle aux États-Unis. Parmi ces réclamations, 1,6% a conduit à un paiement, c'est-à-dire que 78% des plaintes n'ont pas conduit à une indemnisation.

Le risque cumulatif d'être poursuivi a été estimé pour les spécialités à haut risque et à bas risque (72), l'incidence la plus élevée était trouvée dans les sous-spécialités chirurgicales.

La proportion de médecins rencontrant chaque année une plainte était pour les spécialités à plus haut risque (72) :

- en neurochirurgie : 19,1%
- en chirurgie cardio-thoracique : 18,9%
- en chirurgie générale : 15,3%

Les spécialités à plus faible risque de poursuite pour faute professionnelle étaient :

- la médecine de famille : 5,2 %
- la pédiatrie : 3,1 %
- la psychiatrie enfin avec 2,6 %

L'indemnité moyenne s'élevait à 274 887 $, la médiane étant 111 749$.

Le montant de dédommagement moyen, par spécialité, s'étendait de 117 832 $ en dermatologie à 520 923 $ en pédiatrie (72).

Selon les spécialités, il existe une variation importante de probabilité de réclamations, mais le risque cumulatif de faire l'objet d'une plainte est élevé dans toutes les spécialités, bien que la plupart ne se soldent pas pour le versement d'une indemnité (72).

Jena et al. précisent qu'environ 75 % des médecins appartenant aux spécialités à faible risque auront connu une poursuite à l'âge de 65 ans contre 99 % des médecins appartenant aux spécialités à haut risque. Ces taux élevés pourraient amener à reconsidérer la qualification de « faible risque » des spécialités les moins poursuivies.

A titre de comparaison, une étude américaine de 2007, concernant une spécialité à haut risque, parmi des chirurgiens spécialisés dans l'arthroplastie révélait que plus de 70 % des répondants avaient été poursuivis au moins une fois pour faute médicale au cours de leur carrière (73).

II. Responsabilité en psychiatrie

1. Introduction, spécificités de la responsabilité en psychiatrie

Comme l'écrivait Carol Jonas (10), et comme le confirment les plus récentes données de la MACSF, la psychiatrie compte parmi les spécialités les plus confrontées aux questions juridiques, sans être toutefois la plus exposée sur le plan juridique. La fréquence des situations médico légales (soins sans consentement, tutelles, responsabilité pénale), la particularité d'un partage de procédure avec le préfet (ASPDRE) et les magistrats (ASPDRE et ASPDT) sont autant d'éléments pouvant expliquer ce statut particulier.

Comme suggéré en introduction, la responsabilité en psychiatrie en France est un sujet qui préoccupe : une enquête de l'AFFEP (Association Fédérative Française des Etudiants en Psychiatrie) a été réalisée en 2014 à ce sujet auprès d'internes en psychiatrie et psychiatres, les résultats montraient que l'exposition au risque de poursuite est une préoccupation répandue chez les internes.

2. Données relatives au contentieux en France

Cette partie est élaborée à partir des éditions du panorama du risque médical publiées par la MACSF-Sou médical, concernant les années 2011, 2012 et 2013, les plus récentes qui soient disponibles. Elles permettent d'apprécier la fréquence et le type des plaintes déposées dans le domaine de la psychiatrie, sans prétention à un recensement intégral, puisque tous les psychiatres ne souscrivent pas leur assurance responsabilité civile professionnelle auprès de la même compagnie d'assurance.

Les motifs de plainte recensés ci-dessous ne sont donc pas exhaustifs puisqu'ils ne concernent que les sociétaires MACSF.

Toutefois, si l'on considère le nombre de médecins inscrits au tableau du conseil de l'ordre dans la discipline de psychiatrie de 2011 à 2013, il apparait que la MACSF assurait 63 % d'entre eux en 2011, 73 % en 2012 et 77% en 2013.

Les chiffres de démographie médicale sont issus de l'Atlas annuel publié par le conseil national de l'ordre (74), (75) et (76). Les proportions sont en fait plus élevées car des praticiens qui ne sont pas en activité sont comptabilisés dans les effectifs de la démographie médicale.

Inscrits au tableau de l'ordre dans la spécialité :	2011	2012	2013
Psychiatrie	12 238	12 400	12 498
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	885	847	795
Neuro-psychiatrie	119	88	72
Total	13 242	13 335	13 365
Nombre de sociétaires psychiatres (MACSF)	8 341	9 797	10 279

Tableau 9 : démographie annuelle des psychiatres et nombre de sociétaires MACSF de 2011 à 2013

On peut donc considérer que les sinistres recensés par la MACSF concernent la quasi-totalité des plaintes déposées contre des psychiatres en France, et représentent un reflet fiable du contentieux en matière de responsabilité médicale en psychiatrie.

La liste proposée par la MACSF est présentée sous la forme d'une synthèse des situations litigieuses, présentation qui permet difficilement une analyse fine des situations (non connaissance des posologies médicamenteuses, des durées de prise en charge, de l'histoire de la maladie, du contexte personnel et familial et autres paramètres cliniques).

Ainsi il n'est pas toujours aisé de deviner ce qu'impliquent certaines désignations diagnostiques, eu égard à la variété des présentations de cas. Elles offrent néanmoins un aperçu informatif de situations litigieuses récurrentes.

Le tableau ci-dessous présente la répartition des déclarations de sinistres selon le type d'exercice.

Mode d'exercice	2011	2012	2013	Total
Exercice libéral	28	23	25	76
Secteur public	16	10	6	32
Hospitalier secteur privé	1	0	1	2
Total	45	33	32	110

Tableau 10 : répartition des déclarations de sinistres selon le type d'exercice de 2011 à 2013

Les déclarations en exercice libéral correspondent à une sinistralité de 0,7 % en 2011 (contre 0,3 % en 2010), 0,4 % en 2012 et 0,5% en 2013. Les sinistres se répartissent ainsi :

Types de sinistre	2011	2012	2013	Total
Procédures civiles	17	9	9	35
Plaintes ordinales	8	5	10	23
Réclamations	6	5	7	18
Plaintes pénales	8	5	4	17
Saisines d'une CCI	6	9	2	17

Tableau 11 : répartition des déclarations de sinistres selon le type de plaintes de 2011 à 2013

Un regroupement des cas peut être proposé en 5 types de situations :

1. Questions diagnostiques / erreurs diagnostiques : 7 affaires
2. Réclamations concernant la prise en charge / surveillance : 31 affaires
3. Effets indésirables de médicaments et iatrogénie : 15 affaires
4. Suicides et séquelles de tentatives de suicide : 25 affaires
5. Contestation des conclusions d'une expertise : 9 affaires
6. Relatives au code de déontologie / droits du patient : 10 affaires

1. Question diagnostique /erreur diagnostique : 7 affaires

- Plainte suite au retard diagnostique d'une intoxication au lithium ayant entrainé un coma et des troubles cérébelleux, en contexte de déshydratation et interférences médicamenteuses. Il est reproché l'absence de diagnostic avant puis pendant le début de l'hospitalisation, alors que la lithémie était à la limite supérieure 15 jours auparavant. Deux psychiatres sont mis en cause (77).
- Plainte pour retard diagnostique d'un méningiome frontal chez une patiente de 45 ans, vue en consultation pendant un mois pour un syndrome dépressif dans un contexte professionnel et conjugal favorisant, puis suivie en centre de psychothérapie pendant quelques mois avant la demande d'examen complémentaire (78).

- Plainte pour retard diagnostique d'un méga œsophage responsable de troubles digestifs et d'une perte de poids chez une patiente de 44 ans par ailleurs dépressive, préalablement explorée en gastro-entérologie. Un nouveau bilan demandé quelques années plus tard par le psychiatre, du fait de la persistance de la symptomatologie a permis la rectification diagnostique et une amélioration par dilatation œsophagienne (78).
- Plainte contestant le diagnostic de schizophrénie paranoïde et le lourd traitement institué, suite à un nouvel avis (78).
- Hospitalisation pour bilan d'un enfant de 3 ans. Suspicion d'autisme réfutée. Contestation par la mère des conclusions en faveur d'un retard simple des acquisitions.
- Plainte suite au diagnostic de syndrome de Seehan, deux ans après la prise en charge d'une dépression du post-partum. Deux médecins généralistes et un gynécologue sont mis en cause (77) : on peut supposer que la patiente a consulté un psychiatre devant des symptômes dépressifs attribuables à l'affection endocrinienne, ou que son médecin traitant a débuté un traitement visant à prendre en charge un épisode dépressif, et que la caractérisation de l'étiologie ayant été tardive, le diagnostic psychiatrique appartenait aux motifs de réclamations.
- <u>Question diagnostique hors psychiatrie : 1 affaire :</u>
  Une affaire citée dans le panorama figure dans la catégorie « Psychiatrie » mais semble relever plus particulièrement d'autres disciplines :
  Plainte pour retard diagnostique de quinze jours d'une fracture du rachis après chute au domicile, chez une patiente de 78 ans hospitalisée pour décompensation d'une psychose (78).

2. Réclamations concernant la prise en charge / aléas thérapeutiques : 31 affaires

1. Associées à un décès : 12 affaires

- Plainte suite au décès d'une patiente chez laquelle avait été initié un traitement antidépresseur et anxiolytique, considéré comme ayant contribué au décès brutal (pas de cause précise à l'autopsie). Le traitement avait été instauré dans le cadre d'une dépression réactionnelle associée à une agoraphobie après un AVP chez une femme de 29 ans (77).
- Plainte suite à une mort subite (médicamenteuse ?) chez un patient de 35 ans, suivi pour dépression et tentatives de suicide. Le médecin de la CPAM considère que le psychiatre a enfreint les règles de prescription de différents traitements pendant un an (posologie, durée, chevauchements thérapeutiques…) à l'examen des 33 ordonnances, où figurent de nombreux médicaments anxiolytiques et antidépresseurs différents (77).
- Plainte suite au décès d'un patient souffrant de schizophrénie dans une unité psychiatrique, après maîtrise par les agents de sécurité lors d'un transfert en isolement (77).
- Plainte suite au décès des conséquences d'une ischémie intestinale d'un patient de 40 ans suivi pour une schizophrénie, et dont le traitement comportait des neuroleptiques (78).
- Plainte suite au décès d'une patiente de 33 ans souffrant d'un trouble psychotique, après l'inhalation de son contenu gastrique, qui pourrait avoir été favorisée par un effet sédatif trop important du traitement prescrit (78).
- Plainte de l'épouse d'un patient pour négligence dans les soins lors d'une hospitalisation en psychiatrie. Il est noté que l'état mélancolique était aggravé par un éthylisme et que le patient présentait une dénutrition. Décès à une date et dans des circonstances non précisées. (56)

- Une plainte figure dans la catégorie psychiatrie, mais le dommage semble sans rapport avec la discipline :
  Patient suivi pour une « psychose maniaco dépressive », avec de nombreuses comorbidités dont une BPCO et un syndrome coronarien. Plainte suite au décès du patient de complications hémorragiques après l'exérèse d'un lipome sus claviculaire et décès (le chirurgien est mis en cause) (56).
- Plainte suite au décès d'un homme hospitalisé pour traitement d'une dépression sous une forme mélancolique. Il existait des problèmes relationnels entre l'épouse et l'équipe soignante. Le patient est rentré à domicile en HAD (Hospitalisation à Domicile). Quelques jours plus tard, est porté le diagnostic d'une embolie pulmonaire bilatérale sur pneumopathie, ayant nécessité une ventilation en réanimation, et à l'origine du décès (56).
- Patient en hospitalisation libre pour rechute dépressive. Nécessité d'une intervention pour kyste pilonidal infecté sous anesthésie locale. Appel du médecin de garde au 3ème jour de l'intervention, pour dyspnée. Un bilan est prévu le lendemain. Survient une fibrillation auriculaire rapide non réductible et un choc cardiogénique pris en charge en réanimation, suivi du décès du patient, qui présentait de lourds antécédents cardiovasculaires. Il existait un arrêt récent du traitement anti arythmique par le cardiologue également mis en cause (56).
- Prescription d'un neuroleptique pour agitation en centre de détention (patient connu du psychiatre pour bouffées délirantes). Demande d'examen clinique à un confrère (considéré comme normal). Décès dix jours plus tard. Abcès cérébral à l'autopsie (56).
- Un médecin de garde est appelé au domicile pour un état délirant et agressivité. L'hospitalisation est refusée par le patient. Le médecin effectue la prescription d'un neuroleptique oral (traitement psychiatrique en cours). Décès quelques heures plus tard pendant le sommeil (antécédents d'apnée du sommeil). Absence de surdosage médicamenteux à l'analyse toxicologique post mortem (56).
- Consultation pour dépression (puis semble-t-il hospitalisation, refus de soins et fugue). Décès trois semaines plus tard dans des circonstances inconnues (56).

2. Prise en charge et suivi : 19 affaires

- Plainte pour arrêt d'un traitement par lithium du fait de l'aggravation d'un syndrome dépressif. La mise sous antidépresseur a été l'occasion d'un épisode maniaque, suivi d'une chute et de divers incidents médicaux justifiant des hospitalisations, elles-mêmes retardant une intervention programmée. Il est reproché l'arrêt du traitement par lithium, dont la reprise a été efficace quatre mois plus tard (77).
- Plainte pour suivi défaillant d'une grossesse et de l'enfant (enfant porteur de possibles séquelles d'un syndrome d'alcoolisation fœtale) (77).
- Hospitalisation pour troubles du comportement de certains des cinq enfants d'un couple parental pathogène. Placement contesté en famille d'accueil, de même que l'absence de traitement médicamenteux. Deux psychiatres sont mis en cause (77).
- Contestation du bien-fondé du traitement et de l'hospitalisation en placement d'office (77).
- Plainte pour absence de guérison d'une psychose paranoïaque (77).
  On ignore si c'est le patient qui a saisi les tribunaux.

- Plainte d'un patient de 33 ans reprochant l'inefficacité d'une cure psychanalytique, d'une thérapie comportementale et des traitements associés, qu'il juge responsables d'une aggravation, d'hospitalisations et d'une mise en invalidité envisagée. Trois psychiatres sont mis en cause (78).
- Plainte d'une famille concernant la prise en charge d'une dépression majeure chez une adolescente lors d'une hospitalisation après intoxication médicamenteuse. Une hospitalisation dans un autre établissement a eu lieu quelques mois plus tard, l'évolution n'est pas précisée (78).
- Plainte concernant la prise en charge (sédation et contention) d'une agitation majeure et la décision d'hospitalisation sous contrainte d'une femme de 52 ans présentant des troubles du comportement avec automutilation (78).
- Plainte suite à un accident de la voie publique, avec graves séquelles, survenu pendant le départ d'une jeune femme de 22 ans de l'hôpital de jour, sans attendre l'ambulance (78).
- Plainte suite à un acte agressif à l'arme blanche envers une autre patiente en cours d'hospitalisation en placement d'office (78).
- Plainte d'une patiente délirante n'ayant « pas supporté une sortie d'essai avec levée d'une HDT» (78).
  Cette plainte dont la description est transcrite telle qu'elle apparait dans le panorama 2012 du risque médical de la MACSF est sujette à interprétation : la patiente a-t-elle contesté la décision de permission du service (sortie d'essai) après qu'elle lui eut été accordée ? Faute d'éclaircissement supplémentaire, c'est cette interprétation que l'on peut retenir. On peut également supposer que c'est un membre de sa famille (le signataire du certificat d'ASPDT notamment) qui a déposé une plainte, ou bien que la patiente conteste la levée de mesure sous contrainte pour une transformation en hospitalisation libre.
- Plainte « reflétant la pathologie psychiatrique » : notamment insatisfaction d'une prise en charge pendant de nombreuses années (78).
- Plainte pour absence de prescription d'un traitement anticoagulant à un patient chez qui une embolie pulmonaire favorisée par des troubles de l'hémostase a été diagnostiquée (78). Faute de précisions, on peut supposer que c'est au cours d'une hospitalisation en psychiatre que l'embolie pulmonaire est survenue.
- Plainte suite à la survenue d'une embolie pulmonaire (traitée par thrombolyse compliquée d'un hématome cérébral), une semaine après la sortie d'une patiente hospitalisée pour dépression et toxicomanie (77).
- Patiente alléguant l'absence de prise en charge d'une gastro-entérite lors de son hospitalisation en psychiatrie (56).
- Suivi en psychothérapie d'une schizophrénie avec bouffées délirantes (prise de toxiques). Reproche une diminution (contestée) des doses de son traitement (Zyprexa®) à laquelle est attribuée une rechute avec hospitalisation (56).
- Consultation unique deux ans après une mise sous curatelle dans le cadre d'une demande de mainlevée qui sera effective après le certificat du psychiatre. Dépenses inconsidérées les deux années suivantes (56).
- Contestation de traitements « inadaptés », dont du Dépamide®, d'une hospitalisation et de la mise sous curatelle d'une patiente anorexique présentant un trouble de l'humeur. (56)
- Contestation du suivi psychiatrique pendant deux ans d'un patient présentant des TOC (56).

3. Effets indésirables de médicaments / iatrogénie : 15 affaires

- Plainte suite à la survenue d'un syndrome de Lyell, consécutif à l'initiation de Tégretol en milieu hospitalier, lors d'un épisode maniaque. Le traitement antérieur avait été modifié en raison d'une mauvaise tolérance (77).
- Plainte suite à une somnolence avec confusion dans les jours suivants la prise d'un traitement, par surdosage : l'ordonnance de sortie comportait notamment du Gardénal® (30 mg). La posologie est jugée excessive (77).
- Plaintes suite à des bris dentaires lors d'une sismothérapie (77).
- Plainte suite à une prise de poids importante sous Dépakine, chez un enfant de 7 ans pour un diagnostic de polymicrogyrie et d'absences, diagnostic qui aurait été réfuté après un an de suivi (77) : comme le cas précédent, il est probable que les symptômes soient initialement passés pour des manifestations d'épilepsie alors qu'ils relevaient d'une pathologie psychiatrique. La revue des risques ne donnant pas davantage de détails, il n'est pas possible de conclure à ce propos.
- Plainte suite à de lourdes séquelles neurologiques survenues au décours d'une hospitalisation pour probable intoxication au lithium, favorisée par un traitement intercurrent et une insuffisance rénale chez un patient de 44 ans. Il est notamment reproché une information insuffisante (78).
- Plainte suite à la survenue d'un priapisme pris en charge au stade de la destruction des corps caverneux, dont il résulte une impuissance définitive. Il est reproché le défaut d'information de cette complication, apparue après le début d'un traitement par Risperidone chez un patient de 25 ans. Le traitement était associé à d'autres neuroleptiques et antidépresseurs (78).
- Plainte suite à l'apparition sous Abilify d'un syndrome extra pyramidal, secondairement régressif, et allégation d'une aggravation du trouble bipolaire (78).
- Plainte suite à la découverte d'une insuffisance rénale, cinq années après l'arrêt d'un traitement par lithium par la patiente. La prescription avec lithémies régulières avait duré plusieurs années sans surdosage. Suite à la constatation d'une lithémie élevée, la patiente a arrêté le traitement et interrompu les consultations. L'insuffisance rénale aurait déjà été présente lors de la prise du lithium, pourtant bien toléré (78).
- Plainte suite à l'apparition de dyskinésies cervico-brachiales et faciales sous traitement neuroleptique chez un patient de 26 ans suivi pour un trouble psychotique (78).
- Plainte suite à la survenue de troubles cardiaques qu'un patient de 49 ans impute à ses traitements successifs, dont un thymorégulateur et un antipsychotique uniquement disponible en milieu hospitalier. Les troubles n'ont pas antérieurement été décrits avec ces molécules (78).
- Plainte d'un patient qui impute au traitement des effets secondaires ou la survenue d'une chute.
- Hospitalisation pour décompensation d'un trouble thymique avec somatisations multiples. Traitement de dix jours de Depakote® auquel la patiente attribue des symptômes divers, arguant une allergie connue (mais jamais rapportée) à ce médicament.
- Plainte suite à la survenue d'un syndrome de Stevens-Johnson d'intensité modérée et d'évolution favorable en dehors d'une sécheresse oculaire, faisant suite à un traitement antidépresseur puis par Tegretol® dans le cadre d'un trouble de l'humeur.

- Plainte suite à un surdosage en lithium (lithémie demandée par généraliste), sans cause déclenchante évidente ; la posologie était inchangée. Le surdosage a été à l'origine d'une hospitalisation de quelques jours en réanimation.
- Plainte suite à la survenue d'une anémie, alléguée en rapport avec un traitement par Dépamide®, prescrit pour un syndrome dépressif chez un patient bipolaire, avec demande de bilan biologique fait à un mois et normal. Traitement arrêté par le patient avant le diagnostic d'anémie.

4. Suicide ou (séquelles de) tentatives de suicide : 25 affaires

- Plainte suite à la défenestration d'un patient de 43 ans, présentant un syndrome dépressif majeur, récidivant. Il avait été adressé en vue d'hospitalisation après une consultation. Faute de place, le médecin de l'établissement avait instauré un traitement anxiolytique d'attente (77).
- Plainte suite au suicide d'un patient dépressif s'étant présenté aux urgences avec son épouse, inquiète et dépressive. Une séparation temporaire est acceptée par le couple. Pas de motif objectif à une hospitalisation. Un rendez-vous de suivi avait été donné pour le surlendemain et non honoré (77).
- Plainte suite au suicide d'un patient par défenestration. A la demande du généraliste, un sevrage d'un traitement somnifère et anxiolytique pris depuis vingt ans était en cours (77).
- Plainte suite au suicide par pendaison d'un patient, qui était pris en charge pour syndrome dépressif majeur, d'abord amélioré puis suivi d'une rechute. Il avait refusé l'hospitalisation proposée, des consultations rapprochées avaient eu lieu le dernier mois (77).
- Plainte suite au suicide par pendaison, après une fugue, d'un patient hospitalisé depuis deux jours en milieu spécialisé (77).
- Plainte suite au suicide par pendaison, après une fugue, d'une patiente hospitalisée pour un syndrome dépressif, sortant d'un an de soins en hospitalisation et réanimation (pour un polytraumatisme lors d'une première tentative de suicide) (77).
- Plainte suite au suicide par pendaison d'un patient, hospitalisé à plusieurs reprises pour dépression, dans les suites de complications du traitement d'un cancer prostatique. Il est notamment reproché qu'il ait pu garder sa ceinture (57).
- Plainte suite au suicide par pendaison, dans l'heure suivant le retour d'une permission de sortie, d'une patiente de 21 ans aux antécédents multiples. Sa mère reproche l'absence de prise en compte de son état, qu'elle avait décrit comme préoccupant (77).
- Plainte suite au suicide par pendaison, après un mois d'hospitalisation et une amélioration apparente, d'une adolescente de 17 ans suivie pour tentatives d'autolyse (77).
- Plainte suite au suicide par ingestion médicamenteuse le lendemain de sa sortie d'hospitalisation en milieu spécialisé, d'une femme de 73 ans, après un séjour pour tentative de suicide. Il existait de nombreux antécédents identiques (77).
- Plainte suite au suicide d'un patient délirant (chute volontaire dans les escaliers ayant entraîné un hématome cérébral). Il était pris en charge en hôpital de jour, plusieurs fois par semaine, après hospitalisation en HDT pour tentative de suicide. Les parents reprochent que leurs mises en garde n'aient pas été entendues (77).

- Plainte suite aux séquelles résultant d'une tentative de défenestration, précédée d'automutilation, au cours d'une permission de sortie. Le patient âgé de 73 ans était hospitalisé pour syndrome dépressif associé à un trouble psychotique. La permission de sortie a été autorisée après un mois d'hospitalisation, le séjour ayant au total duré 8 mois (77).
- Plainte suite au suicide par défénestration lors d'une sortie thérapeutique d'un patient psychotique de 26 ans, malgré la présence de sa famille (78).
- Plainte suite à la défénestration ayant causé des fractures multiples chez un patient de 23 ans. Un défaut de surveillance est invoqué. Deux psychiatres sont mis en cause (78).
- Plainte suite au suicide par pendaison dans sa chambre d'une patiente « délirante » de 34 ans. Un défaut de surveillance est invoqué (78).
- Plainte suite au suicide par pendaison d'un patient de 64 ans, alors qu'il était demandé une surveillance spécifique du fait de la crainte de pulsions suicidaires (78).
- Plainte suite à la défenestration lors d'une permission d'un patient de 73 ans en hospitalisation libre, défenestration dont résultent des séquelles lourdes (78).
- Plainte suite au décès par intoxication médicamenteuse d'un patient de 33 ans, suivi depuis un an pour trouble bipolaire. Retour à domicile suite à l'impossibilité de le prendre en charge en centre hospitalier, faute de place (78).
- Plainte suite au décès d'un patient de 35 ans au décours de plusieurs hospitalisations, notamment pour intoxication médicamenteuse. Deux psychiatres sont mis en cause (78).
- Plainte suite au décès d'un patient de 43 ans suivi depuis plusieurs années pour un syndrome dépressif, avant l'hospitalisation en placement libre prévue 48 heures plus tard, faute de place (78). En l'absence de précision, on peut supposer dans ce contexte que le décès résulte d'un suicide.
- Hospitalisation pour réactivation des idées suicidaires (antécédents de tentatives d'autolyse depuis la survenue d'une hémorragie cérébrale compliquant un changement de valve de dérivation). Surveillance rapprochée interrompant une première tentative de pendaison le surlendemain. Récidive et décès neuf jours plus tard.
- Hospitalisation d'un patient présentant un trouble bipolaire (avec nombreuses tentatives de suicide), décompensé par l'annonce d'un licenciement. Au 2ème jour, évaluation d'un risque suicidaire faible, puis revu le lendemain par le psychiatre référent. Suicide par pendaison dans la nuit.
- Hospitalisation d'une psychose bipolaire difficile à équilibrer, à l'initiative du psychiatre traitant alors en congés annuels. Suicide par pendaison au troisième jour.
- Conseil téléphonique pour rechute dépressive chez une adolescente suivie depuis plusieurs années avec de nombreuses hospitalisations. Reprise du traitement antidépresseur arrêté par la patiente depuis un mois. Défenestration dix jours plus tard, le lendemain d'une hospitalisation de 24 heures en centre spécialisé.
- Prise en charge et traitement pendant six mois en relais d'un confrère (contact téléphonique avec celui-ci) d'un état anxio-dépressif (antécédents de tentatives de suicide médicamenteuse). Décès après une tentative de suicide médicamenteuse.

5. Expertises : 9 affaires

- Expertise d'arrêt de curatelle en faveur d'une mainlevée, pour une patiente de 33 ans, diabétique, présentant une stéatose hépatique et accusant ses traitements successifs d'être la cause de son état (77).
- Conflit avec une patiente expertisée pour aptitude au poste d'enseignante après un arrêt pour raison psychiatrique (77).
- Contestation de conclusions d'expertises administratives pour la reprise d'une activité professionnelle (3 affaires) : patient mis à la retraite d'office ou maintien d'un congé médical de longue durée pour hypomanie (78).
- Contestation des conclusions d'une expertise psychiatrique visant à évaluer les séquelles d'un accident de travail (78).
- Plaintes (2 affaires) suite à des expertises d'enfant ordonnées par le juge (probablement le juge des affaires familiales) dans des procédures de divorce conflictuelles. Il est reproché un manque de professionnalisme et d'objectivité (78).
- Contestation d'une expertise à la demande de la CPAM, réfutant le lien de causalité entre des troubles dépressifs et un accident de trajet chez un patient de 49 ans (78).
- Contestation de conclusions d'une expertise en vue de la reconnaissance du statut de majeur protégé (78).
- Mise sous tutelle et choix du tuteur reprochés lors de l'hospitalisation d'un patient présentant une psychose bipolaire. Amélioration thymique et levée de la sauvegarde de justice. Contexte de conflit entre plusieurs membres de la famille (56).
- Contestation des conclusions d'une contre-expertise (contrat de prévoyance), entachée d'erreurs procédurales et annulée par la Cour d'Appel (56).
- Contestation d'une expertise demandée par le juge des affaires familiales lors d'un conflit parental sur la garde des enfants, le père accusant l'expert de faux en écriture, d'allégations mensongères et de « parti pris » (56).

6. Plaintes concernant la déontologie /les droits du patient : 10 affaires

- Plainte pour violation du secret professionnel à l'issue d'une enquête sociale sur mission du juge pour enfants ayant entraîné la révélation de troubles psychiatriques maternels incompatibles avec la garde des enfants (77).
- Plainte pour violation du secret professionnel, suite à la transmission au juge des affaires familiales d'un certificat médical descriptif dans le cadre d'un problème de garde d'enfant (78).
- Plainte suite à la rédaction d'un certificat jugé tendancieux privant temporairement un père de son droit de visite (78).
- Plainte du mari d'une patiente, hospitalisée 24 heures dans un contexte de tensions conjugales. La plainte fait suite à l'invocation de maltraitance (probablement du mari à l'encontre de sa femme) (78).

- Demande de communication de dossier à laquelle le psychiatre va répondre à plusieurs reprises. Plainte pour refus allégué de communication du dossier (56).
- Plainte pour « abus de pouvoir ». Patient pris en charge en HAD au décours d'une hospitalisation pour décompensation maniaque dans un contexte de « psychose bipolaire ». Décision d'un signalement suite au constat d'une reprise des troubles et d'une négligence par rapport à ses enfants (56).
- Plainte pour refus de visite des parents d'un adolescent hospitalisé en service de psychiatrie. (56)
- Plainte de la mère d'un adolescent majeur pour défaut d'information sur la pathologie diagnostiquée lors de l'hospitalisation en service de psychiatrie pour sevrage d'addictions (56).
- Plainte de l'époux d'une patiente hospitalisée un mois en géronto-psychiatrie pour agitation dans le cadre d'une démence, et ré-hospitalisée ailleurs le lendemain de sa sortie. Reproche un défaut d'écoute, d'empathie et d'information (56).

3. Sanctions ordinales

Les décisions présentées dans les tableaux qui suivent sont regroupées par thèmes. Les fiches dont elles sont extraites proviennent de la rubrique Jurisprudence du site internet du conseil national de l'ordre des médecins : http://www.jurisprudence.ordre.medecin.fr/jurisprudence/index.html (79).

Les termes utilisés sont ceux figurant dans le résumé des dossiers.

Le moteur de recherche interne au site internet du conseil de l'ordre permet de recueillir 343 décisions concernant un praticien inscrit au tableau dans la spécialité psychiatrie, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ou neuropsychiatrie ; les décisions sont regroupées en 274 dossiers (un même dossier peut abriter plusieurs décisions).

Elles s'étendent, du 21 janvier 1998 pour la décision la plus ancienne au 24 septembre 2014 pour la plus récente. Ont été sélectionnées les décisions ayant abouti à une sanction, soit 166 dossiers.

La catégorie la plus représentée est celle des litiges liés à la rédaction de certificats : 68 dossiers, suivie des cotations d'actes de soins erronées ou abusives : 31 dossiers, puis des relations à connotation sexuelle avec un(e) patient(e) : 24 dossiers.

Toutes ces décisions sont rendues par une instance de deuxième degré, le plus souvent en appel de la décision d'un conseil régional. Le requérant à l'origine de l'appel peut être le médecin, conseil national, un conseil départemental, un ministre.
Le jugement en appel peut aboutir à un allégement ou un durcissement de la sanction initiale.

Une décision portant sur le fond est souvent associée à des décisions portant sur la forme (régularité de la procédure, validité du motif de la plainte). Seules les décisions portant sur le fond ont été recensées.

Les décisions ayant bénéficié d'une amnistie ne sont pas considérées, de même que les décisions portant sur le fractionnement ou le report de l'application d'une sanction. Certaines décisions concernent la psychiatrie sans impliquer un psychiatre, elles ne figurent pas dans l'inventaire.

Le résumé des faits ne permet pas toujours une parfaite compréhension des sanctions prononcées et nécessite de se reporter au procès-verbal complet de l'affaire.

La juridiction à l'origine de la décision peut être :

- La chambre disciplinaire nationale
- La section disciplinaire
- La section des assurances sociales, pour les litiges relatifs aux prescriptions ou à la facturation selon les règles de l'assurance maladie
- La formation restreinte du conseil national qui se prononce sur la suspension d'un droit exercice / la fin de cette suspension
- Le Conseil d'état

Ne sont pas considéré(e)s :

- Les affaires de la cour administrative d'appel qui concernaient l'autorisation / le refus d'ouverture d'un site distinct / cabinet secondaire
- Les dossiers du tribunal administratif qui ne concernent pas l'existence d'une faute, mais l'autorisation d'inscription de praticien étrangers (pour les deux affaires concernant des psychiatres)

1. Rédaction de certificats litigieux et immixtion dans les affaires de famille (sans violation du secret professionnel) : 69 dossiers

Référence du dossier, date et résumé de l'affaire	Décision initiale	Décision en appel
Cdn11453 **19/04/2013** Lettre adressée au juge des enfants à propos de la souffrance psychologique d'une enfant, remise à sa mère, et non adressée au procureur (ne constitue donc pas un signalement). Prise de position sur la responsabilité de la situation (imputée au père) Manquement au devoir de prudence et neutralité	Rejet de la plainte	Blâme
Cdn11445 **09/01/2013** Délivrance d'un certificat à la mère d'une enfant prenant parti en faveur de mesures restreignant le droit de garde du père de l'enfant	Blâme	
Cdn11205 – 11206 **10/07/2012** Rédaction réalisée dans le cadre d'une société de conseil créée pour l'assistance aux expertises psychiatriques privées, amiables et judiciaires. Rédaction d'un rapport à la demande d'un avocat à partir de documents médicaux analysant les troubles psychiques dont souffre l'ex-concubine de son client (non rencontrée) et concluant à la nécessité de confier la garde de l'enfant à son père.	2 mois d'interdiction, dont 1 mois avec sursis	
Cdn11236 **21/06/2012** Immixtion dans les affaires de famille Signalement à la CRIP de l'état de santé psychologique d'une enfant jugé préoccupant par le praticien, et faisant peser implicitement l'origine de l'état sur les séjours chez son père dans le cadre de la garde alternée, une procédure concernant les modalités de sa garde étant en cours.	Rejet de la plainte	Avertissement
Cdn10645 **11/10/2010** Certificat aux fins d'hospitalisation de la plaignante à la demande des membres de sa famille, faisant état d'une aggravation de ses troubles ainsi que d'un conflit avec son dernier enfant, établi alors que le praticien n'avait plus examiné l'intéressée depuis 5 mois, et s'appuyant exclusivement sur ses souvenirs et les dires du médecin traitant et des proches.	1 mois d'interdiction avec sursis	
Cdn10558 **09/09/2010** Rédaction d'un certificat contenant des hypothèses concernant une personne que le praticien n'a jamais rencontrée et des faits dont il n'a pas été témoin. Praticien ayant reçu une patiente qui souffrait de dépression et qui lui a fait part de l'agression qu'elle estimait avoir subie de la part de son employeur tétraplégique, dont elle assurait la garde. A adressé au tribunal des affaires de la sécurité sociale un courrier mentionnant l'hypothèse qui lui paraissait la plus vraisemblable (en l'absence de connaissance de la personne) : qu'il s'était trouvé "sous l'emprise d'idées de persécution favorisées par un élément confusionnel", et que "l'impulsion délirante […] a pu lever l'inhibition motrice", lui ayant permis d'attaquer ou de la menacer.	3 mois d'interdiction avec sursis	
Cdn10428 **21/07/2010** Rédaction de 3 certificats : - Le premier attestant que l'épouse du plaignant ne présentait pas de psychopathologie lourde, mais souffrait d'une fragilité réactionnelle due à des difficultés conjugales - Le second affirmant que l'expertise, effectuée pour une ordonnance de non conciliation, comportait des inexactitudes, des manques ou absences et demandant que soit effectuée une contre expertise - Le troisième critiquant le rapport de l'expert, alléguant que ce dernier n'aurait pas suffisamment pris en compte l'état psychopathologique de sa patiente, comporterait des interprétations et lui semblait très orienté en faveur du père. Mention de titres et compétences non autorisés sur les certificats.	2 mois d' interdiction dont 1 mois avec sursis	2 mois d' interdiction avec sursis

Ce319947 cdn **14/04/2010** Délivrance de deux certificats à une patiente en instance de divorce, rapportant de façon détaillée les griefs formulés par la patiente à l'encontre de son mari et comportant des énonciations qui ne correspondaient pas à des constatations que le médecin aurait elle-même pu faire.	8 jours d'interdiction avec sursis	
Cdn10357 **11/12/2009** Parti pris du praticien dans un conflit familial et énonciation de conclusions dans un domaine non médical : Rapport rédigé à la demande du fils d'une personne décédée que le praticien n'avait jamais rencontrée à partir de pièces médicales et des dires du fils en conflit avec l'ancien compagnon de sa mère au sujet de la succession, soulignant son état "de dépendance affective importante et réciproque" et "un éventuel abus de faiblesse »	3 mois d'interdiction, dont 2 mois avec sursis	
Cdn10180 **16/09/2009** Au cours de son exercice dans un centre médico-psycho-social pour migrants et réfugiés, a été alerté par une patiente de ce que son époux serait menacé de reconduite à la frontière. Rédaction d'un certificat indiquant que ce dernier souffrait d'une «pathologie psychiatrique chronique nécessitant le maintien de son suivi" au centre, certificat utilisé dans les jours suivants par l'épouse dans le cadre d'une procédure l'opposant à son mari. Ne conteste pas les faits ; fait valoir qu'il a été trompé et qu'il a agi dans un souci humanitaire dans l'intérêt de son patient alors qu'il ignorait la situation du couple.	3 mois d' interdiction dont 2 mois avec sursis	Blâme
Cdn10198 **07/09/2009** Rédaction d'un arrêt de travail mentionnant dans la partie réservée au contrôle médical : "Syndrome dépressif réactionnel à un conflit professionnel. En raison de la nature de la pathologie, la plus grande liberté de sortie doit être accordée". A envoyé au médecin du travail une lettre à propos d'une patiente, exposant les circonstances de sa demande de certificat d'inaptitude au travail, en mettant gravement en cause l'employeur qu'il n'a jamais rencontré. Est reprochée au praticien l'attribution de l'origine de ce syndrome à un conflit professionnel. Manquement au devoir de neutralité et d'impartialité	Avertissement	
Cdn10156 **26/06/2009** Prise de position dans une affaire concernant la garde d'un enfant : Rédaction d'un certificat mentionnant le désir des enfants de ne plus voir le père ni dans un lieu neutre ni seul, évoquant des indélicatesses du père (attouchements sur la fille) et colères fréquentes. A ajouté que "sans pouvoir exclure une manipulation des adultes dans leur propre souffrance, il semblerait difficile de ne pas accéder à la demande des enfants, car il semblerait que le droit de visite est anxiogène et déstabilisant" et qu'il "a été signalé aux enfants l'importance de conserver les liens avec les deux parents".	Blâme	
Cdn10057 **29/04/2009** Impute dans un certificat l'état de santé d'une patiente au comportement de son époux en faisant référence à des faits dont il n'avait pas été le témoin direct. Le certificat, remis à une patiente en instance de divorce, fait état de l'amélioration de l'état de santé de l'intéressée du fait de la prise en charge psychothérapique suite à des tentatives de suicide, secondaires à une situation conjugale conflictuelle. Le document met en cause l'émancipation psycho-affective de l'intéressée qui "contrecarrait le besoin de soumission du conjoint à l'égard de son épouse".	1 mois d'interdiction	
Cdn9882 **11/09/2008** Après avoir reçu des parents, a remis à l'épouse un «certificat» décrivant les conditions dans lesquelles s'était déroulée la consultation, rapportant les propos des époux et notamment les accusations du père à l'encontre de sa femme ainsi que les propos violents et insultants tenus par celui-ci à son égard, et concluant que dans le cadre de la procédure de séparation des parents, une expertise psychiatrique devrait déterminer la dangerosité du père vis-à-vis de son fils. Il appartenait au praticien, s'il craignait un danger pour l'enfant, d'effectuer un signalement auprès des autorités compétentes	15 jours d' interdiction	Blâme

Cdn9892 **11/09/2008** A établi un document qui ne présente pas le caractère de constatations médicales, dont l'objet ne pouvait être que de justifier les conditions dans lesquelles l'intéressé avait repris puis quitté un appartement appartenant à sa famille. Il y est décrit l'état psychologique d'un jeune homme, « domicilié à nouveau chez ses parents 35 rue du Lycée à S » après s'être installé « au 11 bis rue du Val de Grâce, domicile qu'il a aménagé et où il a vécu du 20/05/06 au 14/07/2006 »	Ordonnance d' irrecevabilité	Avertissement
Cdn9918 **08/07/2008** A adressé à des confrères un document, qualifié de « certificat médical », rappelant les conditions dans lesquelles des réfugiés avait dû quitter le Kosovo et les difficultés rencontrées dans l'accomplissement des démarches administratives pour l'obtention d'un titre de séjour en raison de leur état de santé. Indiquait leurs noms et âge, qu'il les soignait, les recevait en consultation psychiatrique et décrivait leurs troubles. Ni les recommandations de l'Association Médicale Mondiale, ni l'accord des réfugiés à la divulgation de leur état de santé, ni la soumission au secret des médecins destinataires du document ne constituent une dérogation légale au secret médical. Démarche humanitaire personnelle, ne répondant à aucune demande formelle faite par une autorité administrative sanitaire ou judiciaire	Blâme	
Cdn9847 **26/06/2008** Correspondance comportant une prise de position en faveur du père adressée au juge des enfants qui devait statuer sur la garde, à l'époque confiée à sa mère.	Blâme	
Cdn9849 **26/06/2008** Certificat comportant la description de troubles psycho-traumatiques d'une personne et relatant que celle-ci s'estimait «persécutée» par ses voisins, déclarant que les troubles «sont en relation directe. avec des agressions répétées» dont le praticien n'avait aucune connaissance directe.	Avertissement	
Cdn9889 **24/06/2008** Certificat de complaisance : certificats délivrés en tant que psychiatre et "victimologue", spécialité non reconnue par l'ordre, à l'épouse d'un confrère, qui était sa patiente et qui venait d'engager une procédure de divorce. Le premier rapportant de façon détaillée les griefs formulés par la patiente à l'encontre de son mari en reproduisant notamment les propos qu'il aurait tenus à son égard, le second évoquant les « violences psychologiques et physiques qu'elle subit dans son couple depuis plus de six ans». Même assorties de guillemets ou précédées de la mention «Mme B dit que», énonciations, qui ne correspondent pas à des constatations que le médecin aurait pu faire.	8 jours d'interdiction avec sursis	
Cdn9813 **19/05/2008** A rédigé, à l'intention de la directrice d'une maison de retraite, ancienne salariée de la société en cause, une attestation destinée à être produite devant le conseil de prud'hommes, l'opposant à son employeur. Attestation faisant valoir ses qualités professionnelles, soulignant son état dépressif grave, diagnostic assorti d'un jugement sur l'origine de cet état de santé et mettant en cause les nouveaux dirigeants de la maison de retraite.	Avertissement	
Cdn9726 **03/12/2007** Certificats médicaux remis à une patiente en instance de divorce. Le premier mentionne que son état dépressivo-anxieux est, "réactionnel […] aux relations très difficiles avec son mari », et qu'il serait important qu'elle "soit autorisée au plus tôt à habiter seule avec ses enfants". Le second fait état de ce que ses dépressions étaient "réactionnelles à des difficultés conjugales" et qu'elle était désormais guérie, et "tout à fait apte à s'occuper de ses enfants".	Avertissement	
Cdn9677 **12/11/2007** Immixtion dans les affaires de famille - Premier certificat, établi après avoir constaté l'état de tension psychologique de la patiente, évoquant un conflit conjugal et suggérant «une prise de distance momentanée» entre les deux époux. - Second certificat décrivant l'état du mari, non rencontré, comme relevant d'une «confusion générationnelle» et appelant un soutien psychiatrique urgent et une surveillance clinique. Certificat qui se fonde en partie sur les observations écrites d'une auxiliaire puéricultrice.	15 jours d' interdiction dont 8 jours avec sursis	Blâme

Cdn9693 **08/11/2007** Certificats de complaisance et immixtion dans les affaires de famille : Rapport d'examen psychiatrique en 2003, et certificat médical en 2004, décrivant l'état de santé de son patient en 1999, époque où il n'était pas encore son médecin, afin de l'aider à obtenir la révocation de la donation d'un immeuble à son épouse qu'il regrettait d'avoir consentie.	3 mois d' interdiction dont 2 mois avec sursis	1 mois d' interdiction dont 15 jours avec sursis
Cdn9628 **10/09/2007** A la demande de la mère d'une enfant, a rédigé un certificat, destiné aux services sociaux, attestant qu'il avait examiné cette enfant et que l'entretien avec elle mettait en évidence « des antécédents de sévices physiques ainsi que des attouchements sexuels », en imputant ces faits au père sur les seuls dires de l'enfant et de la mère.	2 mois d' interdiction dont 45 jours avec sursis	1 mois d' interdiction avec sursis
Sd9577 **31/05/2007** A remis à une patiente un certificat désignant de façon claire que son compagnon serait responsable de ses troubles et de l'agression dont elle a été victime	Avertissement	
Sd9576 **21/03/2007** Enonciations qui devaient se révéler erronées et qui ont le caractère d'une immixtion injustifiée dans des affaires de famille : Certificat reproduisant les allégations d'un enfant quant aux traitements dont il se déclarait victime du fait de sa mère, et mentionnant que les dires de l'enfant constitueraient la « vérité actuelle » et qu'il n'était « pas acceptable de le savoir exposé à de tels faits ».	2 mois d' interdiction dont 15 jours avec sursis	1 mois d' interdiction dont 15 jours avec sursis
Sd9416 **29/11/2006** Certificat remis à un confrère mentionnant que l'épisode dépresso-anxieux constaté chez celui-ci était «conséquent à un harcèlement de son épouse», affirmant ainsi, sans en avoir pu vérifier la réalité, un lien de cause à effet entre le comportement d'un tiers et l'état de son patient.	2 mois d' interdiction dont 1 mois avec sursis	Blâme
Sd9395 **10/10/2006** Document dépassant les limites d'un signalement à l'autorité judiciaire et constituant un manquement à la neutralité, rédigé sous la forme d'un « avis critique des examens psychiatriques », comportant des indications médicales, des imputations graves relatives à la mère et une accusation de partialité à l'encontre du psychiatre qui avait examiné l'enfant.	1 an d' interdiction dont 6 mois avec sursis	2 mois d' interdiction dont 1 mois avec sursis
Sd9385 **04/09/2006** Certificat remis à la mère d'une enfant mettant gravement en cause le comportement du père de cet enfant.	Blâme	
Sd9283 **16/03/2006** Manquement aux devoirs déontologiques par la rédaction d'un certificat établi par le praticien après un entretien avec le père d'un enfant qu'elle suivait régulièrement, relevant que « certains comportements du père pouvaient faire évoquer des éléments à connotation perverse ».	Avertissement	
Sd9234 **23/01/2006** Le père d'un enfant, que le praticien suivait, avait demandé à ce dernier d'interrompre le suivi psychologique de son fils, suivi sur lequel il n'avait pas été consulté alors qu'il résidait chez lui après son divorce. Faute du praticien qui n'a arrêté de s'occuper de l'enfant qu'au moment où il a eu connaissance de la demande de l'Ordre d'en cesser le suivi. S'il estimait que l'état de santé de cet enfant était mis en danger par le désaccord des parents, il devait provoquer la saisine du juge des enfants en assurant, si nécessaire, la continuité des soins. Dans le même temps, a rédigé un certificat remis à la mère exprimant le désir de l'enfant de vivre chez sa mère et précisant qu'il se trouvait en danger.	Blâme	
Sd9197 **16/11/2005** Certificat remis à une patiente portant sur le comportement agressif de sa mère, que la praticienne n'avait jamais rencontrée, et qui indiquait qu'elle cherchait à déstabiliser ses enfants et son couple.	15 jours d'interdiction, dont 8 jours avec sursis	
Sd9141 **01/09/2005** Certificat, établi à la demande d'une patiente, attestant, selon les dires de cette dernière, des dates de son hospitalisation pour dépression aiguë sans en vérifier l'exactitude.	6 mois d' interdiction	6 mois d' interdiction dont 2 mois avec sursis

Sd9048 **01/06/2005** Certificat remis à une patiente comportant des allégations sur le comportement de son époux, sur le "chantage", la contrainte et la "maltraitance psychologique" dont elle serait victime. Constatations que le praticien n'a pas été en mesure de faire lui-même.	3 mois d' interdiction, dont 2 mois avec sursis	15 jours d' interdiction avec sursis
Sd9071 **13/05/2005** Rédaction d'un certificat, à transmettre au juge des affaires matrimoniales, concernant une enfant dont les parents étaient en instance de divorce. Certificat dans lequel le praticien précise qu'elle est "en danger moral du fait des attitudes de son père à son égard..." et que la présence de celui-ci constitue une "violence et une menace psychique". Il appartenait au praticien de procéder régulièrement à un signalement auprès des autorités compétentes	Blâme	
Sd9059 **26/04/2005** A établi un rapport "médico-psychologique" répondant aux questions d'un tribunal libanais dans le cadre d'une demande d'annulation du mariage d'une patiente par son époux. Rapport qui a le caractère d'un rapport d'expertise. Le praticien qui avait eu à connaître du cas de cette patiente ne pouvait être désigné en qualité d'expert et devait refuser la mission	3 mois d'interdiction, dont 2 mois avec sursis	
Sd8985 **13/04/2005** A reçu un patient à 3 reprises à la suite de difficultés et d'inquiétudes dans sa vie conjugale. Lui a remis un certificat relatant l'état de santé de son épouse et ses antécédents familiaux en mentionnant expressément qu'il n'avait jamais rencontré ses parents. Absence d'atteinte au secret médical mais manque de prudence vis à vis d'un patient qu'il savait engagé dans une procédure de divorce.	6 mois d' interdiction	Blâme
Sd8892 **21/10/2004** Certificat remis à une mère qui souhaitait modifier le régime de visite et d'hébergement pour son fils, à la suite de son divorce. Certificat qui fait état des difficultés du père avec la paternité dans des termes de nature à jeter la suspicion sur l'intéressé, rédigé sans avoir examiné le père.	1 mois d' interdiction	Avertissement
Sd8893 **21/10/2004** Alors qu'il était intervenu comme expert judiciaire dans le cadre d'une procédure relative au droit de visite et d'hébergement d'une mère envers sa fille, a rédigé, à la demande insistante de la mère, un certificat portant sur des questions très proches de celles qu'il avait eu à examiner comme expert.	1 mois d' interdiction	Avertissement
Sd8825 **07/10/2004** A établi au profit d'une patiente en instance de divorce 2 certificats relevant de façon détaillée ses dires sur le comportement violent de son mari. A adressé au juge des affaires familiales une lettre exprimant son désaccord sur le rapport d'expertise concernant la garde des enfants. A rédigé 2 lettres, destinées à un juge et à un avocat, sur le comportement et les problèmes du mari. Affirmations qui vont au-delà des constatations faites par le praticien.	1 mois d'interdiction avec sursis	
Sd8760 **08/07/2004** Remise d'un certificat à l'associé d'un confrère, mettant en cause ce dernier et lui attribuant une pathologie alors qu'il ne l'avait jamais examiné.	3 mois d' interdiction	3 mois d' interdiction dont 15 jours fermes
Sd8817 **07/04/2004** Certificat antidaté mentionnant qu'un patient était chez lui, malade et qu'il n'avait pas pris son véhicule ce jour-là, ce dont il ne pouvait être certain. Informé que son patient étant accusé de délit de fuite à la suite d'un léger accident de la circulation, a émis une opinion extra-professionnelle sur une enquête de police en cours.	1 an d' interdiction dont 9 mois avec sursis	3 mois d' interdiction dont 2 mois avec sursis
Sd8602 **01/10/2003** Remise à une mère, en litige avec son mari, d'un certificat affirmant que « compte tenu des troubles constatés évoquant des comportements sexuels », l'état de son enfant contre-indique pendant un certain temps les visites organisées chez son père. Certificat paraissant désigner le père comme à l'origine des troubles alors que la requérante déclare qu'il n'était pas en cause.	Blâme	

Sd8429 **14/05/2003** Rédaction, par un praticien hospitalier temps plein, coordinateur du pool psychiatrique d'un CHU, d'une attestation relatant les constatations qu'il avait pu faire au cours de repas privés sur les relations d'un couple et leurs rapports avec les enfants. Attestation se présentant comme une attestation judiciaire, comportant une annexe sur papier blanc à en-tête revêtant des éléments de diagnostic et de traitement relatif à la mère lui conférant un caractère en partie médical.	15 jours d' interdiction	Blâme
Sd8357 **25/03/2003** Rédaction d'un "rapport médical confidentiel" de 5 pages, ne comportant pas de signature mais les qualités et coordonnés du praticien ainsi que la date. Rapport remis au père d'un enfant et comportant des jugements sur la mère qu'il n'a jamais rencontrée. A fait pression sur la psychologue de l'enfant pour qu'elle modifie ses conclusions dans un sens favorable au père.	3 mois d' interdiction	3 mois d' interdiction
Sd8156 **02/10/2002** Remise à un patient en instance de divorce d'un certificat relatant les dires de celui-ci quant au comportement de son épouse et décrivant puis analysant le "dérèglement comportemental" de cette dernière. A ainsi porté un diagnostic sur une personne qu'il n'avait jamais rencontrée.	2 mois d' interdiction	15 jours d' interdiction avec sursis
Sd7785 **29/05/2002** Rédaction de certificats dans lesquels le praticien ne se limite pas à décrire l'état de santé de sa patiente, à qui la garde de son enfant venait d'être retirée, mais émet des opinions sur le comportement et le profil psychologique de son mari, qu'il n'a jamais rencontré, ainsi que sur l'attitude qualifiée d'odieuse de ses beaux-parents.	30 jours d' interdiction	8 jours d' interdiction avec sursis
Sd7795 **22/01/2002** Certificat remis à la mère d'un enfant mentionnant que "le motif de la consultation portait sur une suspicion d'attouchements sexuels de la part du père" et que les propos tenus paraissaient plausibles, nécessitant une enquête policière. Imputations dont le praticien ne pouvait prouver la véracité.	15 jours d' interdiction	8 jours d' interdiction
Sd7906 **09/01/2002** Dans un certificat remis aux grands-parents d'un enfant, a rapporté, sans se les approprier, les observations de ces derniers mais ne pouvait, sous sa propre responsabilité, attribuer le comportement de l'enfant à une menace perçue par celui-ci sur la zone génitale ou anale. Devait adresser le document, qui avait le caractère d'un signalement, à l'autorité judiciaire et non le remettre à un grand-parent.	1 mois d' interdiction	15 jours d' interdiction
Sd7824 **06/12/2001** Certificat délivré à une patiente relevant que l'époux de celle-ci, qu'il n'avait pas examiné, était atteint de troubles du comportement qui pouvaient être dangereux.	8 jours d' interdiction	Blâme
Sd7935 **23/10/2001** A établi une "attestation", en sa qualité de psychiatre, décrivant, les troubles de la personnalité dont sa belle-sœur, en instance de divorce, serait atteinte sans l'avoir examinée.	3 mois d' interdiction	15 jours d' interdiction
Sd7655 **18/09/2001** Rédaction d'un 1er certificat qui, même s'il invitait une mère à s'en tenir strictement aux modalités du droit de garde de son époux à l'égard de leur enfant, s'écartait de la neutralité qu'un praticien doit observer dans les affaires de famille. Remise d'un second certificat relatant de graves accusations de l'enfant contre son père et s'étonnant du désinvestissement du père quant à la prise en charge médicale de son enfant.	2 mois d' interdiction	1 mois d' interdiction
Sd7778 **12/07/2001** Remise, à une mère en instance de divorce, de 2 certificats présentant un caractère tendancieux par les accusations portées contre le père de l'enfant en cause alors que rien ne permettait au praticien de porter de telles accusations.	3 mois d'interdiction	

Sd7516 **29/03/2001** Manquement à l'obligation de prudence en remettant à une patiente une lettre destinée à une autorité judiciaire, afin de faciliter l'aboutissement d'une procédure de changement de nom. Lettre accusant le père de cette patiente, qu'il n'avait jamais rencontrée, d'avoir fait subir à cette dernière des sévices sexuels. Lettre ne présentant pas le caractère d'un signalement à l'autorité judiciaire.	3 mois d' interdiction	1 mois d' interdiction
Sd7428 **28/02/2001** Rédaction d'un certificat rapportant les inquiétudes d'une mère au sujet de l'attitude du père de son fils et des réactions de ce dernier en portant des appréciations sur le comportement du père que le praticien n'avait jamais rencontré. Le praticien, s'il le jugeait utile, pouvait alerter le juge aux affaires matrimoniales de la situation.	Avertissement	
Sd7323 **20/12/2000** Manque d'objectivité en prenant parti dans un conflit conjugal dans le but de conforter la position de sa patiente pour la garde d'un enfant. Rédaction d'un certificat ne se bornant pas à émettre une opinion divergente des constatations d'un expert.	Blâme	
Sd7335 **06/12/2000** Certificat rédigé dans le but de protéger un enfant, mais constituant une immixtion dans les affaires de famille en conseillant à une mère de suspendre l'exécution d'une décision de justice organisant la garde de son enfant.	Avertissement	
Sd7357 **09/11/2000** Remise à une patiente d'un certificat décrivant son état psychique et attestant qu'il aurait pour origine des faits mettant en cause un confrère qui l'employait et dont le praticien ne pouvait contrôler la véracité. Certificat produit devant une instance prud'homale engagée par la patiente contre son employeur	Avertissement	
Sd7629 **08/11/2000** A remis à un père un certificat portant une appréciation sur le risque de l'effet de perturbations psycho-affectives chez son ex-compagne sur sa fille. Certificat établi dans le cadre d'une instance judiciaire pour la garde de l'enfant. Au cours de la consultation, en présence d'une amie du père a relaté l'état d'excitation constaté chez la mère lors d'une visite de cette dernière ainsi que les propos menaçants qu'elle aurait tenus. Aurait dû, s'agissant des menaces, alerter le parquet et s'agissant de l'enfant, alerter les autorités administratives	3 ans d'interdiction	
Sd7169 **05/07/2000** Certificat rédigé pour les besoins d'un litige opposant une patiente à son ex-mari pour la garde des enfants, portant une appréciation sur l'attitude de l'ex-mari et prenant parti pour sa patiente. Il appartenait au praticien d'alerter directement les autorités judiciaires s'il estimait que la santé de la mère ou des enfants courait un risque particulier en cas de modification de leur garde.	Blâme	
Sd7081 **25/05/2000** Parents en désaccord sur la continuation par le médecin du traitement psychothérapique de leur enfant. Le médecin en refusant de se retirer n'a tenu compte que de l'opinion de la mère sur le choix du thérapeute et s'est immiscé dans les affaires de famille. S'il estimait que l'état de santé de l'enfant était mis en danger par ce désaccord et en l'absence de réponse du procureur auquel il avait signalé l'affaire, il lui appartenait de saisir le juge des enfants en assurant provisoirement la continuité des soins. Dans une lettre adressée à la mère de l'enfant, le médecin a repris les termes du signalement qu'il avait adressé au Procureur, ajoutant que les souffrances de l'enfant étaient liées au comportement de son père. La lettre par son contenu et son destinataire avait le caractère d'un certificat médical, utilisé par la mère de l'enfant contre son mari dans la procédure de divorce.	1 mois d' interdiction	Blâme

Sd7386 **25/05/2000** Dans une lettre adressée à une mère, a décrit les qualités de celle-ci, présenté de façon péjorative le comportement de son mari, les jugements portés par les enfants sur leur père en présence de leur mère et a affirmé sur la seule foi des déclarations de la mère et des enfants que les souffrances psychiques éprouvées par ceux-ci sont suscitées par leur père. Certificat utilisé dans le cadre d'une procédure de divorce.	1 mois d' interdiction	15 jours d' interdiction
Sd7189 **19/01/2000** A remis au mari d'une patiente, en cours de divorce, un certificat déclarant qu'il avait soigné son épouse pour syndrome dépressif endogène chronique.	6 mois d' interdiction	4 mois d' interdiction
Sd7353 **05/01/2000** Certificat remis à la mère d'un enfant et destiné au juge des affaires matrimoniales. Le certificat aurait du se borner à mentionner les constatations médicales faites par le médecin et ne devait pas prendre parti contre le droit d'hébergement par le père. Si le praticien jugeait dangereux de laisser la garde au père en attendant le résultat de l'expertise psychiatrique des parents, il devait faire part de son opinion directement au juge chargé de se prononcer sur la garde.	Blâme	
Sd7218 **06/07/1999** Manquement au devoir de prudence et de circonspection. Remise à un père, en conflit avec son épouse, d'un certificat affirmant que les troubles constatés sur son fils sont imputables à des agressions sexuelles et physiques de sa mère. Faits présentés comme avérés et non comme vraisemblables, mais non médicalement constatés.	1 mois d' interdiction	Blâme
Sd7219 **06/07/1999** Manquement au devoir de prudence et de circonspection : a remis à la mère d'un enfant, en conflit avec le père, un certificat concluant que les propos tenus sur ce dernier et l'état d'excitation de l'enfant étaient "en relation avec des attouchements sexuels subis". Faits présentés comme avérés et non comme vraisemblables, mais non médicalement constatés.	3 ans d' interdiction	Blâme
Sd7221 **06/07/1999** Manquement au devoir de prudence et de circonspection Remise à une mère, en conflit avec son époux, de certificats médicaux relatant les propos de l'enfant et décrivant les symptômes présentés et mettant en cause le comportement d'exhibition sexuelle incestueuse de son père. Faits présentés comme avérés et non comme vraisemblables, mais non médicalement constatés.	3 ans d' interdiction	15 jours d' interdiction
Sd5773 **21/01/1998** Remise à l'avocat d'une mère en instance de divorce de deux certificats faisant état de constatations et de déclarations d'une enfant de 5 ans sur les attouchements sexuels dont elle aurait été l'objet de la part de son père, prenant parti sur le droit de visite du père et accusant la famille paternelle d'entretenir un climat incestueux. Certificats ayant eu un effet sur l'appréciation portée par le juge pénal. Poursuites antérieures pour des faits analogues.	6 mois d' interdiction	3 mois d' interdiction

2. Secret professionnel hors certificat : 4 dossiers

Cdn10721 **06/05/2011** Violation du secret professionnel : Parution d'un ouvrage qui relate son expérience de psychiatre ayant conduit l'expertise psychiatrique d'un certain nombre de criminels célèbres dont M. Ramirez Sanchez dit Carlos, Guy Georges et M. Joffo.	3 mois d' interdiction avec sursis	3 mois d' interdiction
Cdn10420 **21/07/2010** Informations sur des tiers (entourage du patient) figurant dans le compte rendu d'hospitalisation et non dans les notes personnelles.	Blâme	Avertissement
Sd9095 **13/06/2005** A révélé à 2 patientes des informations sur les relations qu'elles entretenaient avec un même homme. Le praticien ne pouvait s'affranchir du secret professionnel au motif qu'il estimait agir dans l'intérêt de ses patientes. A interféré dans leur vie privée au-delà de ce qu'imposait son activité médicale.	3 mois d' interdiction	3 mois d' interdiction dont 2 avec sursis
Cdn9705 **06/12/2007** Non respect du secret professionnel : Est intervenu à une émission TV avec des personnes atteintes de troubles psychiques, victimes d'addiction affective, de troubles du comportement alimentaire, de troubles obsessionnels compulsifs et de dysharmonie en couple). Livrait son avis médical pour chacun des cas et engageait avec chacune des personnes un dialogue comparable à une consultation de psychiatrie. Manière de procéder qui le caractère d'une consultation médicale puisque s'adressant à des personnes atteintes de véritables troubles et que le médecin avait accepté d'établir pour chacune d'elles un diagnostic médical assorti, le cas échéant, d'indications thérapeutiques.	Rejet de la plainte	Blâme

3. Secret professionnel et immixtion dans les affaires de famille (hors certificats) : 4 dossiers

Cdn10634 **30/11/2010** Praticien ayant pris à son compte les confidences d'une patiente et poursuivi les consultations dans le but de la convaincre au mariage, en intervenant personnellement auprès de son employeur, de sa famille et de ses proches en révélant ses faiblesses et un présumé état suicidaire. Une sanction d'un an d'interdiction d'exercer a été prononcée par le tribunal correctionnel avec amende de 10 000 euros dont 5 000 euros avec sursis pour manquement au secret professionnel.	3 mois d'interdiction, dont 2 mois avec sursis	
Cdn10294 **16/03/2010** A reçu en consultation, le plaignant et sa compagne pour une thérapie de couple A ensuite, ou parallèlement, reçu séparément chacun des membres de ce couple avant que ceux-ci cessent la vie commune. Suite à la révélation par la compagne du plaignant de soupçons relatifs à la consultation par son compagnon de certains sites informatiques, le praticien a accepté de conserver une disquette comportant des informations à ce sujet avant que sa patiente ne décide de la remettre à la police.	3 mois d' interdiction dont 2 mois avec sursis	3 mois d' interdiction dont 1 mois avec sursis
Sd7721 **07/11/2001** A la demande de sa cliente, formulée par téléphone, a adressé par télécopie à l'avocat de celle-ci un certificat manquant volontairement d'objectivité sur cette cliente, atteinte d'une pathologie psychiatrique, et relatant une déclaration de celle-ci sur le comportement du père dans le seul but de donner à l'avocat un argument supplémentaire pour faire écarter la garde de l'enfant par le père. A usé, au surplus, d'un procédé de transmission qui n'offre aucune garantie de confidentialité.	Blâme	
Sd7475 **11/04/2001** Remise à l'épouse d'un patient d'un certificat décrivant les troubles observés chez celui-ci et le traitement prescrit. Méconnaissance de l'article 4 du code de déontologie. Immixtion dans les affaires de famille en émettant des hypothèses sur l'origine des coups et blessures alléguées par l'épouse alors qu'il ne pouvait ignorer l'existence d'une procédure de divorce. Violation de l'article 51 du code de déontologie	15 jours d' interdiction	8 jours d' interdiction

4. Comportement avec un patient à connotation sexuelle : 24 dossiers

Cdn11837 **24/09/2014** Echange de 70 SMS avec un patient sans caractère thérapeutique, en partie à l'initiative du praticien (en période de congé, la nuit).	Blâme	Blâme
Cdn11370 **06/03/2013** Relations sexuelles entre un praticien et sa patiente, en partie ayant eu lieu au cabinet du médecin Situation de dépendance de la patiente présentant un état dépressif.	3 mois d' interdiction dont 1 mois avec sursis	Radiation
Cdn11307 **09/01/2013** A imposé à plusieurs reprises des relations sexuelles à une patiente qu'il suivait à la suite d'une dépression et de troubles bipolaires, la violant ainsi plusieurs fois. Consultations poursuivies en raison de l'emprise exercée par le praticien, et de la peur de la patiente d'être à nouveau hospitalisée d'office.	Radiation	
Cdn10488 **29/06/2010** Pratiques étrangères à un traitement psychiatrique normal et imposées à des patientes en situation de faiblesse : a proposé à deux patientes, sous le couvert d'une technique dite de «rolfing», un «traitement» par palpation et attouchements ayant comporté de véritables attouchements sexuels, l'une des patiente ayant été une fois contrainte de se déshabiller entièrement.	1 an d' interdiction dont 6 mois avec sursis	2 ans d' interdiction dont 1 an avec sursis
Cdn10043 **05/02/2009** Relations sexuelles avec une patiente. Comportement de nature à déconsidérer la profession compte tenu de l'état de fragilité psychique où la patiente se trouvait et de la position d'autorité qui était celle de ce psychiatre à son égard, en admettant même que les relations n'aient commencé qu'après la fin de la période de suivi, et n'aient pas immédiatement été rendues publiques	6 mois d'interdiction, dont 3 mois avec sursis	
Cdn9827 **04/02/2009** Accusations d'une patiente portant sur des attouchements et des propositions de relations sexuelles à l'issue de séances de psychothérapie. Intime conviction de la chambre qui reconnaît le praticien coupable des faits reprochés. Les faits s'étant déroulés sans témoin, aucune preuve irrécusable ne peut être apportée à ce sujet. En l'absence du praticien à l'audience, la plaignante a emporté la conviction des juges de première instance. Les deux protagonistes vivant à l'étranger, la chambre nationale leur a envoyé à un questionnaire détaillé auquel ils ont chacun répondu, le praticien niant les faits et sa patiente confirmant ses accusations en une dizaine de pages de façon extrêmement circonstanciée, précise et cohérente.	Radiation	
Cdn9691 **30/10/2007** Alors âgé de 63 ans, a débuté une relation amoureuse, qui a duré 15 mois, avec une patiente âgée de 22 ans, qu'il suivait depuis 4 ans en tant que neuro-psychiatre. Absence de violence physique mais ne lui a plus demandé d'honoraires à compter du début de leur liaison. Rencontres ayant eu lieu exclusivement à son cabinet professionnel. La patiente, mariée et mère de famille, a été profondément déstabilisée psychologiquement et culpabilisée par cette liaison établie dans des conditions liées à la pratique médicale du requérant. A utilisé l'ascendant de son âge et de sa profession sur une patiente dont il était informé de la fragilité et de la vulnérabilité	Blâme	6 mois d' interdiction
Cdn9637 **10/07/2007** A détenu et diffusé, en faisant usage du réseau de télécommunication, des photos à caractère pornographique mettant en scène des enfants.	24 mois d' interdiction dont 21 avec sursis	Radiation
Sd9469 **06/02/2007** A eu recours à une technique de «contactothérapie» ou «thérapie corporelle» sur une patiente, non seulement en qualité d'ami personnel mais en sa qualité de médecin. Thérapie consistant à prendre la patiente dans ses bras puis à l'embrasser, à la faire allonger sur un canapé et à s'allonger lui-même à côté d'elle, voire sur elle, en la caressant et en l'embrassant tout en accompagnant ces actes d'un langage de thérapeute.	6 mois d'interdiction	

Sd9190 **12/01/2006** Plainte de 2 patientes contre un psychiatre avec lequel elles ont eu des relations intimes remontant à 25 ans et 15 ans. Relations qui, alors même qu'elles auraient eu lieu à la fin du traitement, ont été établies dans des conditions étroitement liées à la pratique médicale de l'intéressé. A agi au travers de l'ascendant qu'il exerçait sur des patientes dont il devait pouvoir mesurer la fragilité.	Radiation	6 mois d' interdiction dont 4 mois avec sursis
Sd9146 **25/10/2005** A entretenu une relation amoureuse avec la femme du plaignant, ce dernier ayant exposé les faits précis et circonstanciés à l'audience en son absence. Relation initiée dans les locaux professionnels du praticien lors d'une thérapie d'une durée d'un an et prolongée pendant 6 ans. Simultanément le mari, plaignant, était suivi pour une thérapie par ce même praticien.	1 mois d'interdiction	
Sd8875 **22/09/2004** Relations intimes établies entre une patiente et le praticien dans le cadre d'une thérapie, ce dernier acceptant de l'héberger dans un logement vacant. Absence de violence ou contrainte et cessation du suivi mais a agi au travers de l'ascendant qu'il exerçait sur une patiente dont il devait pouvoir mesurer la fragilité.	3 mois d' interdiction	3 mois d' interdiction dont 2 mois et demi avec sursis
Sd8642 **18/11/2003** A entretenu des relations sexuelles avec des patientes en situation difficile. Deux d'entres elles n'étaient plus ses patientes au moment où les relations ont commencé. A entretenu des relations sexuelles avec la 3ème alors qu'il lui prodiguait des soins. L'aide apportée alors qu'elle était en difficulté financière ne diminue pas sa responsabilité. A ainsi usé de sa position en mélangeant abusivement sa vie privée et sa vie professionnelle.	Radiation	1 an d' interdiction décision exécutoire
Sd8653 **06/11/2003** A eu à, l'égard de mineurs, une attitude qui dépassait son rôle de pédopsychiatre : fréquence inhabituelle des examens qui avaient le caractère d'attouchements répétés.	Radiation	
Sd8309 **15/05/2003** A rencontré une patiente dans une clinique psychiatrique alors qu'il était médecin de garde. A sa sortie de l'hôpital a suivi la patiente pour une thérapie sans lui demander d'honoraires. A noué des relations intimes qui ont été établies dans des conditions étroitement liées à sa pratique médicale. Absence de contrainte et de violence, mais a agi au travers de son ascendant sur une personne dont il devait pouvoir mesurer la fragilité.	3 ans d' interdiction	6 mois d' interdiction dont 4 mois avec sursis
Sd8317 **15/05/2003** A noué des relations intimes avec une patiente venue le consulter en vue d'une analyse et dont il percevait des honoraires. Relations étroitement liées à sa qualité de médecin. Même en l'absence de contrainte ou de violence et en présence de sentiments sincères, a agi au travers de son ascendant sur une personne dont il devait pouvoir mesurer la fragilité.	6 mois d' interdiction	3 mois d' interdiction dont 2 mois avec sursis
Sd8307 **17/12/2002** A noué une relation sexuelle avec une patiente, dont il n'était pas le thérapeute habituel mais qu'il avait occasionnellement accueillie dans un groupe de thérapie.	Blâme	
Sd7879 **24/01/2002** Après avoir traité une patiente pendant plusieurs années pour dépression profonde, a établi des relations intimes avec elle dans des conditions étroitement liées à sa pratique médicale.	3 mois d' interdiction	1 mois d' interdiction
Ce202445sd **15/06/2001** A établi au moins avec deux plaignantes, des relations sexuelles à l'occasion de l'exercice de son activité médicale.	3 ans d'interdiction	
Ce196204sd **08/12/2000** Relations intimes d'un psychiatre avec une patiente en cours de psychothérapie. Même de courte durée et avec le consentement de la patiente, comportement répréhensible en raison de son ascendant moral.	4 mois d'interdiction	

Sd7541 **10/10/2000** Relations sexuelles avec une patiente que le praticien faisait passer pour démarche thérapeutique. L'impuissance alléguée du praticien n'est pas justifiée par le seul témoignage de son épouse et par les documents médicaux produits. Témoignages concordants d'autres patientes montrant qu'il cherchait à établir, sous couvert de thérapie, des relations à connotation sexuelle.	Radiation	
Sd6779 **07/10/1998** Relations sexuelles avec des patientes atteintes de troubles psychiatriques dans le cadre de son activité médicale. Les investigations qui confirment les descriptions précises d'une plaignante sur des particularités physiques du praticien accréditent les accusations portées contre lui. Connaissance par les plaignantes de renseignements médicaux concernant d'autres patientes du praticien. Confusion entretenue par le praticien entre ses relations médicales, sociales et sexuelles. Atteinte au secret professionnel.	Radiation	3 ans d' interdiction
Sd6564 **03/03/1998** Relations sexuelles avec une patiente en cours de psychothérapie. Abus de pouvoir sur une personne psychiquement fragile. Le respect que le médecin doit à la malade lui commande de la protéger contre elle-même en refusant de céder à ses avances. Absence de grief pour avoir répondu à un journaliste : n'a pas révélé le nom de la patiente et n'a pas diffusé d'informations autres que celles de la décision affichée à la mairie.	2 mois d' interdiction	4 mois d' interdiction

5. Compétence professionnelle : 5 dossiers

Fr183 **16/02/2012** Ecrits du praticien laissant entrevoir une confusion d'esprit et des éléments de nature délirante, laissant ainsi présumer un état pathologique rendant dangereux l'exercice de la médecine.	Suspension jusqu'à la constatation de l'aptitude à exercer par une expertise	
Sas4706 **08/12/2009** Demande de relèvement d'incapacité à la suite d'une sanction pour des manquements que le praticien attribue à une période de dépression et d'addiction alcoolique dont il est actuellement sorti grâce à un suivi médical efficace constaté par expertise. Le non paiement de sommes minimes auprès de l'assurance maladie et d'assurés sociaux, n'est pas de nature à faire douter de ses promesses en ce qui concerne le respect de la déontologie médicale	Rejet de la demande de relèvement d' incapacité	Relèvement d' incapacité
Sd378 **06/10/2005** Conclusion d'une expertise en faveur de l'aptitude du praticien à exercer sous réserve d'un suivi psychothérapeutique. L'aptitude ne peut être prononcée par le conseil de l'ordre, cette réserve n'étant pas prévue par le code de la santé publique.	1 an de suspension	
Ce274431sd **08/07/2005** La circonstance que le praticien ait purgé sa peine, pour s'être rendu coupable en 1987 du meurtre de sa fille, ne fait pas obstacle à un refus d'inscription au tableau	Rejet de la demande d'inscription	
Sd301 **09/05/2001** Médecin retraité souffrant d'altérations cognitives rendant dangereux l'exercice de la médecine	Demande de suspension sans objet	5 ans de suspension

6. Comportement du professionnel (hors comportement à connotation sexuelle) : 15 dossiers

Cdn11084 **02/02/2012** Propos grossiers et insultants à l'encontre de la directrice d'une clinique psychiatrique. Propos de nature à déconsidérer la profession.	3 mois d'interdiction, dont 2 avec sursis	
Cdn10486 **11/05/2010** Responsable du pôle de psychiatrie générale d'un centre hospitalier, a organisé une confrontation entre deux patientes. Ne peut être tenu pour responsable de la gifle donnée par l'une à l'autre de ces patientes. Le geste réflexe par lequel il a rendu à l'une des patientes la gifle que celle-ci lui avait donnée au cours de cette confrontation n'a pas le caractère d'un acte de maltraitance mais justifie, en tenant compte de sa fonction de directeur d'un service réputé difficile, la sanction du blâme.	3 mois d' interdiction dont 2 mois avec sursis	Blâme
Cdn10424 **22/02/2010** S'est rendu coupable, en état de récidive, de coups et blessures volontaires ayant entraîné une incapacité supérieure à 8 jours sur un artisan qui procédait à des travaux de peinture sur le parking d'un immeuble dans lequel le praticien possède des appartements. Constatation par le juge pénal de faits qui s'imposent au juge disciplinaire (condamnation à 2 mois d'emprisonnement par le tribunal correctionnel pour ces faits) ; faits constituant un manquement grave au devoir de moralité, bien que commis en dehors de l'activité médicale.	Blâme	2 mois d' interdiction
Cdn9723 **24/01/2008** Dans le cadre d'un différend d'ordre privé, a adressé à l'ensemble des copropriétaires de l'immeuble où elle résidait une lettre où elle déclarait que le syndic avait un comportement qui «relève de la pathologie», assurant que son métier de médecin psychiatre lui permettait «de repérer les limites de la normalité en matière de comportement».	Rejet de la plainte	Avertissement
Cdn9623 **06/09/2007** Manquement à l'organisation de la continuité des soins : s'est borné à téléphoner au psychiatre qui suivait une patiente sans prendre de précautions particulières pour la préparer à un départ rapide de la clinique où travaille le praticien mis en cause.	Avertissement	
Cdn9581 **13/07/2007** Défaut d'exécution des clauses financières d'un contrat de cession de cabinet médical : s'est engagé à verser à un confrère une indemnité de cession de cabinet de 700.000 francs, puis a interrompu tout versement au bout de 22 mois.	1 an d' interdiction avec sursis	3 mois d' interdiction avec sursis
Sd9219 **16/01/2006** Admission dans une clinique psychiatrique d'un handicapé mental léger qui n'a pu recevoir la visite de ses sœurs pendant 15 jours. Passé ce délai, ces dernières ont constaté un état psychique et une présentation physique laissant à désirer, alors qu'il appartenait au praticien de veiller à ce que les soins infirmiers et hôteliers lui soient prodigués et de donner au personnel les instructions nécessaires à cet effet. En ne s'entretenant avec les sœurs sur l'état du malade qu'au détour d'un couloir le praticien ne leur a pas accordé à toute l'attention qui leur était due. Sorti de l'établissement moyennant une décharge, le malade a été hospitalisé dans une autre clinique alors qu'il souffrait de déshydratation et d'une pneumopathie non traitée.	Blâme	
Sd8178bis **03/03/2005** A adressé une lettre personnelle au directeur d'une caisse et une lettre ouverte au président de ladite caisse et à un syndicat. Lettres dont le praticien reconnaît le caractère outrancier, contraires à la déontologie.	Rejet de la plainte	Avertissement
Sd8924 **07/10/2004** A refusé de répondre à 3 correspondances, dont 1 sous pli recommandé, du conseil départemental saisi d'une plainte dirigé contre elle.	2 mois d' interdiction avec sursis	Avertissement

Sd8654 **22/10/2003** A laissé un flacon entier de Laroxyl à une personne qui dormait chez elle, et dont elle connaissait la fragilité et l'état dépressif. Cette dernière en a avalé le contenu entier, ce qui a provoqué son décès. A fait preuve d'un certain affolement et a tout d'abord cherché des soins à l'extérieur au lieu de lui pratiquer les gestes que sa qualité de médecin lui permettait.	6 mois d'interdiction	
Sd7982 **17/09/2002** A déversé de l'ammoniaque à proximité de l'habitation de ses voisins, a mensongèrement dénoncé aux gendarmes une agression dont il accusait ce même voisin, s'est rendu coupable de délit d'outrage à une personne dépositaire de l'autorité publique par une dénonciation calomnieuse d'autres faits concernant la même personne Les faits ont été retenus par le juge pénal. Ils ont été commis en dehors de l'exercice de la profession qui ont été de nature à déconsidérer celle-ci.	Avertissement	
Sd7932 **30/05/2002** A refusé de communiquer, à une personne qu'il avait examinée à titre de tierce-expertise, les conclusions de son rapport quant à l'incapacité dont elle était atteinte. A refusé de répondre aux demandes du conseil départemental saisi de cette affaire.	Rejet de la plainte	Avertissement
Sd7365 **20/12/2000** Manquement à la confraternité : pouvait faire part au conseil départemental, dont il était en droit d'attendre une conciliation, des singularités qu'il avait relevées dans les rapports des experts des compagnies d'assurance ayant examiné sa patiente, mais a commis une faute en communiquant son appréciation au président de la cour d'appel.	8 jours d' interdiction	Avertissement
Sd7090 **03/05/2000** Les termes employés par le médecin dans une lettre, non rendue publique, adressée au président de son conseil départemental ne justifiaient pas une peine supérieure au blâme	8 jours d' interdiction	Blâme
Sd7005 **02/03/2000** A confié à une patiente, qu'il suivait dans le cadre d'une psychothérapie, des travaux non rémunérés liés aux publications qu'il préparait. A manqué à son obligation de n'agir que dans l'intérêt du patient dont il assure le traitement.	Blâme	
Cdn11108 **28/02/2013** Manquement à la confraternité : suite à l'expulsion de son lieu d'exercice professionnel (sur décision de justice), la praticienne poursuivie a fait irruption dans le cabinet et perturbé la consultation d'une consœur. A quitté les lieux suite à un appel aux forces de l'ordre	15 jours d'interdiction avec sursis	

7. Honoraires / cotations / abus d'actes de soins, actes fictifs / non acquittement de frais : 31 dossiers

Cdn10974 **05/01/2012** Praticien ayant effectué une moyenne de 3 consultations par semaine pour une majeure protégée, fréquence non justifiée par son état de santé ou par l'accord donné par le médecin conseil. Facturation de 90 € par consultation et 150€ en cas de visite à domicile. Immixtion dans la vie privée avec utilisation de son ascendant : le médecin louait à la patiente un logement appartenant aux locaux d'une association dont il était membre.	Radiation
Sas4760 **02/02/2011** Pour plusieurs patients pris en charge à 100 % et en tiers payant, s'est fait rembourser deux consultations de psychiatrie à des dates différentes alors qu'une seule est effectuée, faisant subir à la caisse un préjudice s'élevant 10 417,12 Euros.	6 mois d'interdiction, dont 4 mois avec sursis
Sas4621 **11/05/2010** Exercice pendant période d'interdiction : Certains actes n'ont pas été accomplis par la praticienne elle-même mais par un remplaçant dont le contrat de remplacement comportait une clause prévoyant que 30 % des honoraires perçus lui soient versés.	1 mois d'interdiction + révocation du sursis de 2 mois

Sas4568 **26/05/2009** - Facturation de 2291 consultations fictives. - A parfois informé les patients que la consultation serait tarifée 80 euros mais que la feuille de soins mentionnerait 2 consultations à 40 euros notamment pour les CMUC et quelques assurés à 100 %. - A fait bénéficier de la procédure du tiers payant à des patients pris en charge à 100 % mais non titulaires de la CMUC et qui ne pouvaient y prétendre. - A mis fin à cette pratique après plusieurs rappels à l'ordre de l'assurance maladie, mais mis en œuvre une procédure irrégulière de "tiers payant déguisé", consistant à dispenser les assurés de l'avance des frais mais à faire signer des feuilles de soins vierges aux assurés, et à leur demander de lui reverser les sommes remboursées par l'assurance maladie.	3 ans d' interdiction + publication pendant 2 mois + 64 183,25 euros de remboursement à la caisse	3 ans d' interdiction avec sursis + 64 183,25 euros de remboursement à la caisse
Sas4400 **17/09/2008** - Facturations de plus de 30 consultations par jour pour des patients hospitalisés dans la clinique où le praticien exerce, auxquelles s'ajoutent des facturations de consultations externes, facturant ainsi plus de 30 actes par jour et dépassant parfois les 40 actes - Honoraires de surveillance facturés sans qu'aucune observation n'ait été faite dans le dossier médical du patient hospitalisé. Faits d'autant plus critiquables que l'attention du praticien avait déjà été attirée sur le fait que la facturation d'un honoraire de surveillance impliquait un examen du patient et une observation médicale dans son dossier	Blâme + publication	
Sas4224 **31/01/2007** - Facturation d'honoraires de surveillance dans un établissement psychiatrique qui n'est pas établie au nom de chaque patient dont le praticien a la charge mais systématiquement au nom de chacun des patients qui occupait les chambres numéros 1 à 10 et dont la surveillance pouvait être effectuée par un autre médecin. - A facturé systématiquement des honoraires de surveillance chaque dimanche alors qu'il n'était présent à la clinique qu'un dimanche sur deux.	4 mois d' interdiction + publication + remboursement à la caisse	4 mois d' interdiction, dont 75 jours avec sursis + publication pendant 48 jours + remboursement à la caisse
Sas4172 **22/11/2006** - A cotés CNPSY x 0,8 des actes non justifiés. - A facturé systématiquement Cx1 cinq jours par semaine la surveillance d'assurés dans des maisons de santé pour maladies mentales sans qu'aucune observation ou mention justifiant des actes médicaux ne figure au dossier médical pour chaque jour et chaque malade. - Manquement à l'obligation de mentionner au dossier médical des patients un résumé écrit à chaque consultation. - N'a pas établi le compte rendu d'hospitalisation qui doit figurer au dossier médical du patient à la fin de son séjour à l'hôpital ou n'a pas accompagné ce document, sur lequel n'apparaît ni date ni signature, des prescriptions établies à la sortie.	Rejet de la plainte	1 mois avec sursis
Sas4149 **22/11/2006** - A facturé 50 visites pendant une période d'interdiction de 15 jours - Facturation systématique pour certains assurés de 2 visites par semaine, à jour fixe choisi par lui, alors que leur état ne justifiait ni un suivi à domicile ni des consultations à un rythme bihebdomadaire.	3 mois d'interdiction, dont 2 avec sursis + publication pendant 3 mois + remboursement	3 mois d'interdiction, dont 1 mois avec sursis + publication pendant 2 mois

Sd9408 **04/10/2006** Ne s'est pas acquitté de sommes importantes dont il est redevable envers l'URSSAF. Comportement de nature à déconsidérer la profession médicale.	3 mois d'interdiction, dont 2 mois avec sursis	
Sas3995 **15/09/2005** - Facturation d'actes quotidiens de soins complexes cotés CNPSY 0,8 prétendument dispensés au cours des 14 jours non soumis à entente préalable sans que la matérialité de ces actes ne puisse être établie - Facturation systématique d'honoraires de surveillance cotés CX1 sans trace écrite de cette activité et sans justification qu'un acte nécessaire ait été exécuté - Intégration systématique et sans motivation d'un CNPSY de sortie dans la facturation du séjour des malades.	Non lieu à statuer - Bénéfice de l'amnistie	2 mois d' interdiction dont 1 mois avec sursis
Sd9051 **01/06/2005** N'a pas acquitté une dette importante envers l'URSAFF ni les pénalités qui y étaient attachées. Dette survenue suite à un redressement fiscal, ultérieurement rectifié.	3 mois d' interdiction avec sursis	Avertissement
Sd8958 **08/02/2005** Absence de tact et de mesure lors de la fixation du montant des honoraires : - A demandé 3794 euros pour l'établissement d'un rapport d'expertise psychiatrique, réalisé à la demande d'une personne sur les conseils de son avocat, rapport destiné à être produit dans une procédure de divorce. - Ne pouvait ignorer la situation financière délicate de l'intéressé et était en mesure d'apprécier sa fragilité psychologique	15 jours d'interdiction	
Sd8949 **27/01/2005** - Exercice pendant période d'interdiction : a reçu un patient en consultation à plusieurs reprises alors qu'une peine d'interdiction d'exercer lui avait été infligée durant cette période. - A fait payer les consultations en refusant de donner des feuilles de soins au patient et précisant qu'il les établirait ultérieurement, sans le prévenir qu'il était frappé d'une suspension d'exercice. - Prétend avoir reçu le patient en qualité de psychanalyste alors que celui-ci présentait une pathologie nécessitant un suivi médical que le praticien a effectué en qualité de médecin psychiatre.	1 mois d'interdiction	
Ce256032sas **27/10/2004** - Signature systématique de tous les bordereaux 615 concernant les patients hospitalisés sans porter aucune des indications prévues permettant d'identifier les cas où les actes avaient été réalisés par d'autres praticiens - A attesté avoir accompli personnellement des actes qui avaient été effectués par d'autres praticiens et a procédé avec ces derniers à un partage d'honoraires alors qu'en l'absence de contrat écrit, ils n'étaient pas associés et ne pouvaient être employés pour son compte en tant qu'assistant en l'absence de dérogation.	3 mois d'interdiction avec sursis + publication pendant 3 mois	
Sd8833 **07/07/2004** - Utilisation délibérée et répétitive de la carte vitale d'une épouse, bénéficiant du tiers payant et du remboursement à 100%, au profit de son mari qui ne bénéficiait que du remboursement à 100%. - N'a pu fournir un récapitulatif du nombre de consultations et de visites aux deux époux sur une durée de 5 mois. - Au lieu d'utiliser quotidiennement un système pour télé-transmettre les feuilles de soins, les regroupait toutes les 4 ou 6 semaines en ayant des difficultés à retrouver les dates des prestations concernées. Mode d'exercice anarchique et comportement anormal de nature à déconsidérer la profession.	3 mois d' interdiction	3 mois d' interdiction dont 2 mois avec sursis

Sas3876 **25/05/2004** - Consultations non justifiées à un rythme égal ou supérieur à une consultation tous les 2 jours. - Facturation de visites fictives chez une patiente hospitalisée - Facturation d'actes fictifs avec majorations injustifiées. - Etablissement de doubles facturations pour des visites. - Praticien déjà sanctionné pour des comportements similaires	1 an d'interdiction dont 6 mois avec sursis + remboursement	
Sas3808 **15/04/2004** - Nombre de patients traités dans une même journée pouvant atteindre 48, le temps consacré pour chacun d'eux étant compris entre 5 et 15 minutes. - Plusieurs étant reçus en même temps dans des pièces séparées, le praticien n'a pu procéder à des psychothérapies individualisées. - Comportement contraire à l'article 32 du code de déontologie relatif aux soins consciencieux et dévoués	2 mois d'interdiction dont 1 mois avec sursis	
Sas3666 **02/04/2003** Suspendu pour une période de 2 mois par la section disciplinaire, a continué son activité de psychanalyse et antidaté des feuilles de soins et des ordonnances délivrées pendant cette période.	Saisine directe de la SAS du CN	2 mois d' interdiction + publication pendant 2 mois
Ce224875sd **19/02/2003** Non paiement des cotisations à l'URSSAF depuis plusieurs années, sans user des voies de droit ouvertes contre les actes de recouvrement. Manquement à la probité et comportement de nature à déconsidérer la profession.	2 mois d'interdiction	
Sas3664 **11/02/2003** - Signature systématique par un psychiatre, directeur médical d'une clinique, des bordereaux 615 sans porter aucune des indications prévues permettant d'identifier les cas ou les actes réalisés par d'autres psychiatres. Atteste ainsi avoir accompli personnellement des actes qui l'ont été par d'autres. - En l'absence de contrat écrit, exercice irrégulier de ces psychiatres. - Les médecins n'étant pas associés, l'intéressé ne pouvait procéder à un partage d'honoraires, ni employer ses confrères pour son compte. - Médecins inconnus du service médical de la caisse dont l'un n'a pas reçu d'autorisation d'exercice en France.	3 mois d'interdiction avec sursis + publication pendant 3 mois	
Sas3592 **17/12/2002** - Cotation d'actes de prise en charge intensive en K15 ou CNPSY 0,8 en l'absence de dossier de suivi médical et cotation d'actes de surveillance en C (ou CNPSY) sans trace écrite de la réalité des examens ou des soins prodigués. Facturations rejetées à bon droit par le service médical. - Signature de feuilles de soins concernant des jours où le praticien était absent et certification d'actes qu'il n'a pas réalisés.	1 mois d' interdiction avec sursis, + publication pendant 1 mois	90 jours d' interdiction dont 75 avec sursis
Sd8293 **17/12/2002** A employé une patiente à titre de secrétaire, puis de consultante, sans concrétiser par un contrat les relations professionnelles ainsi nouées.	3 mois d'interdiction, dont 1 mois avec sursis	
Sas3545 **11/09/2002** Dépassement du plafond de cotation de 30 consultations quotidiennes au titre des honoraires de surveillance médicale dans le cadre d'un exercice en maison de santé pour maladies mentales - A convenu avec son remplaçant que chacun d'eux conserverait la moitié des honoraires correspondant aux actes du remplaçant, par simple commodité comptable - Facturation à leurs noms respectifs de la moitié des actes en cause	3 mois d' interdiction + publication pendant 3 mois + remboursement	2 mois d' interdiction + publication pendant 2 mois + remboursement

Sas3588 **25/06/2002** A dispensé des soins à 24 assurés pendant une période d'interdiction d'un mois. Le praticien ne peut invoquer la continuité des soins, ainsi que sa participation au tour de garde, ayant eu le temps suffisant pour se dégager de ses missions. Aucune situation d'urgence n'a été établie.	6 mois d'interdiction dont 3 avec sursis + publication pendant 3 mois + remboursement	
Sas3514 **30/04/2002** Facturation de consultations de psychiatrie non réalisées : tout rendez-vous manqué sans avoir prévenu 48 h à l'avance est facturé la fois suivante, sans être reporté, en plus de la consultation effective. Pratique établie dans le cadre d'un "contrat moral" avec les patients, contrat dans lequel la caisse n'est pas partie.	Rejet de la plainte pour irrégularité	1 mois d'interdiction dont 15 jours avec sursis
Ce203958sas **21/11/2001** Cotation systématique et quotidienne d'un C pour chaque patient d'une maison de santé placé sous la responsabilité du médecin de surveillance. Facturation réservée aux seuls malades pour lesquels un acte médical répondant à une nécessité thérapeutique a été exécuté.	2 mois d'interdiction dont 1 mois avec sursis + publication	
Sas3049 **30/01/2001** - Rendez-vous donnés par une secrétaire ou un technicien pour des électro-encéphalogrammes, des enregistrements prolongés au « médilog » et des polygraphies du sommeil sans intervention préalable repérable du praticien mais suivant un protocole d'examens qu'il avait mis en place - Actes d'électro-encéphalogramme réalisés par une personne qualifiée mais en dehors de la présence du médecin - Cotations d'honoraires pour exigences particulières à l'occasion de polygraphies de sommeil ne correspondant pas à des circonstances exceptionnelles de temps et de lieu dues à une exigence particulière du patient. - Majoration de dimanche concernant des électro-encéphalogrammes réalisés pour des commodités pratiques et non pour des raisons médicales. - Cotation K70 de "médilogs" pour des patients non intransportables.	Blâme + publication	
Sd7476 **12/10/2000** - Dette de 1 934 677 F à l'URSSAF. Manquement du praticien à ses obligations, imposées par la législation, durant une période prolongée. - Méconnaissance des principes de moralité et de probité et déconsidération de la profession. - Faits justifiant une sanction malgré la proposition du praticien de procéder à des règlements partiels échelonnés. - A déjà fait l'objet d'une précédente mesure disciplinaire.	6 mois d'interdiction	3 mois d' interdiction
Sd7200 **07/06/2000** - Non paiement des cotisations à l'URSSAF par un praticien. - Incompétence de l'Ordre pour se prononcer sur le décompte des sommes dues, mais compétence pour apprécier si le praticien a tenté de se soustraire à ses obligations et ainsi commis une faute au regard de la déontologie. - Atteinte aux principes de la profession et déconsidération de celle-ci.	1 an d'interdiction	2 mois d' interdiction
Sas2821 **05/01/2000** - Facturation d'actes fictifs - Facturation à plusieurs reprises d'un CNPSY à la même date sur deux feuilles de soins distinctes. - Réalisation de consultations en nombre excessif à des dates rapprochées, pour six patients nécessitant un suivi régulier. Nombre qui aurait pu être réduit, limitant ainsi le risque de dépendance. Caractère grave et répétitif des faits, révélant une volonté de fraude.	2 mois d' interdiction + publication	4 mois d' interdiction dont 2 avec sursis + publication
Sas2823 **25/11/1998** Cotation quotidienne en Cx1 pour chaque patient d'une maison de santé sans justification écrite de l'acte médical effectué chaque jour pour chaque malade.	3 mois d'interdiction, dont 2 mois et 15 jours avec sursis	2 mois d'interdiction, dont 1 avec sursis + publication

8. Prescriptions non conformes / infractions à la législation des stupéfiants : 4 dossiers

Sas4615 **09/07/2009** - Prescriptions de SKENAN adressée à trois reprises à un patient sans l'avoir examiné et en facturant trois consultations. - Prescriptions comportant des chevauchements d'ordonnances de Rohypnol et de Tranxène conduisant à majorer les doses d'administration normalement admises, faisant courir un risque aux patients et alimentant une utilisation détournée de ces produits - Prescriptions de Rohypnol à des patients sous Subutex, association dangereuse en raison des risques de dépression respiratoire - Prescriptions de Tranxène sur des ordonnances portant la mention «NR» à des doses supérieures à la posologie maximale et rédaction de deux ordonnances séparées de Subutex® le même jour.	3 mois d'interdiction, dont 2 mois avec sursis + 120 euros de remboursement à la caisse	
Sas4249 **29/01/2008** - Prescriptions de Rohypnol en mentionnant sur certaines le nom d'épouse et sur d'autres le nom de jeune fille, ou un même nom avec un prénom différent alors qu'elles étaient destinées au même patient - Chevauchements de prescriptions de Rohypnol, de Valium ou de Tranxène, dépassant les posologies recommandées - Associations dangereuses de produits entre eux, avec du Subutex ou d'autres hypnotiques, faisant courir aux patients un risque de dépendance. - Prescription de Subutex à des patients non stabilisés sans respecter les règles de la délivrance fractionnée - Prescriptions de médicaments hors du cadre de sa spécialité à des patients toxicomanes, avec parfois des erreurs ou des manquements dans les prescriptions médicamenteuses. L'absence de contact préalable avec les pharmaciens pour certaines ordonnances, quoique préférable, ne peut être reprochée au praticien, aucune disposition obligatoire n'existant à l'époque des faits. Compte tenu du fait que le praticien indique avoir voulu traiter des patients difficiles, présentant des pathologies multiples liées à leur état social et à la précarité de leur situation, le grief d'exercice non exclusif de sa spécialité de psychiatre n'est pas retenu.	2 mois d'interdiction dont 45 jours avec sursis	
Sas4037 **31/01/2006** - Prescription en association de Subutex et de Rohypnol pour une durée d'1 mois. - Prescriptions dépassant les posologies maximales autorisées pour des patients toxicomanes et alcooliques de Mépronizine ou Bromazépam. - Prescriptions rapprochées d'Artane, de Prozac, de Tranxène et de Xanax entraînant des chevauchements. - Prescription de Déroxat, Lexomil et Mépronizine en quantités excessives.	6 mois d' interdiction dont 3 mois avec sursis + publication pendant 3 mois	4 mois d' interdiction dont 2 mois avec sursis + publication pendant 4 mois
Sas4026 **11/10/2005** - Prescriptions par un psychiatre, en dehors de tout contexte d'urgence, de stéroïdes anabolisants, pouvant être associées à des AINS, de médicaments à visée anti-infectieuse, hépato-gastro-entérologique, dermatologique, gynécologique ou anti-diabétique,. - Rédaction d'ordonnances comportant une liste de 15 produits dont dix n'ont aucun rapport avec la psychiatrie. Antérieurement rappelé par la caisse pour des comportements semblables.	1 an d'interdiction dont 6 mois avec sursis	

9. Abus d'actes et prescriptions non conformes (les 2 catégories précédentes associées) : 5 dossiers

Sas4939 **21/02/2013** - Délivrance de Skenan aux doses supérieures recommandées, comme produit de substitution, avec la mention « traitement pour 14 jours à délivrer en une seule fois » - Facturation de consultations à l'assurance maladie pour des patients hospitalisés dans des établissements où le praticien exerçait. - Prescription de Subutex à une patiente hospitalisée sans informer le confrère la prenant en charge. - Prescription de Subutex sans respecter les règles de chevauchement des ordonnances et à posologie supérieure à celles maximales. - Associations de médicaments dangereux sur une ordonnance : Méthadone + Subutex + Noctamide, Méthadone + Skenan + Noctran, association de 2 hypnotiques, 2 antidépresseurs et plusieurs neuroleptiques à doses doublées ou triplées. - Actes fictifs : facturation de consultations à des dates où des patients se trouvaient à l'étranger + envoi d'ordonnances accompagnées de feuille de soin. - Octroi d'avantage injustifié : Prolongation d'arrêt de travail à une patiente en déplacement à l'étranger.	12 mois d'interdiction, dont 6 mois avec sursis + publication	
Sas4834 **23/11/2011** - Prescription de Skenan et Actiskenan pour une indication non valide à posologie initiale dépassée de 180 mg par jour ou à un patient qui présentait une insuffisance respiratoire chronique. - Prescription d'AINS et d'hypnotiques (Zopiclone, Zolpidem) et de Corgard à un patient présentant une cirrhose et une BPCO - Prescriptions de Méthadone®, obtenues au secrétariat, sans consultation associée. - Prescription abusive de soins infirmiers permettant la facturation à l'assurance maladie de 1818 actes codés AIS 3, alors que l'état du patient ne le justifiait pas. - Facturation d'actes non réalisés puisque les patients en cause étaient à la même date soit traités dans un autre département, soit hospitalisés. - Facturation abusive de 217 actes en 22 mois pour un patient, de 6 actes par semaine en onze mois pour un autre, et de 12 actes mensuels pendant 10 mois, en l'absence de justification médicale de telles fréquences en matière de psychothérapie.	3 ans d' interdiction + publication	3 ans d' interdiction + publication dans la presse locale

Sas4627 **19/11/2009** - Demande à des patients de signer plusieurs feuilles de soins à l'occasion d'une même séance. Explique la double facturation par le fait qu'il exerce à la fois une thérapie puis réalise des prescriptions de produits médicamenteux. - Facturation de consultation à des dates où les patients étaient hospitalisés. - Absence systématique de toute mention dans le dossier des patients d'une justification de la facturation des actes cotés CNPSY x 0,8, réservée à la prise en charge d'un épisode de décompensation psychique. - Associations déconseillées d'Orap avec du Solian ou du Dogmatil, de Subutex et Diantalvic, de Seglor et Zomig, de benzodiazépines et Subutex. - Prescription dangereuses de Rivotril à des dépendants aux opiacés, de Skenan ou Moscotin en dehors des pathologies indiquées par l'AMM. - Posologie de Stilnox et Subutex supérieures à celles recommandées. - Prescriptions de Subutex à des patients qui consultaient d'autres praticiens. - Prescriptions de Mediator en dehors de sa spécialité de psychiatrie. - Prescription à 110 patients de 453 médicaments hors du cadre de sa spécialité de psychiatrie, tels que des médicaments à visée cardiovasculaire, pneumologique, gastro-entérologique, dermatologique, des hormones thyroïdiennes, des antibiotiques. - Rédaction non-conformes à l'article R. 5132-3 CSP de 248 prescriptions pour 83 patients en l'absence de précision de la posologie et du mode d'emploi sur les ordonnances.	3 ans d' interdiction + publication pendant 2 mois + 62 081,94 euros de remboursement à la caisse	1 an d' interdiction dont 6 mois avec sursis + publication pendant 2 mois + 7362,79 euros de remboursement à la caisse
Sas3957 **08/03/2005** Abus d'actes répétés : Reçoit ses patients en psychothérapie aussi souvent que ceux-ci le lui demande, parfois même à 1 jour d'intervalle. Reçoit ainsi en moyenne une soixantaine de patients par jour. La fréquence des séances, outre qu'elle ne correspond pas aux pratiques normales, n'est pas toujours justifiée et risque ainsi d'accroître la dépendance des patients au lieu de les conduire à une amélioration de leur état. Prescription de Téralithe sans dosages sanguins, et de Dépamide à un patient alcoolique « alors que ce médicament est contre-indiqué en cas d'éthylisme », de neuroleptiques non appropriés aux affections des patients concernés.	1 an d' interdiction + publication	1 an d' interdiction
Sas2723 **10/02/2000** Dans 14 dossiers, abus d'actes, confirmés par des spécialistes, portant sur 324 consultations et 80 consultations. Prescriptions inadaptées, anormales et excessives. La marginalisation de la clientèle ne permet pas de négliger la cohérence et les dangers des traitements, la liberté de prescription trouvant sa limitation dans les abus possibles. Manquements exclus du bénéfice de l'amnistie.	3 mois d'interdiction	

10. Pratiques thérapeutiques : 3 dossiers

Cdn10144 **03/04/2009** Psychiatre, fondateur de la SARL «Institut des Champs Limites de la Psyché (ICLP)», a organisé, dans les locaux de cette société, dans lesquels il a son cabinet, des actions de formation de produits Nikken auxquelles il invitait ses patients. Les conviait également à une présentation de la «biologie totale» par son fondateur le Dr Claude Sabbah, cancérologue, impliqué dans Nikken. Au cours d'autre séances, vantait les bienfaits prétendus des produits Nikken, tels que semelles adhérentes, écharpes aimantées, vestes rééquilibrantes. Invitait certains patients à adhérer au réseau Nikken, moyennant le versement d'une cotisation, et à se faire eux-mêmes distributeurs des produits en cause selon un système de vente pyramidal, au demeurant prohibé par le code de la consommation.	Radiation
Sd9202 **15/12/2005** Pratique des activités de coaching dans son cabinet médical. Présentation de cette activité dans un journal local en publiant son nom, sa photographie et en faisant mention de sa qualité de médecin et des coordonnées de son cabinet. A entretenu une confusion entre ces activités et sa pratique médicale et mis en œuvre un procédé de publicité pour son cabinet. A laissé publier l'article litigieux sans aucune réaction.	Avertissement
Sd8910 **21/12/2004** Adepte de la psychothérapie cognitivo-comportementaliste, dissuade ses patients de recourir aux thérapies médicamenteuses habituelles. Ordonne à chaque patient une analyse d'urine et déconseille la consommation des laitages et céréales ainsi que l'usage des parfums. A recours à l'analyse de la variabilité sinusale et à l'auto-digito-puncture ainsi qu'à l'analyse vocale à partir d'entretiens téléphoniques vers l'Amérique. Procédés illusoires ou insuffisamment éprouvés et non fondés sur les données acquises de la science.	Radiation

11. Autres : 3 dossiers

Cdn9777 **20/03/2008** Spécialiste en neuro-psychiatrie, avait apposé une plaque avec les mentions « DIU d'ophtalmologie médicale » en méconnaissance des dispositions de l'article R 4127-81 CSP qui n'autorise que les diplômes et qualifications reconnus par les autorités ordinales.	3 mois d'interdiction dont 2 avec sursis	
Cdn9667 **14/12/2007** Remise tardive d'un rapport d'expertise: Le patient, conducteur d'autobus victime d'un accident du travail, a été privé des possibilités d'obtenir un avantage social suite à la remise tardive du rapport à un institut de prévoyance privé ayant mandaté le praticien pour procéder à l'expertise. L'état psychologique du requérant lié au surmenage et à deux deuils familiaux ne justifie pas une telle attitude.	2 mois d'interdiction dont 1 mois avec sursis	
Sd6647 – 6774 **07/01/1999** Appel à la grève : en tant que président départemental du syndicat des spécialistes confédérés, a adressé à ses adhérents une circulaire les invitant à fermer leur cabinet et à n'assurer aucune vacation ni urgence, à fermer les services d'entrée dans les structure privées. Circulaire ne comportant aucune modalité sur l'organisation du centre 15 au cours de cette journée, même s'il avait été prévu que ce centre fonctionne. Un responsable syndical ne peut méconnaître les obligations déontologiques qui s'imposent aux médecins.	3 mois d' interdiction	2 mois d' interdiction

4. Étude de la faute professionnelle en psychiatrie dans la littérature médicale

La faute professionnelle médicale (*Malpractice*) est définie par Menninger (80) il s'agit d'« un acte ou manquement d'un médecin au cours de son exercice professionnel. Il résulte de cet acte un échec à mettre en œuvre un niveau de soins ou de connaissances conformes aux pratiques des professionnels exerçant dans la même discipline ».

En conséquence, l'acte provoque des dommages directs au patient, soit par la création d'un dommage, soit par l'aggravation d'un dommage préexistant.

1. Evolution du contentieux en psychiatrie

Dans le *Medical Malpractice Survival Handbook* (81) publié en 2007, Sanbar consacre un chapitre à la faute professionnelle en psychiatrie. Il note que le développement des plaintes juridiques impliquant la responsabilité professionnelle des psychiatres est relativement récent ; les actions contre les psychiatres ont commencé à augmenter au début des années 1970. En 1970, Slawson remarquait que les psychiatres défendeurs tentaient de se faire connaitre et beaucoup de cas ont été publiés.

Une étude des réclamations en responsabilité professionnelle des psychiatres dans le sud de la Californie entre 1958 et 1967 ne montrait pas d'augmentation du taux de plaintes, et une moyenne de 1,5 réclamation pour 100 psychiatres par an était trouvée. La plupart d'entre elle étaient réglées par un arrangement à l'amiable avant le procès (82).

Une étude de la NAIC (*National Association of Insurance Commissioners*) estimait le taux de faute professionnelle de 1975 à 1978 représentait 0,3% de 71 788 réclamations (83).

Entre 1985 et 2000, les réclamations envers les psychiatres représentaient 0,9% des réclamations toute spécialités médicales confondues (84), ceci est le triple du taux rapporté par Slawson (85) au milieu des années 70.

Une estimation de l'évolution de 2004 à 2009 est donnée par Reich et Schatzberg (86), qui présentent les données de la NPDB (*National Practitioner Data Bank*).

La NPDB doit enregistrer tous les dédommagements versés pour faute professionnelle ; toutefois, Levine et al (87)notent que moins de la moitié des sanctions disciplinaires sont réellement reportées à la NPDB, donc aux commissions médicales d'état.

Les données sont présentées à partir de l'année 2004, car c'est à partir de cette année qu'ils disposent de données individualisant la psychiatrie. Elles ne sont malheureusement pas comparées aux autres spécialités.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	P
Nombre de psychiatres	**47 140**	**48 832**	**48 645**	**48 940**	**48 262**	**48 054**	
Une ou plusieurs réclamation(s)	**0,827**	**0,881**	**1,090**	**1,43**	**0,559**	**0,645**	**0,18**
Révocation de licence	**0,212**	**0,225**	**0,411**	**0,368**	**0,083**	**0,125**	**0,12**
Interdiction / suspension de pratique	**0,085**	**0,082**	**0,062**	**0,122**	**0,021**	**0,083**	**0,70**
Exclusion d'une société médicale	**0**	**0,020**	**0,041**	**0,061**	**0**	**0**	**0,80**
Dédommagement moyen	**203 666$**	**331 162$**	**230 826$**	**190 571$**	**369 907$**	**340 629$**	**0,31**

Tableau 12 : Données de la NPDB, réclamations concernant les psychiatres 2004 à 2009 (Les taux sont donnés pour 1000 psychiatres par an).

La fréquence des réclamations pour faute professionnelle, des révocations de licence sont faibles en valeur absolue (86). Ces taux ainsi que le montant moyen des dédommagements évoluent peu de 2004 à 2009 ; la sinistralité est comprise entre 5 à 10% par an.

2. Etudes consacrées à la faute professionnelle en psychiatrie

Dans une vaste revue bibliographique parue en 2011, Reich et Maldonado (88) proposent une synthèse des études sur la faute professionnelle en psychiatrie, objet, rapportent-ils, de relativement peu d'études empiriques. Les auteurs ont effectué une recherche dans la base de données PubMed afin de recenser les études portant sur la faute professionnelle en psychiatrie, entre 1990 et 2009.

Reich et Maldonado ont identifié 8 études américaines, 1 anglaise, et les publications de 6 compagnies d'assurance en responsabilité professionnelle médicale.

Leurs résultats ont été repris dans un article ultérieur, par Reich et Schatzberg (86), publié en mai 2014, qui ont souhaité caractériser les facteurs de risque de plainte et de sanction disciplinaire.

Les études étaient sélectionnées si leurs échantillons étaient représentatifs, qu'elles utilisaient des mesures empiriques, et incluaient au moins 50 psychiatres. En outre, les compagnies d'assurance fournissant une assurance en responsabilité professionnelle à des psychiatres ont été contactées afin de déterminer si des informations supplémentaires publiées ou non sur ce sujet étaient disponibles.

1. Commissions médicales disciplinaires des États : 9 études

Les états ont conféré aux comités d'attribution de licence (équivalents de nos conseils de l'ordre) une autorité disciplinaire. Ils peuvent prendre des mesures disciplinaires punitives telles que la suspension ou la révocation de la licence.

Trois études cas-témoins ont étudié les mesures disciplinaires prises par la Commission médicale de Californie, quatre autres concernent les commissions médicales d'autres États.

1. Étude de Morrisson et al., 1998

Dans cette étude cas-témoins, les auteurs ont étudié toutes les décisions rendues publiques par la par la commission médicale de Californie d'Octobre 1995 à Avril 1997 (89). Elles concernaient une population de 375 médecins sanctionnés, ce qui correspond à un taux d'infraction était d'environ 0,24% par an. Il existait 2 groupes contrôle, l'un apparié en fonction de lieu d'exercice, l'autre en fonction du sexe, du type d'activité, et du lieu d'exercice.

Cette étude ne concerne que la Californie, mais cet État abrite 15% des médecins licenciées aux États-Unis.

Les auteurs rapportent un taux plus élevé de mesures disciplinaires parmi les psychiatres par rapport aux autres spécialités avec un Odds Ratio (OR) = 1,47 [IC 0,82 à 2,65].

Les causes les plus fréquentes de sanctions disciplinaires étaient :

- Une négligence ou incompétence : 34 % ;
- L'abus d'alcool ou de drogues : 14 % ;
- Une prescription inappropriée : 11 % ;
- Des contacts inappropriés avec les patients : 10 % ;
- Une fraude : 9 %.

La catégorie des fraudes comprenait essentiellement des facturations illégales et des fraudes au programme *Medicaid*.

Les taux de mesures disciplinaires étaient plus élevés parmi :

- Les médecins hommes
- Ceux impliqués dans les soins directs aux patients
- N'ayant pas une *Board Certification* de la spécialité
- Ayant plus de 20 ans de pratique.

Les auteurs rappellent qu'une plus faible incidence de toxicomanie est observée chez les femmes, ce qui peut être un élément explicatif. Ils émettent aussi l'hypothèse que les femmes renoncent moins volontairement à leur licence (1 sur 73 dans l'étude) avant qu'une sanction ne soit prononcée ; ou que les femmes ne sont traduites devant la commission qu'en cas d'infractions particulièrement graves.

Les sanctions se répartissaient ainsi :

- Révocation de la licence médicale : 21 %
- Suspension de la licence : 13 %
- Maintien d'une suspension de licence : 45 %
- Blâme : 21 %

2. Étude de Morrison et Morrison, 2001

Cette deuxième étude (90) comparative porte sur 75 psychiatres sanctionnés par la commission médicale de Californie, comparés à un groupe de médecins appariés issus du répertoire de l'*American Medical Association*.

Parmi 584 médecins sanctionnés, on comptait 75 psychiatres (12,8%), soit près de 2 fois le nombre de psychiatres parmi les médecins non sanctionnés.

La période d'étude n'est pas spécifiée mais Reich et Maldonado (88) supposent qu'elle concerne les années 1996 à 1998 (au vu de la date de soumission et la durée connue de 30 mois de l'étude).

Elle révèle un taux de mesures disciplinaires 2 fois plus élevé pour les psychiatres que pour d'autres spécialités. Les risques spécifiques identifiés comprennent les relations sexuelles et la psychiatrie de l'enfant ; le groupe des praticiens sanctionnés comprenait significativement plus de psychiatres dont la première ou seconde spécialité était la pédopsychiatrie et significativement moins de psychanalystes.

Les femmes psychiatres étaient moins souvent concernées par les mesures disciplinaires.

3. Étude de Clay et al., 2003

Clay et al. (91) ont examiné les mesures disciplinaires prises par la Commission médicale d'État de l'Ohio de Janvier 1997 jusqu'à Juin 1999 dans une étude cas témoins. Ces mesures concernaient 308 médecins ; ce groupe a été apparié à 2 groupes de médecins contrôle : l'un apparié par le lieu d'exercice seulement, l'autre apparié selon le lieu d'exercice, le genre, le type de pratique et la spécialité.

Les psychiatres étaient davantage sujets à des mesures disciplinaires que d'autres spécialités, mais cette tendance n'était pas significative du fait de la petite taille de l'échantillon : OR = 0,73 [IC 0,33 à 1,60].

Le taux de mesures disciplinaires était de 0.37 % par an (91).

Les causes les plus fréquentes de sanction étaient (91) :

- Un trouble en lien avec une consommation de drogue ou d'alcool : 21 %
- Une prescription inappropriée : 14 %
- Une plainte antérieure : 15 %
- Une négligence ou incompétence : 7 %
- Des infractions liées à des substances (drogue, médicaments) : 7 %

Les facteurs de risque mis en évidence(par rapport aux témoins appariés pour le sexe, le type de pratique et la spécialité d'exercice) étaient (91) :

- Le sexe féminin : les femmes étaient moins susceptibles d'être sanctionnées avec P <0,05 et OR =0,46; [IC = 0,28 à 0,75]
- L'absence de *Board Certification* : OR = 0,65; [IC = 0,46 à 0,92]
- Une durée de pratique inférieure ou égale à 20 ans : OR = 1,51; [IC = 1,08 à 2,13].

En revanche, il n'y avait pas de différence de sévérité de l'action disciplinaire selon le sexe : OR = 1,23 [IC = 0,54 à 2,82], ni selon le type de formation médicale (ostéopathie ou allopathie) : OR = 0,70 ; [IC = 0,39 à 1,26].

4. Étude de Kohatsu et al., 2004

Cette étude cas-témoins porte sur les 890 médecins sanctionnés par la Commission médicale de Californie du 1er Juillet 1998 au 30 Juin 2001. Le groupe de médecins sanctionnés a été apparié à un groupe contrôle de 2981 médecins non sanctionnés. L'Odds Ratio a été calculé pour l'âge, le sexe, la *Board Certification.* Les auteurs ont également constaté un taux plus élevé de sanctions disciplinaires chez les psychiatres (OR = 1,87 et P=0,001) par rapports aux *Internists* (médecins généralistes) (92).

Les paramètres suivants étaient associés à un plus grand risque de sanctions disciplinaires :

- Le sexe masculin
- L'absence de *Board Certification*
- Un âge plus élevé
- Un diplôme d'une école de médecine internationale

Les mesures disciplinaires considérées étaient la révocation de licence, sa suspension, une période probatoire, un blâme.

5. Étude de Khaliq et al., 2005

Cette étude analyse les mesures disciplinaires prises par la Commission médicale de l'Oklahoma au sujet de 396 médecins (pas uniquement psychiatres) au cours de l'année 2001.

Parmi les 14 314 licenciés de l'Oklahoma, 396 avaient été concernés par une mesure disciplinaire au cours de l'année, soit 2,8%.

Il apparaissait que les psychiatres avaient un risque augmenté d'action disciplinaire ($p < 0.001$).

Une comparaison avec des médecins non sanctionnés a été réalisée (93). Les facteurs mis en évidence ne concernent pas les seuls psychiatres.

Les facteurs suivants augmentaient significativement le risque de mesure disciplinaire : (93)

- Le sexe masculin (P <0,04)
- Les *Nonwhites* (P <0,001)
- L'absence de *Board certification* (P <0,001)
- L'exercice de la *Family medicine* (P <0,001), la médecine générale (P <0,001), la gynécologie-obstétrique (P <0,03), la médecine d'urgence (P <0,001), la psychiatrie (P<0,001)
- La durée d'exercice : une augmentation du risque était observée à chaque intervalle de dix années depuis la 1ère autorisation d'exercer.

Les plaintes contre les médecins proviennent le plus souvent (l'origine n'était pas détaillée par spécialité) :

- Du grand public : 66 %
- D'autres médecins : 5 %
- Des équipes : 4 %

Les plaintes se rapportaient à :

- La qualité des soins : 25 %
- La violation des règles de prescription : 19 %
- Une incompétence : 18 %
- Une négligence : 17 %

6. Etude de Cardarelli et al., 2006

Cette étude cas-témoins (94) porte sur 1129 médecins sanctionnés par le Conseil médical du Texas du 1er Janvier 1989 au 31 Décembre 1998. Elle constate que les psychiatres sont parmi les spécialités les plus à risque de révocation de licence (OR = 2.68) ; les anesthésistes et les médecins généralistes appartenaient également à une catégorie à haut risque.

La révocation de licence était l'unique mesure examinée par l'étude.

- Les spécialités présentant un risque plus élevé de révocation étaient : (94)
- Les psychiatres OR = 2,68; [IC= 1,41 à 5,13]
- Les anesthésistes OR = 2,45; [IC= 1,05 à 5,74]
- Les médecins généralistes OR= 1,80 [IC = 1.01 à 3.19]
- D'autres facteurs étaient associés à la révocation de licence : (94)
- Une mesure disciplinaire antérieure OR = 1,91 [IC = 1,29 à 2,83]
- Un plus grand nombre d'années de pratique OR=1,05 [IC= 1,4 à 1,7]

7. Étude de Nanton et al, 2006

Cette étude (95) porte sur les mesures prises par la Commission médicale de Caroline du Nord de 2000 à 2005 relatives à l'attribution des licences. Elle concerne 400 médecins et 69 auxiliaires médicaux.

Les motifs de sanction les plus fréquents étaient (95) :

- La toxicomanie : 26 %
- Les infractions administratives : 24 %
- La prescription abusive : 22 %

Bien que le rapport ne compare pas spécifiquement les psychiatres à d'autres spécialités, le problème le plus souvent en cause était l'abus de substances. Les plus concernés par ce problème étaient les anesthésistes : 43 %, suivi des psychiatres : 37 %. Cela peut laisser supposer que les psychiatres ont un risque accru d'infractions disciplinaires, rapportent Reich et Maldonado (88).

8. Étude de Donaldson, 1994

Cette étude descriptive consiste en une analyse de cas ; elle concerne 850 médecins du NHS ayant rencontré des problèmes disciplinaires dans le nord du Royaume-Uni de Juin 1986 à Juin 1991, 49 d'entre eux avaient fait l'objet d'une mesure disciplinaire, soit 6 % du personnel médical senior (96). Parmi les 49 médecins, 46 Consultants et 3 assistants spécialistes (*Associate Specialists*).

Les psychiatres représentaient le plus grand groupe de médecins concernés par des mesures disciplinaires, avec un effectif de 11 soit 22 % (96).

Parmi les 49 médecins, 5 ont pris leur retraite ou arrêté leurs fonctions, 21 ont poursuivi avec un suivi (*counseling*) ou une surveillance (96).

Les problèmes à l'origine de mesures disciplinaires étaient (toutes spécialités confondues) (96) :

- Attitude répréhensible / comportement perturbateur ou irresponsable : 32 cas
- Manquement aux devoirs : 21 cas
- Compétences lacunaires et connaissances insuffisantes : 19 cas
- Malhonnêteté : 11 cas
- Questions sexuelles : 7 cas
- Pratique désorganisée et manque de communication avec les collègues : 5 cas
- Autres : 1 cas

9. Etude de Morlock et al., 1991

Cette étude porte sur 68 réclamations concernant des psychiatres et établissements psychiatriques dans le Maryland, obtenues à partir de l'ensemble des réclamations enregistrées par l'HCOA (*Health Claims Arbitration Office*) entre 1978 et 1985 (83). L'HCOA est un organisme du Maryland auprès duquel toute réclamation envers un médecin devait être déclarée.

Les réclamations envers les psychiatres et institutions psychiatriques représentaient 2% du total des réclamations clôturées au cours de la période de l'étude.

Les auteurs ont effectué une répartition selon :

- Le lieu d'occurrence des incidents : 55 % à l'hôpital, 25 % dans le bureau du médecin.
- La nature des dommages: psychologique : 41 % ; dommage temporaire : 20 % ; décès : 24 %

Les demandeurs étaient plus susceptibles d'être des adolescents ou de jeunes adultes que dans les affaires non psychiatriques (83).

- Les diagnostics des patients étaient répartis ainsi : (83)
- Schizophrénie / psychose : 20 %
- Dépression / troubles affectifs : 24 %
- Abus / de substance de l'alcool : 13 %
- Anxiété / trouble de la personnalité : 11 %
- Tentative de suicide ou suicide : 43 %

- Les causes alléguées de préjudice étaient (83)
- Une surveillance inadéquate : 30 %
- Une erreur diagnostique : 24 %
- Un problème lié aux médicaments : 20 %
- Une relation sexuelle avec un(e) patient(e) : 20 %
- Un traitement inadéquat : 22 %

- L'issue des réclamations était répartie en : (83)
- Abandon / rejet : 27 %
- Règlement privé : 35 %
- Audience formelle requise : 38 %

Parmi les décisions à l'issue d'audiences, 47 % étaient en faveur du demandeur.

- Les cas les plus coûteux étaient par ordre décroissant : (83)
- Défaut de surveillance dans un cas de suicide
- Insuffisance de précision diagnostique
- Traitement défaillant de problèmes médicaux
- Inconduite sexuelle
- Absence de traitement adéquat

2. Données provenant des compagnies d'assurance individuelles

1. Etude de Slawson en 1991

Cette étude porte sur les sinistres clôturés de 1984 à 1990, concernant 800 psychiatres, dont 22% de femmes (97). Il s'agit des données de l'Assurance de l'*American Psychiatric Association*(APA).

Les revendications incluaient :

- Un traitement inefficace ou incorrect (impliquant souvent l'utilisation de médicaments) : 50 % des cas
- Des erreurs de diagnostic : 10 % des cas
- Une détention abusive à l'hôpital : 9 % des cas

Les femmes psychiatres étaient sous-représentées dans la proportion des revendications.

Les caractéristiques des patients qui engageaient des poursuites étaient :

- Le sexe féminin : 55 %
- Le diagnostic de dépression était le plus fréquent
- Une maladie psychiatrique sévère

En termes de résultats de litiges, des plaintes ont été déposées dans deux tiers des cas; parmi celles-ci, 21 % se sont arrangés à l'amiable, 6 % ont été résolus par un jugement sommaire, et seulement 2 % ont été effectivement jugées. Les réclamations les plus coûteuses concernaient une familiarité excessive (*undue familiarity*), suivie du suicide.

2. Etude de Meyer en 2006

Cette étude passe en revue les causes de revendications perdues concernant les données de 2 assureurs (98).

- L'APA pour la période 1998 à 2005 (98) recensait les motifs suivants :
  - Traitement incorrect : 31 %
  - Suicide / tentative de suicide : 15 %
  - Autre : 15 %
  - Réaction à un médicament : 9 %
  - Diagnostic erroné : 9 %
  - Hospitalisation non nécessaire : 6 %
  - Prise en charge inadéquate : 6 %
  - Surveillance inadaptée : 6 %

Reich et Maldonado ont également recueilli les motifs de réclamations perdues par l'APA du 1er Janvier 2007 au 31 Décembre 2007, concernant les polices d'assurance de 1998 à 2007 Les causes étaient: (88)

- Traitement incorrect : 25,28 %
- Suicide / tentative de suicide : 21,06 %
- Autre : 19,36 %
- Violation de la confidentialité : 17,32 %
- Réaction à un médicament : 9,62 %

- Compagnie d'assurance *ProMutual* (98)

Meyer rapporte les affaires perdues par *ProMutual* (compagnie d'assurance à Boston) de 1996 à 2005, les causes étaient :

- Traitement négligent : 27 %
- Problème lié aux médicaments : 26 %
- Echec à prévenir un suicide / homicide : 14 %
- Inconduite sexuelle : 12 %
- Autre : 10 %
- Manquement diagnostique : 6 %

3. Etude de Taragin et al.

Cette étude rétrospective de cohorte est élaborée à partir des données de la *New Jersey Inter-Insurance Exchange*, compagnie gérée par des médecins et assurant 60 % d'entre eux dans le New Jersey. Les auteurs s'intéressent à l'expérience de faute professionnelle de 9250 médecins exerçant dans le New Jersey en vue de déterminer les facteurs prédictifs démographiques des difficultés juridiques. Les données concernent les médecins assurés depuis 2 ans ou plus entre 1977 et 1987. (99)

Les médecins de sexe masculin étaient 3 fois plus susceptibles d'appartenir au groupe des réclamations fréquentes que les femmes médecins avec un risque relatif (RR) = 3.1 [IC = 2.2 à 4.4], y compris après ajustement sur les autres variables démographiques (99).

Taragin et al qui suggèrent que les médecins femmes interagissent mieux avec les patients, et que cette meilleure communication diminuerait leur risque d'être poursuivi. Ils avancent également l'hypothèse que les médecins hommes s'occuperaient d'un plus grand nombre de patients et plus gravement atteints, ou que les attentes vis-à-vis d'un médecin femme sont différentes.

Certaines spécialités étaient fortement associées à une sinistralité plus élevée : neurochirurgie, orthopédie, gynécologie obstétrique avaient 7 à 12 fois plus de réclamations annuelles que les psychiatres qui avaient le nombre le plus faible de réclamations (99).

Le taux des revendications variaient avec l'âge (P <0,001) et atteignaient leur point culminant à environ 40 ans. L'hypothèse de Taragin et al à ce propos est que les praticiens plus âgés voient davantage de patients.

Les auteurs ne constataient pas d'association significative entre réclamation et type de diplôme ou son lieu d'obtention (99).

4. Etude de Schwartz et Mendelson

Schwartz et Mendelson (100) ont étudié les informations de l'Agence d'assurance Warschaw de 1983 à 1987. L'étude concerne 920 médecins ayant perdu leur assurance responsabilité professionnelle standard en raison de réclamations ou de « divers problèmes comportementaux » (« *various behavioral problems* »).

Cette agence propose ainsi une ligne d'assurance complémentaire (*surplus line insurance*) aux médecins ayant des difficultés à en trouver une ailleurs, en raison de leur appartenance à un groupe à risque élevé de problèmes juridiques. Tous les candidats à cette assurance, précisent les auteurs, ne l'ont pas acceptée et peut-être en ont trouvé une ailleurs après le devis initial. (100)

Schwartz et Mendelson ont comparé les médecins candidats à cette assurance à ceux qui ne l'étaient pas : ils ont constaté que les médecins âgés de 45 à 54 ans étaient surreprésentés, mais il n'y avait pas de différence dans la *Board Certification* ou la proportion de diplômés étrangers. (100)

Les spécialités chirurgicales étaient sur-représentées dans ce groupe, alors que les psychiatres étaient sous-représentés. (100)

5. Etude de Slawson et al.

Cette étude (85) s'intéresse aux résultats de 217 actions pour faute professionnelle contre les psychiatres de 1974 à1978. Elle analyse les données d'une fédération de compagnie d'assurance : *National Association of Insurance Commissioners* Ces réclamations contre les psychiatres ne représentaient que 0,3 % des 71 788 réclamations contre les médecins. La proportion de psychiatres parmi les assurés n'est pas connue.

10 procédures psychiatriques représentaient 50 % des demandes psychiatriques ; les principales étaient:

- L'utilisation de médicaments (principalement psychotropes) : 16 % (35 réclamations)
- L'examen du patient : 13,4 % (29 réclamations)
- La psychothérapie : 7,4 % (16 réclamations)
- L'électro-convulsivothérapie (ECT) : 6 % (13 réclamations)

Lorsque l'ECT a été examinée dans une catégorie distincte, la compagnie d'assurance conclut qu'elle n'était pas à risque élevé de réclamations pour faute professionnelle : les dommages consécutifs à une séance d'ECT ne représentaient que 0,02 % (soit un nombre de 15) de l'ensemble des réclamations.

Les dix dommages les plus fréquents représentaient 44 % (soit 95) des réclamations en psychiatrie, avec par ordre de fréquence les erreurs de diagnostic (dont un tiers de diagnostics faux positifs), puis le suicide et l'automutilation (12 % soit 26 réclamations)

Au moins 50 % des cas ont été réglés sans versement d'indemnités.

6. Rapport de la Physician Insurers Association Of America (PIAA)

Le rapport 2006 de la PIAA (101) provient de la mise en commun des données d'organismes d'assurance. Il était destiné à aider les équipes de gestion des risques (elles ne comprennent pas l'assurance de l'APA, à laquelle des études déjà mentionnées sont consacrées).

Seules les réclamations sont déclarées. Ainsi, des calculs ne peuvent être faits en fonction du pourcentage de problèmes pour le nombre total d'assurés. Il concerne les données de 1513 médecins psychiatres du 1er Janvier 1985 au 31 Décembre 2005.

Les réclamations en psychiatrie représentaient un pourcentage faible de sinistres déclarés à la PIAA. Seulement 1 % des demandes et 0,3 % du montant des indemnisations étaient attribuables aux réclamations en psychiatrie (101).

Parmi 28 spécialités, la psychiatrie se situait au 20ème rang du nombre de réclamations (101).

Le pourcentage de dossiers indemnisés par rapport à ceux classés sans suite était de 20 % en psychiatrie soit 9,5 % de moins que les autres spécialités. L'âge des psychiatres rapportant des réclamations était un peu moins élevé que dans les autres spécialités. Par rapport aux autres spécialités, davantage de femmes psychiatres déclaraient un sinistre (10,6 % vs 7,7 %) (101).

- 71 % des psychiatres déclarant une réclamation avaient une Board Certification, contre 78,7 % dans les autres spécialités.
- 77 % des psychiatres étaient diplômés d'écoles américaines contre 74 % dans les autres spécialités.
- 56 % des psychiatres avaient connu une réclamation antérieure contre 75 % dans les autres spécialités.
- 20 % des réclamations avaient abouti au versement d'indemnités, soit 9.5 % de moins que dans les autres spécialités.

Par ordre de fréquence, les causes les plus courantes de revendication étaient : (101)

- Aucune : pas de négligence avérée
- Un défaut de surveillance
- Une erreur relative au traitement médicamenteux
- Des erreurs de diagnostic
- Un comportement incorrect
- Une procédure non indiquée ou contre-indiquée
- Un défaut de communication avec un patient.

Sur les 2 121 réclamations relevant de la psychiatrie classées entre 1985 et 2006, près de 43,1 % impliquaient une évaluation psychologique ou psychiatrique et une psychothérapie (101).

Le diagnostic le plus souvent en cause dans les réclamations était la dépression (101).

Les troubles pour lesquels le coût moyen était le plus élevé étaient (101) :

- un trouble bipolaire : 420 802 $,
- un trouble de la personnalité : 130 385 $
- une dépression majeure : 137 053 $
- des troubles névrotiques : 118 226 $

En 2001, les indemnités moyennes versées concernant des réclamations psychiatriques pour les psychiatres, soit 595 000 $, étaient 2 fois plus élevées que la moyenne globale de 295 885 $ (101).

En 2006, l'indemnité moyenne versée au nom de psychiatres a été de 506 250 $, ce qui correspond à 1,55 fois l'indemnité moyenne globale versée toutes spécialités confondues (317 239 $) .Le montant des dépenses pour la défense des psychiatres était de 23 379$ pour cette même année (101).

3. Données d'une étude de suivi longitudinal de patients hospitalisés en psychiatrie

Cette étude, par Brennan et al. (102), rassemblait le suivi de 51 actions pour faute professionnelle intentées par des patients hospitalisés en psychiatrie dans le Massachusetts sur une période de 10 ans. A la fin de la période, 46 demandes avaient été clôturées (102).

Les variables examinées comportaient les effets indésirables et la négligence d'un médecin. La seule variable qui prévoyait de façon significative le montant d'indemnités versées était l'existence d'une incapacité ou un handicap (*disability*) résultant du dommage (P = 0,03).

Ni la négligence ni un événement indésirable n'étaient prédictifs du montant de l'indemnisation (102).

4. Conclusions de la revue de Reich et Maldonado

Ainsi que le remarquent Reich et Maldonado (88), les données de ces études sont ne sont pas directement comparables, des différences dans les caractéristiques (démographiques, années de relevé) empêchent une comparaison directe des études ou une méta-analyse. En conséquence, ils se sont limités à un examen descriptif de la littérature empirique. Néanmoins, il existe suffisamment de similitudes dans ces études pour dégager des tendances (88).

Tout d'abord, les psychiatres semblent recevoir plus de mesures disciplinaires par les conseils médicaux que leur nombre ne le justifierait (88).

Ils identifient certaines caractéristiques associées aux mesures disciplinaires :

1. Effet du sexe

Les psychiatres de sexe masculin tendent à faire l'objet de plus de mesures disciplinaires, avec un risque associé augmenté pour les hommes (ou diminué pour les femmes) chez Morrison et Wickersham (89), Kohatsu et al. (92), Morrison et Morrison (90), de même que Clay et Conatser (91) et Khaliq et al. (93) mais ces deux derniers résultats n'étaient pas significatifs.

Concernant les données des assureurs, l'étude de Slawson en 1991 (97), rapportant les données de l'Assurance de l'APA et l'étude de Taragin et al. (99) en 1992 rapportant les données de la *New Jersey Inter-Insurance Exchange* , font les mêmes observations quant à la prépondérance masculine dans les réclamations.

2. Effet des années de pratique

Quatre études s'intéressent à la relation entre mesures disciplinaires et nombre d'années de pratique, elles obtiennent des résultats similaires : globalement, il apparaît que la durée d'exercice augmente le risque de mesures disciplinaires.

- Pour Clay et Conatser (91), les médecins ayant exercé plus de 20 ans étaient plus susceptibles de connaitre une action disciplinaire (OR = 1.51)
- Cardarelli et al. (94) observent que le risque de révocation de licence augmente avec la durée d'exercice (OR = 2.68).
- Pour Khaliq et al. (93), la proportion de médecins sanctionnés augmentait significativement à chaque intervalle de 10 ans après la première obtention de leur licence.
- Pour Kohatsu et al. (92) constatent que l'âge est associé au risque d'une sanction disciplinaire (0R = 1.64), l'âge étant probablement associé à davantage d'années de pratique.

Les données des assureurs vont en ce sens également : dans l'étude de Taragin et al. (99), les réclamations augmentaient avec l'âge jusqu'à 40 ans, dans celle de Schwartz et Mendelson (100), les médecins entre 45 et 54 ans étaient plus représentés parmi les contractants d'une *Surplus line Insurance*.

3. Effets de la formation médicale

Les psychiatres ayant une *Board certification* ont une plus faible probabilité de sanction disciplinaire par rapport aux psychiatres n'en ayant pas. Cette association est constatée par Morrison et Wickersham (89) : OR = 0.42 et par Clay et Conatser (91) : OR = 0.65. Cette variable est probablement un indice du niveau global de formation.

Kohatsu et al. (92) ont trouvé un risque accru de mesures disciplinaires parmi les diplômés d'écoles internationales de médecine (OR = 1.36).

En revanche aucune différence selon le type de formation médicale (*MD* ou *DO, Doctor of Medicine ou Doctor of Osteopathic Medicine*) n'a été trouvée par Clay et Conatser (91), et les médecins sans *Board Certification* n'étaient pas plus représentés parmi les contractants d'une *Surplus line Insurance* (Etude de Schwartz et Mendelson) (100).

Les données indiquant que le temps de pratique augmente le risque juridique ou disciplinaire amènent les auteurs à affirmer la nécessité d'une formation continue efficace et de consultation auprès de pairs. L'obligation de renouvellement de la *Board certification* pourrait aider à répondre à ce besoin.

4. Sévérité de la maladie

Reich et Maldonado (88) remarquent que, d'une manière générale, plus la maladie du patient est sévère, plus grande est la probabilité d'une action en justice. Cependant, ajoutent-ils, ce n'est pas absolu : Slawson (103) s'est intéressé aux risques peu fréquents ou problèmes rarement rencontrés par les psychiatres et constaté que l' ECT en était un, malgré la gravité des maladies du patient. Toutefois, ajoute-t-il, cela pourrait s'expliquer par une réglementation accrue de l'ECT.

Bien que le nombre total de poursuites pour faute professionnelle contre les psychiatres soit faible, certaines indemnisations peuvent être élevées. En outre, la NPDB (104) indique que les réclamations impliquant des psychiatres sont les plus longues à résoudre.

Il existe également des variables indépendantes de la négligence telles que le degré de handicap ou incapacité, qui affecte l'issue juridique (Brennan) (102).

5. Hypothèses explicatives

En dépit de coûts de dommages intérêts élevés, les psychiatres ne sont pas de grands pourvoyeurs de faute professionnelle. Paradoxalement ils semblent être plus concernés par les actions disciplinaires que leur nombre ne leur justifierait.

L'examen des données de la NDPB suggère qu'il pourrait y avoir un biais de déclaration induit par la collecte des informations ; Levine et al (87) observent que moins de la moitié des médecins sujets à une action disciplinaire (par une société professionnelle ou par l'hôpital) sont recensés par la NDPB, donc par les commissions médicales d'état. Ceci peut expliquer que certains cas soient surreprésentés et d'autres sous représentés.

Reich et Schatzberg (86) observent aussi que certaines actions entreprises contre les psychiatres comme les relations sexuelles entreprises avec un patient ne sont pas des domaines de difficultés juridiques pour les non-psychiatres, ce qui est un autre argument en faveur de la sur représentation.

Le plus probable est que cette disparité soit multifactorielle et combine ces facteurs.

La raison pour laquelle la durée d'exercice est associée à un plus grand risque de poursuite pour faute professionnelle n'est pas connue. Reich et Schatzberg font l'hypothèse d'un déclin des formations continues avec le temps, et que l'évolution de la psychiatrie de la psychanalyse vers une médecine empirique pourrait être un élément explicatif, ou encore une forme de « *burn-out* » survenant après les années de pratique.

Il y a aussi des différences selon la nature des responsabilités engagées : moins de femmes sont concernées par les plaintes disciplinaires, mais davantage de diplômés internationaux le sont.

En outre, la façon dont le patient découvre le problème peut avoir des implications importantes pour l'issue juridique. Le rapport de Khaliq et al.(93) indique que le plus souvent ce n'est pas le médecin suivant le patient. Une étude évaluant les conséquences d'un programme où les médecins informent rapidement le patient d'erreurs médicales avec un dédommagement compensatoire automatiquement accordé montre que les réclamations pour faute professionnelle sont moindres et que le montant des dommages alloués diminue.

5. Etude de la responsabilité médicale en psychiatrie en Espagne

Dans un article paru en 2011, Santiago-Saez et al (105) se sont intéressés à la responsabilité médicale en psychiatrie en Espagne.

1. Place de la psychiatrie dans les réclamations

Ils observent que toutes les spécialités sont affectées par l'intervention du système judiciaire dans les affaires de santé. Entre 1995 et 1998, 932 réclamations ont été déposées contre le système de santé national, le coût des erreurs médicales au cours de cette période est estimé à 726.5 millions de Pesetas de dédommagement pour 95 patients, soit une moyenne de 7.8 millions par patient (105).

La médecine d'urgence représentait 23.8% des réclamations, la gynécologie obstétrique 18.2%, l'orthopédie-traumatologie 11.2% (105).

Santiago et Saez observent que la psychiatrie n'est pas une spécialité à risque élevé de poursuite. (105) : La psychiatrie n'appartenait pas aux 10 premières spécialités classées par fréquence de poursuites. Toutefois, elle se situait au 4ème rang des dommages moyens par cas, soit environ 109 000 Euros, et représentait 3.32% de toutes les réclamations payées par l'INSALUD *(Instituto Nacional de la Salud*).

L'INSALUD est l'organisme gouvernemental espagnol de la santé, branche de la sécurité sociale (105).

Ces observations concordaient avec une autres étude (106), réalisée à partir de données des compagnies d'assurance du service de santé public espagnol portant sur la période 2005 à 2007 montrant que la psychiatrie n'appartient pas au 10 premières spécialités en terme de fréquence de poursuite, mais figurait parmi les 10 premières classées par montant moyen de dommages alloués (9ème rang avec 116 188 Euros de dommages).

2. Analyse des réclamations de 1992 à 2007

Santiago-Saez et al. (105) ont analysé les décisions juridiques concernant les psychiatres, prononcées par les cours d'appel espagnoles, de 1992 à 2007 (105) : les décisions de 13 communautés autonomes sur 17 ont été rassemblées.

Les auteurs ont utilisé les archives des décisions de justice de l'école de médecine légale de Madrid (Université *Complutence*) (105).

Leurs fichiers contiennent 1899 décisions juridiques relatives à des interventions de santé prononcées en appel ou par des instances supérieures, civiles, pénales ou administratives au cours de la période 1995 à 2007 (105).

Les 49 décisions considérées dans cette étude répondaient aux critères d'inclusion suivants :

- La décision impliquait un psychiatre exerçant dans cette spécialité ou un médecin d'une spécialité non spécifiée faisant l'objet d'une plainte pour une intervention correspondant au champ de la psychiatrie, selon la définition de l'organisme qui publie et approuve le programme de formation en psychiatrie (ORDER SCO, Septembre 2008).
- Le texte de la décision indiquait les circonstances et le lieu de l'incident, ses conséquences et la décision juridique.

3. Nature et issue de la décision de justice

La plupart des décisions émanaient des juridictions civiles (85,7% des cas), la proportion élevée de ces décisions civiles étant liée à la nature de la base de données. Beaucoup de plaintes pénales sont converties en poursuites civiles où la possibilité de succès est plus importante (96).
Des poursuites pénales ont été intentées dans 10,2% des cas.

- Dans plus de la moitié des cas (51,1%) la décision était défavorable au psychiatre, donc favorable au demandeur. Ce pourcentage en faveur des demandeurs est plus élevé que dans les autres spécialités médicales.
- L'implication de plus d'un professionnel était prédominante : 55% des cas.
- La fréquence des psychiatres impliqués était proche de celle des autres professionnels.
- Une relation nette était observée entre système de soin et nature de la décision : Les jugements favorables au demandeur étaient bien plus fréquents dans les cas impliquant les institutions publiques que privées. Inversement, dans le système de soin privé, les 2/3 des affaires étaient conclues par une décision favorable au défendeur.

Verdict (Total : 47)	**Favorable au défendeur**	**23**	**48,9%**
	Défavorable au défendeur	**24**	**51,1%**
Nombre de professionnels impliqués	**Un**	**18**	**45%**
	Plus d'un	**22**	**55%**
Type de professionnel poursuivi (Total : 40)	**Psychiatre**	**16**	**40%**
	Psychiatre + détenteur d'une autre spécialité	**0**	**0**
	Psychiatre + exerçant une autre activité	**9**	**22,5%**
	Professionnel non psychiatre	**15**	**37,5%**
Dédommagement (Total : 24)	**Moins de 6000€**	**1**	**4,2%**
	Entre 6 000 et 18 000€	**0**	**0**
	Entre 18 000 et 60 000€	**11**	**45,8%**
	Entre 60 000 et 600 000€	**12**	**50%**
	>600 000€	**0**	**0**

Tableau 13 : description des décisions de justice étudiées par Santiago-Saez et al (106)

4. Montant des dommages-intérêts

La plupart des poursuites intentées s'accompagnaient d'une demande de dédommagement financier. Lorsqu'une décision était favorable au demandeur, les compensations financières allouées étaient élevées ; la compensation moyenne allouée était 57 588€.

Des dommages compensatoires plus élevés étaient associés aux erreurs de surveillance (105). A titre de comparaison, une enquête de l'INSALUD portant sur la période 1995-1998 trouve un montant de dédommagement moyen par affaire concernant la psychiatrie de 108 433€.

5. Origine et caractéristiques des poursuites

La cause la plus fréquente de recherche en responsabilité était un défaut/ une erreur de surveillance (42,9% des cas) suivie de la « négligence professionnelle » dans 20,4% des cas. Par négligence, on entend le fait que des soins suffisants n'aient pas été entrepris pour prévenir un événement fatal.

Les dommages étaient le plus souvent consécutifs à : un suicide (51,2% des cas), des brûlures (12,2% des cas), et des séquelles de tentative de suicide (7,3% des cas).

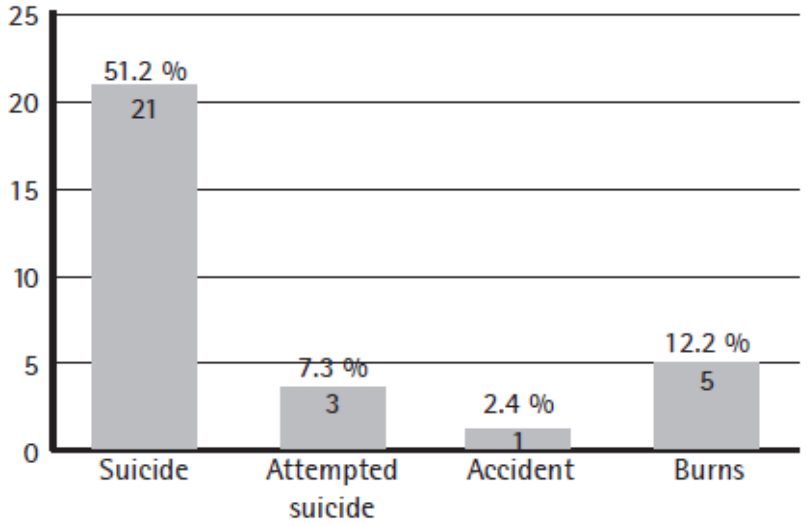

Figure 23 : Répartition des dommages selon leur mécanisme, étude de Santiago-Saez et al (106)

Les dommages étaient par ordre de fréquence : un décès, des lésions physiques, un préjudice moral. Dans près de 60% des cas, l'issue a été le décès du patient, essentiellement après un suicide.

Le décès du patient pesait lourdement sur la décision de justice.

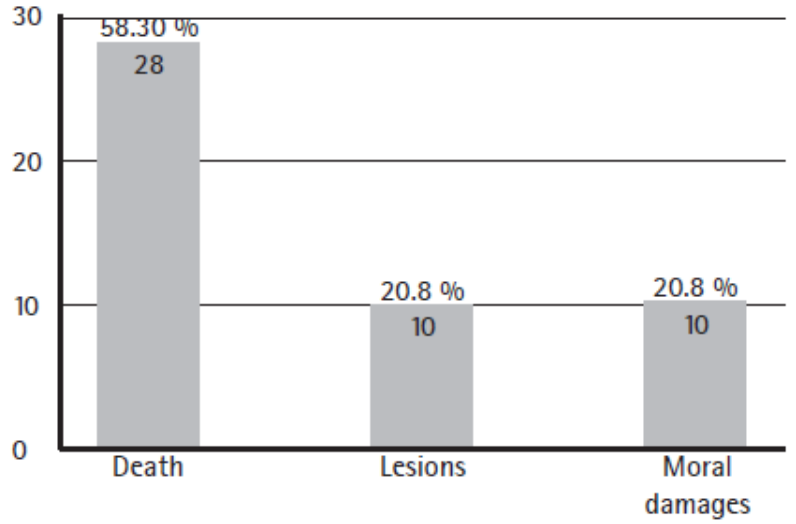

Figure 24 : répartition des dommages par type, étude de Santiago-Saez et al (106)

Aucune plainte n'a été déposée aux tribunaux concernant une erreur thérapeutique.

Il est notable que 10% des décisions mentionnaient un défaut d'information du patient ou de consentement éclairé.

6. Caractéristiques des patients

Les 2/3 des patients impliqués étaient des hommes et la tranche d'âge la plus fréquente (41,7%) était 18 à 40 ans. Toutefois, les données relatives aux âges n'étaient disponibles que pour 1/4 des affaires.

Genre (Total : 48)	**Homme**	**31**	**64,6%**
	Femme	**17**	**35,4%**
Age (Total : 12)	**<18 ans**	**2**	**16,7%**
	18-40 ans	**5**	**41,7%**
	41-65 ans	**3**	**25%**
	>65 ans	**2**	**16 ,7%**

Tableau 14 : caractéristiques socio-démographiques des patients de l'étude de Santiago-Saez et al (106)

Il existait une relation entre âge et décès, plus fréquent dans le groupe allant de 18 à 65 ans.

De plus, le décès concernait préférentiellement les hommes, avec un ratio homme/femme supérieur à 3 pour 1. Parmi les femmes, l'issue du dommage était également répartie entre décès, préjudice physique et dommage moral. Seulement 2 cas concernaient des enfants de moins 18 ans.

Le diagnostic le plus fréquemment associé était un trouble de la personnalité, dans 48,9% des cas, ce qui, estiment les auteurs, « souligne le potentiel conflictuel de ces patients ». Ils préconisent pour ces patients « une prise en charge institutionnelle et médicale méticuleuse ».

Pathologie : (45 patients)		
Trouble de la personnalité	**22**	**48,9%**
Trouble cognitif	**11**	**24,4%**
Trouble de l'humeur	**6**	**13,3%**
Trouble de l'adaptation	**6**	**13,3%**

Tableau 15 : répartition des diagnostics des patients concernés (étude de Santiago-Saez et al) (106)

7. Caractéristiques des professionnels

Les décisions défavorables au médecin concernaient davantage les psychiatres exerçant aussi dans un autre domaine (groupe « psychiatre et autre activité professionnelle »). Il existait une association entre ce même groupe et des dommages plus importants.

Il existait une association entre « erreur de surveillance » et les deux catégories « psychiatre et autre activité professionnelle » et « professionnels non psychiatres ».

Le préjudice a été imputé à un seul professionnel ou à plusieurs professionnels dans des proportions similaires chez les psychiatres et les non psychiatres.

Le juge prenait également en compte la responsabilité de l'équipe (infirmiers, aides soignants, agents de sécurité).

Il existait une association entre la catégorie « psychiatre et autre activité professionnelle » et décision favorable au demandeur (105).

8. Répartition dans le temps

Le nombre de sentences rendus contre des psychiatres a triplé entre la première et la dernière période de l'étude : de 2003 à 2007, elles sont 3 fois plus nombreuses que de 1992 à 1995.

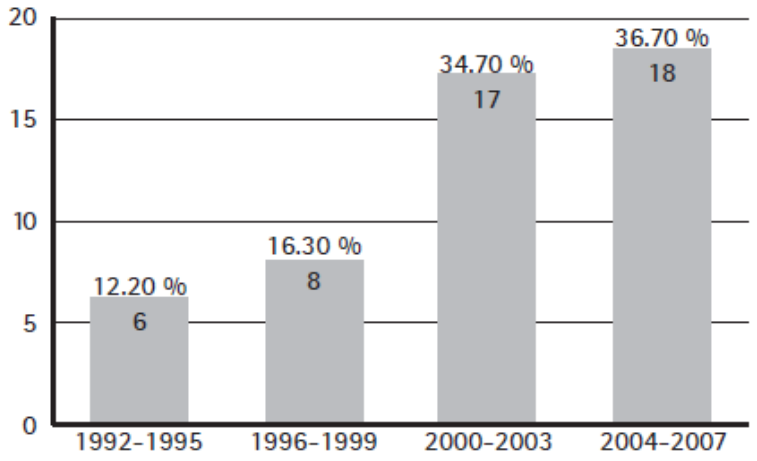

Figure 25 : répartition dans le temps des décisions de justice (étude de Santiago-Saez et al) (106)

Les auteurs estiment que cette progression reflète la croissance de recours au contentieux dans la société espagnole (105).

9. Répartition géographique

La Catalogne était la communauté autonome où se trouvait le plus grand nombre de décisions, avec 24.5% de tout l'échantillon, alors que les poursuites provenaient de la quasi totalité de l'Espagne (13 communautés autonomes sur 17) (105).

10. Réflexions sur pratiques / préconisations

Une conséquence immédiate au risque juridique peut être la pratique systématique d'une médecine défensive par les psychiatres, ce qui, estiment les auteurs, les distancie d'une relation fluide médecin patient fondée sur une confiance mutuelle et une approche bioéthique supposée renforcer l'autonomie du patient (105).

En Espagne, des propositions ont été faites pour que soient négociés des arrangements à l'amiable, hors tribunaux, avec offre de compensation et médiation, à l'instar des modèles néo zélandais, suédois ou danois (105).

Concernant les pratiques, Santiago-Saez et al recommandent un aménagement et une adaptation appropriée des locaux, la formation de tous les membres des équipes, ainsi que l'installation par les directions des hôpitaux de système de sécurité adaptés aux besoins des patients pour assurer leur sécurité (105).

11. Information et consentement

Dans approximativement 10% des jugements, était mentionné un défaut d'information au patient ou à ses proches, ou de consentement éclairé.

Santiago et Saez rappellent que la délivrance d'une information appropriée et le recueil du consentement est une obligation à laquelle le médecin est tenu. Un manquement à cette obligation implique un devoir de dédommagement. En conséquence, la responsabilité est généralement retenue en cas de lacune relative à l'information ou au consentement, pour lesquelles le praticien est considéré coupable.

Santiago et Saez notent que le document de consentement éclairé par lequel le patient reconnait avoir donné son assentiment ou avoir été informé ne protège pas des poursuites : En effet, ce n'est pas la signature du patient apposée au document qui constitue un consentement éclairé mais la connaissance qu'a le patient de l'information détaillée reçue. Le document signé n'en est qu'une preuve. Un document signé sans la bonne compréhension du patient ou sous la pression peut être invalidé. Ainsi, le consentement éclairé n'a pas de valeur en dehors d'une relation et d'une communication de qualité entre médecin et patient.

Toutefois, si ce seul document légal n'immunise pas contre les poursuites, l'absence de ce document majore le risque de succès du demandeur (105).

Santiago et Saez estiment qu'une communication défaillante avec les patients augmente grandement le risque de litiges. Ils recommandent d'exercer une vigilance toute particulière dans l'instauration d'une communication fluide avec les patients et informer adéquatement le patient ou ses proches de la raison de son admission, de son diagnostic, des attentes thérapeutiques et du pronostic attendu (105).

6. Sanctions disciplinaires au Canada

Alam et al (107) en 2012 ont étudié les caractéristiques des psychiatres ayant fait l'objet d'un conseil disciplinaire au Canada, de 2000 à 2009, les comparant aux médecins d'autres disciplines dans une enquête rétrospective de cohorte.

Les données recueillies portaient sur 606 médecins ayant fait l'objet d'une mesure disciplinaire de 2000 à 2009, ce qui correspond à un taux de 0,06 à 0,11% par année : parmi eux, 82 psychiatres, soit 14%. Cette proportion est approximativement le double de la proportion de psychiatres parmi les spécialités médicales : entre 2000 et 2009, ils représentaient 7% des médecins canadiens.

Parmi ces psychiatres, 8 (9,6%) étaient des femmes, contre 29% de femmes parmi tous les psychiatres.

Caractéristiques		Psychiatres sanctionnés n=82		Non-psychiatres sanctionnés n = 524		p-Value
Sexe	Femme	8	9,76%	41	7,82%	0,517
	Homme	74	90,24%	483	92,18%	
Type de licence	Indépendant	81	98,78%	518	98,85%	1,00
	Résident	1	1,22%	6	1,15%	
Type de diplôme	International	30	31,71%	175	33,40%	0,616
	Canadien	52	63,41%	349	66,60%	

Tableau 16 : caractéristiques des psychiatres ayant eu une sanction disciplinaire Comparaison avec les médecins non-psychiatres (107)

Au total, 852 fautes avaient été commises par les 606 médecins incriminés. Parmi ces fautes, 172 (20.2%) étaient de nature sexuelle.

Parmi les sanctions, 16 psychiatres ont vu leur licence révoquée, dont 13 pour inconduite sexuelle.

	Psychiatres ayant commis une faute n=82			Non psychiatres ayant commis une faute n= 524			OR
Types de sanction	n	% parmi les infracteurs	% parmi les psychiatres	n	% parmi les infracteurs	% parmi les non-psychiatres	
Amende ou Pénalité financière	52	63,4	1,27	364	69,5%	0,63%	2,03 [1,47-2,74]
Réprimande formelle	39	47,6	0,95	234	44,7%	0,41%	2,36 [1,67-3,36]
Autre	7	8,5	0,17	26	5%	0,05%	3,80 [1,50-9,19]
Programme de désintoxication ou psychothérapie / Suivi	8	9,8	0,20	50	9,5%	0,09%	2,26 [0,99-4,95]
Restriction de pratique	25	30,5	0,61	157	30%	0,27%	2,25 [1,44-3,50]
Cursus / Formation ou évaluation	19	23,2	0,47	120	22,9%	0,21%	2,22 [1,34-3,71]
Révocation	16	19,5	0,39	73	13,9%	0,13%	3,099 [1,73-5,46]
Renoncement volontaire à la licence	8	9,8	0,20	26	5%	0,05%	4,35 [1,81-10,05]
Suspension	34	41,5	0,83	259	49,4%	0,45%	1,85 [1,28-2,69]

Tableau 17 : types de sanctions prononcées, médecins psychiatres et non-psychiatres (108)

Les auteurs observent que les psychiatres diffèrent des autres spécialités par la prévalence et la nature des fautes disciplinaires. De façon significative, une plus forte proportion de psychiatres était jugée pour :

- Inconduite sexuelle (OR 3,62)
- Comportement frauduleux (OR 2,32)
- Conduite non professionnelle (OR 3,1)

Les psychiatres avaient 1,85 à 4,35 fois plus de risque de connaitre une sanction disciplinaire comparés à la majorité des autres spécialités. Il s'agissait de la spécialité la plus à risque de sanction disciplinaire.

5 psychiatres avaient commis au moins 2 infractions distinctes, ce qui représentait 11% du total des affaires concernant les psychiatres. Parmi ceux qui avaient commis plusieurs fautes, aucun n'avait été jugé à plusieurs reprises pour une inconduite sexuelle.

Infractions ou motifs de sanction	Infractions commises par les psychiatres n = 82		Infractions parmi les non psychiatres n =		OR [IC 95%]
	Nombre et % parmi les infracteurs	% parmi les psychiatres	Nombre et % parmi les infracteurs	% parmi les non psychiatres	
Condamnation criminelle	**5 (6,1%)**	**0,12**	**29 (5,5%)**	**0,05**	**2,43 [0,83-6,59]**
Comportement frauduleux	**12 (14,6%)**	**0,29**	**73 (13,9%)**	**0,13**	**2,32 [1,20-4,40]**
Prescription inappropriée	**4 (4,9%)**	**0,10**	**70 (13,4%)**	**0,12**	**0,80 [0,25-2,29]**
Infractions diverses	**9 (11%)**	**0,22**	**95 (18,1%)**	**0,16**	**1,34 [0,63-2,73]**
Maladie mentale	**0**	**0**	**2 (0,4%)**	**0**	**0 [0,00-57,18]**
Abus de substance (drogue ou alcool)	**1 (1,2%)**	**0,02**	**10 (1,9%)**	**0,02**	**1,40 [0,07-10,59]**
Inconduite sexuelle	**35 (42,7%)**	**0,86**	**137 (26,1%)**	**0,24**	**3,62 [2,45-5,35]**
Norme de soins	**12 (14,6%)**	**0,29**	**151 (28,8%)**	**0,26**	**1,21 [0,59-2,07]**
Infraction non déterminée	**2 (2,4%)**	**0,05**	**16 (3,1%)**	**0,03**	**1,76 [0,28-7,96]**
Activité non autorisée	**7 (8,5%)**	**0,17**	**49 (9,4%)**	**0,09**	**2,02 [0,84-4,63]**
Comportement non professionnel	**24 (29,3%)**	**0,59**	**109 (20,8%)**	**0,19**	**3,1 [1,95-4,95]**

Tableau 18 : motifs des décisions prononcées envers les psychiatres et les médecins non psychiatres (108)

Par rapport aux sanctions disciplinaires aux États-Unis, les médecins canadiens semblaient moins à risque : la proportion de médecins sanctionnés aux États-Unis est d'environ 0,5% contre 0,1% au Canada.

3. Domaines de difficultés spécifiques

1. Sanctions disciplinaires

Plusieurs études concluent que les psychiatres ont un risque accru de sanction disciplinaire : Khaliq en 2005 (93), Morrison en 1998 (89), Morrison en 2001 (90), Cardarelli en 2006 (94). Dans l'étude de Cardarelli et al en 2006, les psychiatres avaient 2,5 fois plus de chances de voir leur licence révoquée (94).

Alam et al (107) observent qu'une grande proportion de révocations de licence en psychiatrie sont en lien avec une inconduite sexuelle. Ils ne soutiennent cependant pas l'existence d'une relation directe entre la discipline et un comportement fautif, considérant que le s patients sont plus susceptibles de déclarer l'inconduite sexuelle pour certaines spécialités et pour certains types de comportement fautif.

Les psychiatres présentent également un plus grand risque de sanction disciplinaire pour des problèmes de drogue et d'alcool, de fraude et escroquerie selon plusieurs travaux (108), (109) et (110). Dans l'étude d'Alam et al (107) les problèmes d'abus de substances n'étaient pas plus importants chez les psychiatres.

Au Canada, des réponses à la question problématique des inconduites sexuelles ont été apportées, notamment par l'ajout d'un enseignement aux résidents en psychiatrie à propos du franchissement des limites thérapeutiques (111). Des associations de psychiatres ont publié des règles à propos du franchissement des limites thérapeutiques au Canada en 2011 (112), au Royaume-Uni en 2007 (113). Il a été suggéré par Plakun en 1999 qu'une supervision obligatoire par des collègues était un élément essentiel de la prévention de l'inconduite sexuelle :un professionnel qui « expose régulièrement son travail à autrui dans le cadre de consultation de supervision, de discussions entre pairs ou présentation de cas est probablement moins à risque d'isolement ». (114)

2. Suicide

Le suicide est un motif récurrent. Il concernait 43 % des plaintes juridiques selon Morlock et al. (83) ; 15 % des causes de revendications perdues par l'APA (1998 à 2005), 21 % pour l'année 2007 (98), et l'échec à prévenir un suicide / homicide atteignait 14 % chez ProMutual (1996 à 2005) (98).

3. Relations sexuelles

Les relations sexuelles ou « contacts inappropriés » avec un(e) patient(e) est un autre risque spécifiquement associé à la psychiatrie : 20 % des plaintes juridiques dans l'étude de Morlock et al. (83), 10 % des affaires dans celle de Morrison et Wickersham (89), 10 % également chez Morrison et Morrison (90).
Le risque accru de sanction pour inconduite sexuelle est corroboré par d'autres études : Alam et al (107), Dehlendorf et Wolfe en 1998 (115), Enbom et Thomas en 1997 (116), Goodwin et al en 1994 (117).

4. Abus de substances

L'abus de substances (alcool, drogues, médicaments) par le médecin a été mentionné par plusieurs études : 14 % des plaintes chez Morrison et Wickersham (89), 21 % chez Clay et Conatser (91), 26 % chez Nanton et al. (95).

Les études citées par Reich et Maldonado (88)s'accordent sur le fait que les abus de substances sont source de nombreuses difficultés réglementaires. '. Dans ce domaine, ils notent également des différences entre les sexes :

Les femmes médecins ayant des problèmes d'abus de substances les présentent à un plus jeune âge, ont davantage de problèmes médicaux et psychiatriques, davantage d'idées suicidaires et une plus grande tendance également à utiliser des médicaments hypnotiques sédatifs, selon Wunsch et al. (étude de 2007 « Femmes médecins et addictions ») (118).

Ils concluent que les programmes de traitement pour les médecins concernant l'alcool et la toxicomanie doivent connaitre ces différences entre les sexes (88).

5. Prescriptions inappropriées

Les prescriptions inappropriées aux patients étaient une autre source de difficulté juridique : 11 % chez Morrison et Wickersham (89), 14 % chez Clay et Conatser (91), 22 % chez Nanton et al. (95), moins de 5% des causes de sanctions dans l'étude canadienne d'Alam et al (107).

5. Responsabilité et suicide

Le suicide est sans doute la cause la plus importante d'engagement de responsabilité pour le psychiatre, en fréquence et en gravité, d'où un traitement particulier de cette question.

Jonas l'écrivait en 1997, « c'est en matière de surveillance que la négligence est le plus souvent mise en cause », ajoutant que doctrine et jurisprudence distinguent les actes auto agressifs, en général suicidaires, où les exemples sont nombreux et les actes hétéroagressifs, moins nombreux mais fort redoutés.

En 2008, Smith et al. (119) rappellent que le suicide constitue le motif de plainte le plus fréquent envers un psychiatre, ainsi que l'ont montré Simon et al. en 2002 (120) ; une plainte survient en général lorsque l'entourage estime que quelque chose aurait pu être fait pour le prévenir (120).

Des documents de l'*American Psychological Association* vont également en ce sens, puisqu'ils indiquent que le suicide de patient était, parmi les dossiers clôturés en 1990, le titre le plus coûteux pour les psychiatres et psychologues assurés par la société d'assurance de l'APA (Bongar et al. 1998) (121).

En France, le rapport du SOU médical pour l'année 1995 attestait que c'était à l'occasion d'un suicide que la responsabilité du psychiatre était le plus souvent mise en cause (8), ce que confirment les données plus récentes de la MACSF examinées dans la première partie.

1. Suicide et responsabilité : histoire de la relation

Dans un article paru en 2008 « *Revisiting Impulsivity in Suicide* », Smith et al. réalisent une synthèse historique de la relation unissant responsabilité et comportement suicidaire (119).

Historiquement, le suicide était considéré comme un acte illégal dont le défunt portrait seul la responsabilité. Cette conception impliquait des conséquences légales comme la possibilité de violation du corps du défunt, des restrictions concernant les funérailles, et la confiscation des biens. Les membres de la famille ne pouvaient bien entendu engager aucun recours envers d'autres parties (119).

Cette théorie juridique s'est modifiée au milieu de XVIIIème siècle : les individus décédés par suicide n'ont plus été des criminels responsables de leur mort, mais ont progressivement été considérés comme agissant sous la contrainte psychologique (119).

En 1961, les statuts pénalisant le suicide ont été abrogés ; il est actuellement dépénalisé dans tous les États des États-Unis (Berman) (122).

Plus récemment, des tribunaux ont reconnu la possibilité d'engager des poursuites civiles en responsabilité délictuelle en cas de suicide. Comme pour les autres motifs d'engagement d'une responsabilité civile, 4 critères doivent être établis, cependant il existe certaines particularités concernant la situation de responsabilité pour suicide : (119)

- Tout d'abord il doit être établi que le défendeur avait le devoir de prévenir les dommages causés au plaignant. Cette obligation peut provenir d'une relation particulière entre demandeur et défendeur ou de connaissances spécifiques détenues par le défendeur.
- Le défendeur doit avoir manqué à l'obligation établie.
- La preuve d'un dommage doit exister.
- Le préjudice a été causé par le défendeur.

D'après Lake et Tribbensee, les tribunaux ont commencé à reconnaitre qu'un tiers (donc autre que les impulsions du défunt) pouvait être tenu responsable en cas de suicide dans les cas suivants : (123)

- Le suicide résulte d'actes de torture.
- Le suicide résulte de blessures physiques antérieures.
- Le suicide résulte de l'utilisation de substances intoxicantes.
- Le suicide a été rendu possible par la négligence d'un gardien.

2. Prévisibilité ou non ?

S'interroger sur la responsabilité du psychiatre dans le suicide revient à poser la question de sa prédictibilité et de la faillite de cette prévision.

Un article de Bleich, exposant la position de l'Israël Psychiatric Association, observe à propos de la prévisibilité que « la prise de conscience rétrospective ne devrait pas déterminer le bien-fondé de la décision du professionnel » (124). C'est la même observation que fait Carol Jonas en 1997 « Il est très difficile d'affirmer a posteriori que les symptômes devaient conduire à reconnaitre un risque suicidaire alors que le médecin l'a méconnu »(8).

En effet, le thérapeute sera jugé selon si oui ou non il / elle a utilisé un jugement clinique judicieux, calculé les risques apparents et leurs ramifications, et a agi avec un sérieux et une prudence raisonnables (124). Des études portant sur l'influence de la connaissance préalable de l'issue d'une histoire ont constaté que cette information causait une inévitable distorsion dans l'analyse de l'incident : statistiquement, il était constaté que connaître le résultat à l'avance doublait le nombre de ceux qui estimaient qu'il était possible de prédire le résultat dès le départ.

En outre, il a été montré que, même si l'on est conscient de la distorsion, l'évaluation ne peut pas être effectuée comme si le résultat n'était pas connu, et le sentiment que tout était écrit à l'avance prévaut (125) et (126).

En 2012, Ronquillo et al. (127), effectuent une revue de la littérature concernant l'évaluation du risque suicidaire, et ré affirment que l'objectif de l'évaluation aux urgences vise à être sensible (et non spécifique), c'est-à-dire caractériser les situations à faible risque suicidaire, qui ne nécessiteront pas une intervention psychiatrique immédiate.

Smith et al. ont entrepris une démonstration statistique de l'impossible prédictibilité du suicide : ils partent du constat que le nombre de décès annuel par suicide étant d'environ 11 pour 100 000 (Association Américaine de Suicidologie en 2004), le suicide entre dans la catégorie des phénomènes à faible taux de survenue (119).

Une tentative de prédiction doit être fondée sur un algorithme qui se trompe par sur-estimation (faux positifs) ou sous-estimation (faux négatifs). Il est mathématiquement plus précis de prédire la non survenue que la survenue, mais s'agissant d'un événement considéré grave, il est utile de surestimer l'occurrence réelle (119).

De nombreux facteurs de risque sont connus (dépression, abus de substances, idéation suicidaire, tentatives antérieures…), mais pour essayer de protéger quiconque présente ces caractéristiques, il faut maximiser la valeur prédictive positive. On pourrait imaginer un outil d'évaluation des risques qui prédirait le suicide avec une précision de 99 % (bien que tel instrument ne soit pas connu), c'est-à-dire que 99 % des gens qui mourront par suicide seraient positifs à ce test (119).

Le théorème de Bayes stipule que la probabilité de A sachant B (par exemple, la probabilité de suicide, avec un résultat de test positif) est égale à la probabilité de B sachant A (par exemple, la probabilité d'avoir un résultat positif au test en étant mort par suicide) multipliée par la probabilité de A (par exemple, la probabilité de suicide), dont le produit est divisé par la probabilité de B (par exemple, la probabilité d'avoir un résultat de test positif) (119).

Comme le taux global de suicide est faible (11 pour 100 000 ou 0,011 %) et présent dans le numérateur de l'équation, cela réduit considérablement la probabilité pour un individu d'avoir un résultat de test positif. Même si l'on suppose que 99 % des personnes qui meurent par suicide auraient un résultat de test positif, seules 0,011 % décèderont par suicide, le produit étant égal à 1,09 % (99 % x 0,011 % = 1,09 %).

On peut supposer que près de 20 % d'un échantillon clinique sera positif à cet instrument.

En divisant ce nombre de 1.09% par la probabilité d'un résultat positif au test (20 %), on obtient un taux de 5 %, ce qui est la probabilité de survenue d'un suicide avec test positif. Cela signifie que 95 % des personnes testées positives pour le risque de suicide ne vont pas mourir par suicide (119).

Ainsi, en pêchant par excès de prudence et hospitalisant toute personne positive au test, cela correspondrait néanmoins à l'hospitalisation de 95 personnes sur 100 qui ne seraient pas réellement en danger (119).

Donc, concluent Smith et al. même avec un outil de grande sensibilité, la prédiction du suicide comporterait un nombre majeur de faux positifs (119).

On sait toutefois que c'est un taux variable selon les populations considérées : par exemple, le taux est de 2 % chez les personnes présentant un trouble de l'humeur, en situation ambulatoire, de 6 % chez les personnes hospitalisées pour des symptômes suicidaires, et 4,1 % chez les personnes hospitalisées pour d'autres raisons (chiffres de Bostwick et Pankratz, 2000 (128), cités par Smith) (119).

3. Alors quelle prédiction ?

En médecine en général, en psychiatrie en particulier, l'évaluation d'un risque, d'une situation clinique n'est pas une évaluation à long terme mais consiste en des réévaluations fréquentes et régulières du risque à court terme (119).

Smith et al. (119) s'interrogent sur la pertinence du concept d'impulsivité dans les affaires juridiques impliquant des professionnels de santé mentale.

Le degré de planification préalable est associé à une plus grande létalité (les tentatives sont plus graves), mais le partage des intentions suicidaires n'est pas une garantie : en 2006, Daniel et Fleming, dans une étude sur la mort par suicide en milieu carcéral, ont trouvé qu'une proportion de 40 % de détenus morts par suicide (sur une période de 10 ans) n'avait communiqué à quiconque leur intention (129).

Des observations similaires sont faites par Isometsä et al. en 1995 dans une étude finlandaise : seuls 22 % des individus morts par suicide et ayant eu un contact avec un professionnel de santé dans les quatre semaines précédentes avaient évoqué leurs intentions. Le plus souvent, il s'agissait d'un médecin généraliste ou d'un professionnel de santé non psychiatre. Cette étude portait sur 571 suicides survenus en Finlande au cours d'une année (130).

4. Suicide et responsabilité institutionnelle versus responsabilité du psychiatre

1. En France

En France, il n'existe pas de présomption de faute en matière de suicide, mais ce principe n'a pas toujours été en vigueur.

La question a été étudiée par Carol Jonas ; il observe qu'en matière civile, il a existé « une quasi obligation de sécurité » voire une véritable « présomption de faute » concernant le suicide d'un malade mental. La jurisprudence était ambiguë.

Un extrait d'un arrêt de la cour administrative de Lyon en 1952 exprime la quasi obligation de sécurité qui prévalait alors : « Les personnes ne jouissant pas de leur raison sont, pour ce motif, confiées à d'autres personnes qui assurent leur garde, et qui, soit légalement, et d'une manière générale, soit jurisprudentiellement et en fait, tombent sous le coup d'une présomption de faute quand la personne […] qui leur est confiée vient à causer un accident » (8).

Cette jurisprudence ayant évolué, c'est aujourd'hui sur l'obligation de moyens que se fondera l'appréciation de responsabilité du psychiatre et des établissements. La jurisprudence a pris en compte que la volonté suicidaire pouvait être sciemment dissimulée et que la meilleure surveillance n'empêchait pas toujours le geste fatal (8).

Jonas observe qu'il n'existe pas d'exemple de condamnation pénale d'un psychiatre pour non assistance à personne en péril après un décès par suicide : Il faudrait démontrer que le psychiatre avait connaissance du péril, ou que l'absence d'intervention soit en rapport direct avec le décès, car le lien de causalité entre faute et dommage doit être direct et certain (8).

Sophie Guigue résume ainsi les critères qui sous-tendent la décision de justice « Pour apprécier l'exécution de l'obligation de surveillance, le juge judiciaire tient compte de la prévisibilité du geste et de son irrésistibilité » (131).

Les rôles respectifs du psychiatre et de l'établissement ont été détaillés dans la jurisprudence. Jonas propose un récapitulatif ; il appartient au psychiatre de : (8)

- Faire une analyse sérieuse et approfondie des risques suicidaires
- Prescrire des mesures de soins et de surveillance appropriées à la situation du patient, ses antécédents et les renseignements fournis par l'entourage
- Donner les consignes adéquates au personnel et vérifier que l'hospitalisation a lieu dans des locaux adaptés.

L'établissement : (8).

- Doit disposer de locaux adaptés (respectant les obligations de sécurité)
- D'un personnel compétent
- Qui doit prendre en compte les prescriptions du médecin.

Malgré cette répartition, Jonas remarque des divergences parmi les décisions en matière de responsabilité lors d'un acte suicidaire (8).

En matière administrative, les conditions théoriques d'engagement d'une responsabilité ont évolué : au début du siècle, note Jonas il fallait « une faute manifeste et d'une particulière gravité », puis les exigences ont gagné en sévérité puisqu'une « faute lourde », puis une « faute simple » sont devenues suffisantes pour qu'une réparation soit demandée (8).

Toutefois, Jonas note qu'une certaine clémence caractérise l'application de ces principes : l'arrêt Hawezack exclut l'engagement de responsabilité d'un établissement dans le décès d'une jeune femme, permis par l'absence de grillage et de surveillance particulière (CE, 5 janv 1966) (8).

En dehors d'un établissement, le risque d'engagement de responsabilité pour un psychiatre apparait moindre si l'on considère la jurisprudence française. Ceci résulte des moindres possibilités de surveillance dans ces situations, alors que c'est le défaut de surveillance qui peut essentiellement engager la responsabilité, et du fait, note Jonas, que la perception d'un risque suicidaire conduit « quasi inéluctablement le psychiatre à prescrire une hospitalisation » (8).

On pourrait, dit Jonas, imaginer que la responsabilité soit engagée « sur le fondement d'une faute de diagnostic qui aurait conduit à méconnaître la réalité du risque suicidaire », mais ajoute-t-il « les données actuelles de la science ne le permettent pas ».

Pourtant, un jugement de la cour administrative d'appel de Nantes en 2012, mentionne ce manquement diagnostique dans sa condamnation d'un établissement, même si c'est une faute dans l'organisation du service qui est retenue. Dans cette décision, la responsabilité d'un CHU est engagée du fait d'une prise en charge psychiatrique défaillante d'un patient suicidaire.

«La décision médicale de ne pas orienter le patient vers un service psychiatrique dès son admission le 13 mai 2005 n'est pas en elle-même fautive. […] Toutefois, les propos tenus de manière constante par Denis X, de tonalité morbide manifeste caractérisant un syndrome de négation d'organe dit "de Cotard" ou une bouffée délirante aigüe, n'ont pas été entendus durant son séjour dans le service de médecine où il a été placé et n'ont pas été suivis d'une prise en charge psychiatrique adaptée et efficace, le patient n'ayant été vu qu'une seule fois en cinq jours par un psychiatre qui s'est borné à lui prescrire des anxiolytiques d'ailleurs arrêtés la veille de l'accident ; […] ces circonstances caractérisent un manquement fautif dans le diagnostic et dans les soins prodigués ; […] par ailleurs, la circonstance que l'intéressé a pu se déplacer librement, puis briser la fenêtre de sa chambre et, enfin, sauter malgré l'intervention du personnel hospitalier, révèle, dans les circonstances de l'espèce, une faute dans l'organisation du service » (Cour administrative d'appel Nantes, 12 avril 2012) (132).

Dans un autre arrêt, rendu en 2005, la première chambre civile de la cour de cassation a confirmé la responsabilité exclusive du psychiatre à l'occasion d'un suicide par pendaison, rejetant la responsabilité de l'établissement de santé privé, au motif que le praticien « avait connaissance des risques élevés de suicide par pendaison, qu'il lui incombait dès lors de donner au personnel soignant les informations et instructions nécessaires, notamment quant aux objets que la victime pouvait garder, à la possibilité d'obtenir ou non une chambre individuelle, au contenu et la fréquence de la surveillance, qui devait, en raison du contexte, être plus étroite qu'à l'accoutumée, que l'étude du cahier infirmier démontrait au contraire qu'aucune information particulière n'avait été donnée de nature à mettre en œuvre une surveillance rigoureuse » (133).

Une analyse de la Revue générale de Droit médical voit dans ce défaut de communication une faute médicale. « Il appartient au seul médecin, chargé au sein de l'établissement de suivre le patient, de prescrire les mesures de soins et de surveillance appropriées à son état » (134). L'arrêt mentionne en outre que la sangle de sport, utilisée pour la pendaison, avait été laissée en la possession du patient, ainsi qu'une ceinture.

Un jugement plus récent, rendu par la cour d'appel de Riom en 2011, illustre le raisonnement utilisé lors de l'analyse du défaut de surveillance : suite au suicide de sa fille dans un établissement hospitalier où elle était hospitalisée sans son consentement, la mère d'une patiente a porté plainte contre ce dernier. La plainte pénale a abouti à un non-lieu, la demande indemnitaire a été rejetée une première fois en cour d'appel (cour d'appel de Riom, arrêt du 23 février 2011). Un pourvoi en cassation a été formé et rejeté par un arrêt du 13 décembre 2012. Dans un article analysant cette décision, Sophie Guigue explique que si la prévisibilité de l'acte pouvait être considérée avérée (existence d'un geste suicidaire le jour de l'admission), la patiente ayant été décrite calme par l'équipe soignante lors des visites précédant le suicide, le juge n'a pas considéré qu'il existait des signes d'alerte manifestes (131).

Ici, les antécédents suicidaires ne suffisent donc pas à affirmer la prévisibilité de l'acte. L'obligation de surveillance est considérée comme une obligation de moyens.

La juridiction a estimé qu'aucune faute de surveillance n'avait été commise, la patiente ayant en effet été placée « en isolement strict », sans effets personnels, sans meuble sinon un lit fixe ; la médication prescrite attestait de la prise en compte de la gravité, une surveillance régulière de la patiente a été réalisée. La cour a considéré que la strangulation au moyen d'un drap ne relevait pas d'une faute de surveillance (131).

2. Aux États-Unis

Comme le mentionnent Smith et al., les établissements hospitaliers sont généralement considérés davantage responsables de la prévention des dommages que lors d'un suivi en consultation : ceci s'explique d'une part par la plus grande sévérité de la maladie des patients, mais aussi par le caractère constant des soins (119).

1. Eléments de jurisprudence

Lors de l'affaire *Weatherly vs New York State* en 1981, un psychiatre hospitalier a été tenu responsable du suicide d'un patient dans le service, le tribunal ayant estimé qu'il aurait nécessité une surveillance plus étroite. Le patient avait sauté par une fenêtre de l'hôpital, ce qui a été jugé prévisible étant donné la détérioration de son état.

Ainsi, observe Bongar (121), les professionnels prenant en charge des patients de façon ambulatoire n'ont généralement pas été tenus aux même normes que ceux s'occupant de patients hospitalisés, sans doute du fait de la moindre possibilité de surveillance et d'action.

Cette norme, rappelle Smith (119), a été fixée lors de l'affaire *Speer v. United States* en 1981, affaire impliquant une psychiatre libérale ayant réalisé une ordonnance pour une durée d'1 mois, laquelle a été utilisée par le patient pour faire un surdosage mortel (119). Le tribunal a jugé la psychiatre non responsable du suicide car dans ces circonstances, elle ne pouvait surveiller en permanence le patient (119).

Toutefois, le nombre de poursuites contre les praticiens libéraux est en augmentation, remarquent Packman et al. en 2004 (135).

Certains demandeurs parviennent à engager la responsabilité du psychiatre, comme dans l'affaire *Bellah vs Greenson* jugée en 1978 par la Cour d'appel de Californie, où un patient est mort à la suite d'une intoxication médicamenteuse volontaire. (119) Son psychiatre avait documenté le risque, sans indiquer la prise de mesures préventives et a de ce fait été jugé responsable (119).

2. Une décision historique

L'affaire *Bogust vs Iverson*, citée par Smith et al, est un exemple historique d'engagement de responsabilité en cas de suicide. Iverson était le directeur des ressources humaines et enseignant au *Stout State College*. Il avait reçu une étudiante du nom de Jeannie Bogust, dont il ignorait qu'elle était suicidaire, mais qui présentait des « signes de détresse psychologique ». Six semaines après leur entretien, Bogust s'est suicidée et ses parents ont poursuivi Iverson, au motif que ce dernier n'avait pas obtenu de prise en charge psychiatrique pour leur fille et ne les avaient pas avertis (119).

La cour suprême du Wisconsin n'a pas tenu Iverson responsable de la mort de Bogust.

Iverson n'étant pas un professionnel de santé mentale, le tribunal n'a pas eu les mêmes attentes à son égard. Cette décision est survenue à une époque où il était considéré que les universités agissaient « *in loco parentis* », c'est-à-dire ayant certains droits et responsabilités analogues à ceux des parents des étudiants, dont le devoir de les protéger. Toutefois, même si Iverson n'a pas été jugé responsable, sous ce régime de devoir juridique accru, le cas a créé un précédent et a eu une influence notable sur la jurisprudence ultérieure ; il instituait l'absence de devoir spécifique de prévention du suicide (119).

Une autre décision, des tribunaux de l'Iowa, semble indiquer que les universités ne sont pas tenues d'informer les parents d'un risque de suicide connu parmi leurs étudiants, malgré l'existence d'une loi sur les droits de la famille et le respect de la vie privée (*Family Education Rights and Privacy Act,* 1974) stipulant qu'il est interdit aux établissements de divulguer les renseignements du dossier d'un étudiant (de plus de 18 ans), sans son consentement écrit, à moins que la divulgation ne contribue à prévenir un dommage (119).

L'affaire *Jain vs State*, rapportée par Blanchard (136) illustre cette question : en 2000, le personnel de la résidence universitaire d'un étudiant, nommé Sanjay Jain avait connaissance de ses intentions de suicide après une dispute avec sa petite amie. Il promit d'aller consulter, mais se suicida peu de temps après (119).

La famille de Jain a poursuivi l'université indiquant que s'ils avaient été informés de la détresse de l'étudiant, ils auraient tenté d'empêcher sa mort en s'assurant d'une prise en charge psychologique. La cour suprême de l'Iowa a déclaré que le suicide de Jain avait été causé par sa propre initiative, l'université n'était pas légalement tenue de le prévenir et n'était pas responsable (119).

Certaines universités ont toutefois résolu de prendre des mesures à ce sujet, ainsi qu'en témoigne l'exemple de l'université de l'Illinois : la politique adoptée par cet université en 1984 impose à tout étudiant qui tente ou menace de se suicider d'assister à quatre séances avec un professionnel de santé mentale, dont la première doit avoir lieu dans la semaine de l'incident suicidaire. Si l'étudiant refuse, il est exclu de l'université (Joffe, 2008) (137).

Notons que l'université de l'Illinois a la moitié du taux de suicide de la plupart des universités. Un seul étudiant a été exclu en raison du refus de consulter un professionnel. Aucun étudiant décédé par suicide n'avait préalablement participé au programme de 4 séances obligatoires ; ces suicides pourraient être considérés imprévisibles. Ce type de programme n'est pas adopté par la majorité des universités, malgré son efficacité avérée, rapporte Smith (119).

Il a pu être objecté que le renvoi de l'université pourrait accroitre le sentiment d'exclusion de l'étudiant et accroître son risque suicidaire (119). Toutefois, Smith et al. (119) sont favorables à la généralisation de ce type de programmes, eu égard à la prévisibilité des suicides, mais jugent que des mesures préventives seraient préférables à l'exclusion.

3. Suicide et milieu pénitentiaire

Le milieu carcéral est un autre exemple de suicide dans un cadre institutionnel, pouvant potentiellement engager la responsabilité de l'administration pénitentiaire ; Mumola (138), cité par Smith (119) dans un rapport de 2007 sur la mortalité en prison aux États-Unis, indique qu'il s'agit de la 5ème cause de décès en milieu carcéral aux États-Unis (derrière les affections cardio-vasculaires, le cancer, les maladies hépatiques et le SIDA).

Pourtant, les facteurs de risque ont été étudiés ; notamment, une étude de 2004 par Shaw et al. montre que plus de 10 % des suicides se produisent dans les 24 heures suivant l'incarcération (139).

Cette donnée, selon Smith et al. (119) ne plaide pas pour le fait que l'impulsivité soit à l'œuvre dans ces suicides : ils expliquent en effet que le risque est accru chez les détenus en raison d'une plus grande susceptibilité de présenter un trouble mental et/ou un problème d'abus de substances, qui sont des facteurs de risque connus pour le suicide, l'environnement carcéral ayant lui-même été cité comme facteur d'augmentation du risque suicidaire (notamment par Liebling, en 1994) (140).

Ainsi, explique Smith, les détenus sont en fait plus à risque de suicide tout au long de leur vie (119).

Cette prédisposition interagirait avec le facteur de stress puissant que constitue le fait d'être arrêté et les détenus pourraient avoir déjà élaboré des plans sans avoir résolu de les utiliser jusqu'alors. Les suicides dits impulsifs, affirment-ils, s'inscriraient en fait dans une certaine planification (119).

Les prisons ne sont toutefois pas tenues légalement de dépister le risque de suicide, rapporte Franks, et sans cette exigence d'évaluation, il est difficile d'établir que le suicide était prévisible par le personnel pénitentiaire. L'affaire *Burns v. City of Glaveston* (1990) a établi que l'évaluation psychologique n'est pas une composante des soins médicaux nécessaires requis par la loi de 1983 relative aux droits civils (141).

La responsabilité d'un gardien peut être engagée s'il ou elle affiche « une indifférence délibérée », car elle constituerait une violation de la constitution. Franks qualifie « d'énigme » la loi fédérale au sujet du suicide en prison et parle de « double contrainte » pour les surveillants pénitentiaires (141).

La connaissance d'un comportement suicidaire couplée à une défaillance du personnel à prendre des mesures de prévention ne suffit pas à établir la responsabilité d'une entité gouvernementale, comme l'atteste l'affaire *Freedman vs City of Allentown* (1988), citée par Smith : le père d'un détenu qui s'était suicidé dans une cellule a porté plainte, alléguant que les penchants suicidaires de son fils étaient connus ou auraient du l'être, au vu de nombreuses et proéminentes cicatrices qu'il portait sur les bras et le cou, largement visibles au cours de l'interrogatoire qui avait précédé. La plainte du père de Freedman a été rejetée en appel (119).

Comme le font remarquer Smith et al., le dépistage ne suffit pas s'il n'est pas assorti de mesures préventives (119) : une étude menée par Daniel et Fleming en 2006, a recensé les décès par suicide dans le système carcéral d'un État sur dix ans ; aucune des personnes décédées par suicide n'était sous surveillance préventive au moment de sa mort. Pourtant on peut estimer que la majorité était prévisible (60 % avaient exprimé leur intention à quelqu'un et parmi eux, 82 % dans la semaine précédant la tentative fatale). Toutefois, le partage de ces intentions et le fait d'avoir été évalué pour le risque ne suffisait pas à qualifier la situation d' « indifférence délibérée » qui constituerait une violation du huitième amendement (129).

5. Étude de la prévalence du risque

Il ne s'agit pas d'étudier la prévalence du comportement suicidaire mais celle du risque d'être confronté à un engagement de responsabilité pour cette raison.

Berman, en 1989 précise que plus de la moitié des psychiatres perdront un patient par suicide à un moment de leur carrière (122). Plusieurs autres études, d'époques et de pays différents, ont mis en évidence et estimé la fréquence du suicide au cours de la vie professionnelle d'un psychiatre. Elles tendent à montrer que expérience du suicide d'un patient est courante.

1. Slawson et al.

En 1974, dans *Legal responsibility for suicide* (142), Slawson et al. constatent déjà que le suicide est un recours fréquent d'action en psychiatrie : les auteurs réalisent une revue des décisions de justice de 1927 à 1962 concernant cette question. Ils trouvent une tendance à l'augmentation de l'imputabilité de la faute aux médecins et aux hôpitaux.

2. Alexander et al.

En 2000, Alexander et al. réalisent une étude parmi 315 psychiatres écossais, 247 réponses ont été recueillies, soit un taux de 78 % de réponse. L'objectif était d'évaluer les conséquences du suicide d'un patient sur les psychiatres. Il ressort que 68 % des psychiatres avaient connu le suicide d'un patient. Un tiers d'entre eux (33 %) ont été affectés par cet événement en terme de retentissement sur l'humeur, le sommeil, l'irritabilité. 42 % déclaraient avoir effectué des changements dans leur pratique (approche plus structurée, recours accru à la législation), 15 % ont envisagé de prendre prématurément leur retraite (143).

3. Rey et al.

En 2002, Rey et al. ont réalisé une étude auprès des 2059 psychiatres australiens inscrits au *Royal Australian and New Zealand College* afin d'évaluer leur niveau de satisfaction professionnelle. 50 % d'entre eux ont répondu. Parmi les répondeurs, 29 % déclaraient avoir déjà eu un patient s'étant suicidé (144).

4. Ruskin

En 2004, Ruskin a étudié l'impact du suicide d'un patient sur les psychiatres, en interrogeant rétrospectivement 239 psychiatres (parmi 495, ce qui correspond à un taux de réponse de 48 %) rattachés à l'université de Toronto, à propos d'événements survenus entre 1980 et 1995 : la moitié des répondeurs (120/239) avait eu l'expérience de suicide d'un patient, 62 % pendant leur formation. Il apparaissait que les psychiatres d'orientation biologique étaient moins à risque (145).

L'étude de Ruskin (145) s'intéresse également aux conséquences d'un suicide sur les psychiatres : celles-ci étaient moins sévères lorsque le suicide était survenu au cours de leur formation (*Postgraduate Training*) et étaient inversement corrélées à la perception qu'avait le clinicien de son intégration sociale au réseau professionnel. La majorité des psychiatres parvenaient à surmonter l'événement, mais chez un quart d'entre eux, les manifestations émotionnelles pouvaient approcher des niveaux pathologiques (symptômes d'anxiété, d'état de stress aigu, de stress post traumatique).

6. Etude de décisions portant sur la responsabilité du psychiatre en cas de suicide : exemple de l'Italie

Dans un article paru en 2013, Terranova et Sartore (146) ont souhaité analyser les facteurs les plus souvent associés à un verdict défavorable en cas de poursuite d'un psychiatre après le suicide d'un patient, en Italie. Il s'agit d'une étude rétrospective de 26 décisions de justice pénales prononcées par des tribunaux italiens, entre 1975 et 2009.

Leur objectif est d'analyser les comportements considérés défaillants et jugés fautifs par un tribunal à propos de l'accusation d'un psychiatre dont la responsabilité est engagée après le suicide d'un de ses patients.

Le suicide en milieu psychiatrique représentait la première cause d'événement sentinelle rapporté au ministère par les services de santé mentale de 2005 à 2009 : 88 reports de cas de suicides et tentatives de suicide en milieu hospitalier de septembre 2005 à août 2009 ont été faits auprès du ministère de la santé italien (146).

En Italie (également), la plupart des cas de responsabilité pour faute professionnelle en psychiatrie sont jugés par les juridictions civiles. Le nombre de cas classés parmi les affaires criminelles sont une minorité, car l'ouverture d'une procédure pénale est soumise à une vérification par les tribunaux de l'existence de certaines conditions de preuve plus rigoureuse qu'en matière civile. Les cas analysés dans cette étude répondent à ces critères et ont été jugés par les instances pénales (146).

Le nombre des affaires analysés ici étant limité (26 cas), leur étude se limite à une analyse descriptive des caractéristiques de ces décisions, en particulier les motifs de condamnations suite au suicide d'un patient. Ces données peuvent être commentées mais les conclusions ne peuvent être étendues à une autre population.

Les décisions ont été réparties en 2 groupes selon si le psychiatre a été jugé coupable ou non :

- Groupe 1 : culpabilité reconnue d'homicide involontaire : 12 verdicts
- Groupe 2 : culpabilité non reconnue d'homicide involontaire : 14 verdicts

Les résultats de l'analyse des affaires sont présentés dans le tableau reproduit ci-dessous :

	Groupe 1	Groupe 2	Total
Motif de réclamation pour faute professionnelle			
Erreur diagnostique	1	1	2
Défaut de surveillance	7	11	18
Prise en charge inappropriée	1	1	2
Défaut de surveillance et prise en charge inappropriée	2	1	3
Erreur diagnostique et Prise en charge inappropriée	1	0	1
Caractéristiques des patients			
Diagnostic de syndrome dépressif	5	3	8
Syndrome psychotique et dépressif	5	1	6
Syndrome psychotique	0	1	1
Schizophrénie	2	3	5
Non défini	0	6	6
Tentative de suicide antérieure			
Oui	9	4	13
Non	3	8	11
Non connu	0	2	2

	Groupe 1	Groupe 2	Total
Méthode suicidaire			
Défenestration	7	9	16
Pendaison	1	1	2
Non défini	4	4	8
Pendant l'hospitalisation			
Oui	8	13	21
Non	4	1	5
Pendant les soins sous contrainte			
Oui	0	1	1
No	12	13	25
Motif du jugement par le tribunal			
Erreur diagnostique	1	0	1
Surveillance	7	0	7
Prise en charge / Thérapie	1	0	1
Défaut de surveillance et prise en charge inappropriée	2	0	2
Erreur diagnostique et prise en charge inappropriée	1	0	1

Tableau 19 : description des réclamations juridiques de l'étude de Terranova et Sartore (147)

Les tribunaux ont retenu la culpabilité du psychiatre dans 12 cas, estimant que le suicide était prévisible et aurait pu être évité. Cette prévisibilité a pu être attribuée à un(e) : (146)

- Erreur diagnostique : 2 cas (1 coupable, 1 non coupable).
- Défaut de surveillance : 18 cas (7 coupables, 11 non coupables)
- Prise en charge inappropriée : 2 cas (1 jugé coupable, 1 jugé non coupable)
- Défaut de surveillance et prise en charge inappropriée : 3 cas (2 coupables, 1 non coupable)
- Erreur diagnostique associée à prise en charge inappropriée : 1 cas, coupable.

Les auteurs également proposent une répartition selon :

- Les symptômes présents :
- Symptômes dépressifs et symptômes psychotiques : 14 cas (10 jugés coupables, 4 non coupables)
- Tentative de suicide antérieure : 13 cas (9 coupables, 4 non coupables)
- La méthode suicidaire :
- Défenestration : 16 cas (7 coupables, 9 non coupables)
- Pendaison : 2 cas : 1 coupable, l'autre non coupable

La méthode de suicide dans la plupart des cas du groupe 1 et 2 était la défenestration. Les auteurs estiment que cette méthode convient à une intention impulsive, caractérisant la plupart des suicides. En Italie en 2008, la défenestration était la seconde méthode la plus fréquente après la pendaison chez les hommes, la première chez les femmes, et la première parmi les tentatives de suicide (146).

Un manque de surveillance a été avéré dans les cas où la sévérité des symptômes et des tentatives de suicide antérieures avaient été sous estimées. Il est notable que dans la quasi-totalité des cas, une tentative de suicide (21 cas) avait eu lieu au cours de l'hospitalisation (146).

Dans deux cas, où la surveillance et la prise en charge étaient considérées inadéquates, le suicide est survenu durant l'instauration du traitement antidépresseur (146).

7. Responsabilité, suicide et professionnel de santé mentale

Dans le cas des professionnels de santé mentale, la nature même de la relation implique un devoir de prévention des dommages, c'est ce que précise le droit de la responsabilité délictuelle (119). Cette théorie est appuyée par des affaires judiciaires, comme celle de *Kckelman vs Segal* en 1998, où la cour d'appel de Californie a jugé que les psychiatres ont le devoir de tenter de prévenir le suicide, y compris lors de soins ambulatoires (135).

1. Conditions de responsabilité

Pour qu'une réclamation pour suicide l'emporte devant le tribunal , il faut qu'il soit établi que le psychiatre savait ou aurait du savoir qu'il était probable que le patient ferait une tentative de suicide et qu'il a manqué à prendre des mesures raisonnables pour le prévenir (Taub, 1985) (147).

Gross, dans un article de 2005, envisage 3 manières pour un thérapeute d'être tenu responsable du suicide d'un patient : (148)

- La négligence, qui consiste à ne pas employer les précautions raisonnables pour éviter un dommage.
- L'indifférence délibérée (condition analogue à la violation constitutionnelle des établissements pénitentiaires)
- La faute professionnelle, qui consiste à ne pas respecter les standards de la profession.

La distinction entre la faute et la négligence est justifiée ainsi : la négligence est définie par rapport à ce que ferait ou ne ferait pas une personne raisonnable pour protéger une autre, la faute professionnelle est définie par référence à des normes professionnelles.

Ce qu'est une norme de soins a été étudié par Simon en 2002 ; il remarque que la méthode utilisée pour établir une norme de diligence professionnelle, telle qu'elle a été discutée dans l'affaire *Stepakoff vs Kantar* par la cour d'appel du Massachusetts, se référait à la pratique quotidienne des professionnels, donc à l'actualité des pratiques, et non à des normes professionnelles idéales (120).

Smith et al. (119) ajoutent qu'il convient davantage de chercher ce que le thérapeute idéal ferait plutôt que le thérapeute moyen, car il suffit que la majorité des psychiatres ne pratiquent pas une évaluation appropriée du risque suicidaire pour considérer cette attitude exonérante de responsabilité ; en d'autres termes, supposer que nulle faute n'a été commise parce que l'on se situe au même niveau de négligence que les autres.

Terranova et Sartore estiment que la prédiction du risque suicidaire est l'un des problèmes les plus complexes en psychiatrie (146) ; bien que certains suicides ne puissent être prévenus, un psychiatre peut agir convenablement et ainsi éviter une procédure juridique ou disciplinaire.

Ils rappellent que l'évaluation du risque suicidaire est fondée sur l'entretien, qui devrait assurer qu'un temps suffisant est accordé au patient, éviter toute attitude superficielle ou mépris pour le ressenti des patients. Au cours de ces entretiens, le psychiatre doit garder à l'esprit les signes directs et indirects, identifier les manifestations d'impulsivité , la rigidité cognitive, investiguer l'idéation suicidaire du patient et le sentiment de perte d'espoir (146).

Bien que 25% des patients à risque suicidaire n'admettent pas ouvertement avoir des pensées suicidaires auprès du clinicien (149), celles-ci peuvent être inférées à partir d'événements inhabituels. Par exemple, un accident de voiture dans des circonstances atypiques, ou une blessure en dehors d'un contexte d'agression devraient alerter le psychiatre sur la possibilité d'une tentative de suicide (146).

Si le risque de suicide est avéré, une évaluation complémentaire doit préciser l'imminence de ce comportement suicidaire. L'intention de mourir (explicitement exprimée ou déduite du comportement) ainsi qu'un niveau élevé de désespoir sont des indices d'un risque imminent.

En cas de risque imminent ou élevé, une action immédiate est nécessaire, incluant surveillance et vigilance à l'égard des patients, éventuellement par une hospitalisation, suppression des moyens létaux à disposition, et instauration d'un traitement de tout trouble psychiatrique associé.

Toutefois, malgré un recueil complet et d'autres précautions d'évaluation, certains patients se suicideront inévitablement, quels que soient les efforts de prévention du clinicien estiment Terranova et al (146).

2. Facteurs de risque et réflexions sur les pratiques

Les facteurs de risque de comportement suicidaire ont été largement étudiés. L'APA regroupe ces facteurs en 10 catégories (150) ; parmi eux :

- présence d'idées ou comportement suicidaires, passés ou actuels
- présence d'une pathologie psychiatrique
- présence d'une maladie physique
- variables démographiques : sexe masculin, statut marital (veuf, divorcé, célibataire), âge supérieur à 60 ans, adulte jeune ou adolescent, orientation sexuelle
- paramètres psycho-sociaux (perte récente de soutien social incluant le fait de vivre seul, absence d'emploi associée à des difficultés financières, événement de vie stressant),
- traumatisme de l'enfance (abus physique ou sexuel),
- paramètres génétiques et familiaux (histoire familiale de suicide ou de maladie mentale)
- paramètres psychologiques (perte d'espoir, douleur morale, symptômes d'anxiété, sentiment de honte, estime de soi altérée, impulsivité …)
- paramètres cognitifs (perte des fonctions exécutives notamment),
- abus de substances dont alcool (151) et accès facile à des moyens létaux.

Simon note que l'évaluation adéquate du risque suicidaire n'est pas systématique chez les praticiens, en raison du manque de temps, de l'anxiété relative à cette question, de la croyance erronée que cette documentation du risque puisse être pourvoyeuse de poursuites judiciaires et enfin d'une formation insuffisante à telle évaluation (120).

Terranova et Sartore insistent sur la documentation des variables démographiques, ainsi que la fréquence et la durée de pensées suicidaires (146).

3. Impulsivité ?

Pour Smith, il importe que la recherche en suicidologie puisse éclairer les théories juridiques de la responsabilité dans le suicide, notamment le rôle qu'y joue l'impulsivité.

Smith et al. (110) reconsidèrent l'association classiquement admise entre impulsivité et suicide ; cet examen importe en terme de responsabilité, puisque l'un des déterminants de la prévisibilité d'un comportement suicidaire est précisément le caractère impulsif de cet acte.

Smith et al. suggèrent que la majorité des suicides ne sont pas impulsifs et sont dans une certaine mesure prévisibles. Il est ainsi justifié d'investiguer l'existence d'un plan de suicide. Ils ajoutent que l'absence de recherche d'un tel plan pourrait être déterminant dans une affaire de faute professionnelle (119).

Une étude de Simon et al. en 2001 (152), incluant 153 cas de suicide, montre que la majorité (76 %) ne constituaient pas un acte impulsif, et 24 % relevaient d'un acte impulsif, un taux plus faible encore étant trouvé parmi les sujets déprimés.

Dans cette étude l'impulsivité est définie par une durée inférieure à 5 minutes entre la décision de suicide et la concrétisation de l'acte (152).

Joiners en 2005 indique également que les suicides purement impulsifs (c'est-à-dire sur un coup de tête) sont infiniment rares (153).

Dans leur revue, Smith et al. (119) concluent que si l'impulsivité est un facteur de risque, aucun mécanisme irréfutable la reliant au suicide n'a été mis en évidence. Il ressort de leur analyse que si la majorité des personnes qui se suicident ont des niveaux d'impulsivité plus élevés, la majorité des suicides n'est pas commise impulsivement et les plans pré existent à la tentative, ce qui plaide en faveur d'une certaine prévisibilité, et de l'intérêt d'une évaluation systématique des plans (119).

Contrairement à la position défendue par Smith, des recherches ont observé un lien entre impulsivité et comportement suicidaire, comme celle de Conner et al. en 2004 portant sur 625 adolescents et jeunes adultes hommes (154). D'autres ont proposé un modèle stress-vulnérabilité (Mann et al. 1999) (155) où la prédisposition pour le suicide comporte une tendance à agir impulsivement et des pensées suicidaires plus fréquentes ; ainsi devant un facteur de stress, l'individu prédisposé sera plus à même de réaliser une tentative de suicide. Cette prédisposition dit Mann (155), est plus déterminante que les symptômes psychiatriques co-occurents (ici, facteurs de stress).

4. En pratique

Simpson et Stacy, en 2004 (156) rapportent ces recommandations :

- procéder à des évaluations régulières et systématiques du risque suicidaire
- documenter ces évaluations
- prendre des mesures proportionnelles au degré de risque
- documenter ces actions
- recueillir des informations à partir d'autres sources (entourage, soignants) avec le consentement approprié du patient qu'il faut tenter d'obtenir plusieurs fois.
- documenter les tentatives.

D'autres facteurs que la présence d'idées suicidaires sont considérés : Beck en 1998 met en évidence l'importance du modèle comportemental antérieur d'un individu, Joiner et al. en 2005 rapportent que le prédicteur le plus puissant est une tentative de suicide antérieure ; Joiner et al. ont également constaté en 2003 que le meilleur facteur prédictif de décès par suicide était le « pire moment » d'intensité suicidaire pendant la planification (157).

Gross en 2005 (148) observe que le respect de ces recommandations ne garantit pas l'absence de poursuites, mais le thérapeute ne sera probablement pas jugé responsable de la mort du patient et la plupart des demandeurs potentiels n'intenteront pas d'action si elles ont été suivies.

Smith et al. (119) voient aussi dans cette évaluation systématique un moyen de limiter l'engagement de responsabilité, car à défaut d'empêcher le suicide, elle rendra difficile l'accusation de négligence si une personne a nié l'existence d'intentions suicidaires. Ainsi, estiment-ils, l'évaluation a non seulement pour intérêt potentiel de sauver des vies, mais également de protéger les intervenants en cas d'action judiciaire (119).

La survenue d'un suicide malgré la prise de précautions permettra en outre d'atténuer le sentiment de culpabilité ou d'inaptitude qui pourraient en résulter.

Ruskin suggère que la formation des psychiatres gagnerait à comporter des programmes de formation dédiés à la préparation au risque spécifique de suicide d'un patient, à accroitre la sensibilisation aux conséquences de cet événement, ainsi qu'à la mise en œuvre de protocoles systématiques pour soutenir les praticiens concernés (145).

Alexander et al. (143) en Ecosse, arrivent en 2000 à des conclusions proches : ils recommandent la tenue de rencontres professionnelles pour « [examiner cette situation et améliorer la prise en charge] ». Les psychiatres interrogés dans leur enquête citaient ce temps d'examen de la situation critique parmi les meilleures sources d'aide rencontrées (143).

L'analyse des décisions de justice met l'accent sur d'autres situations devant attirer l'attention :

- Parmi les mesures pensées pour diminuer le risque suicidaire, Terranova et al mentionnent le « contrat de sécurité » (*contrat for safety*), par lequel le patient suicidaire promet, dans une déclaration écrite, de ne pas se donner la mort (Garvey) (158). Si cet outil a été conçu afin d'évaluer le risque suicidaire et renforcer la compliance thérapeutique, il ne constitue pas un transfert de responsabilité des actes du clinicien et n'influence donc pas l'issue juridique (159).
- Le défaut de surveillance a été discuté par Franchitto et al (160) : il s'agit du motif le plus souvent retenu lors d'une poursuite pour faute professionnelle après un suicide. Il peut être lié directement au psychiatre ou à une délégation par le médecin de la surveillance du patient (infirmier ou travailleur social) (161).
- L'appréciation inadéquate des tentatives de suicide antérieures est un autre facteur mis en évidence par Terranova et al (146), ce qui concorde avec les données de la littérature indiquant qu'elle est un prédicteur puissant de comportements suicidaires ultérieurs.
- Un traitement inadéquat, souvent associé à un manque de surveillance, est un autre paramètre susceptible de conduire à une mise en cause. Le problème concerne principalement les antidépresseurs. Ceci n'est pas surprenant, étant donné que les troubles de l'humeur sont les diagnostics le plus fréquemment associé au suicide (163) et que les antidépresseurs ont un délai d'action (164).

  Certains auteurs ont montré que le risque suicidaire est accru lors de l'initiation des traitements antidépresseurs (165). En particulier, en décembre 2006, la FDA a soulevé un avertissement stipulant que les antidépresseurs pourraient être associés à un risque accru d'idéation suicidaire, des conduites suicidaires chez les enfants et les adolescents et jeunes adultes, mais pas chez les adultes (166).

  Ce paramètre attire l'attention sur l'importance d'une surveillance appropriée des patients et à la vigilance nécessaire après l'initiation d'un antidépresseur.
- Florentine et al se sont intéressés à la limitation de l'accès aux moyens suicidaires (167) : les études en population générale, les études cas témoins, et les entretiens qualitatifs indiquent que la limitation de cet accès est efficace dans la prévention du suicide, particulièrement dans des contextes où ce dernier est fréquent, à haut risque létal, et difficilement substituable par d'autres méthodes. Le délai provoqué par la limitation de ces accès aux moyens létaux peut permettre aux patients d'obtenir de l'aide à temps (167).
- Un moment particulièrement critique pour le risque suicidaire est la période suivant immédiatement la sortie de l'hôpital ; il est significativement plus élevé dans le mois suivant la sortie : 16 à 38% des suicides survenus durant l'année écoulée après une hospitalisation ont lieu au cours de ce premier mois. Ainsi, une meilleure compréhension du processus suicidaire à la sortie de l'hôpital pourrait aider à l'instauration de mesures préventives au cours de cette période transitionnelle critique (168).

6. Responsabilité et inconduite sexuelle

Cette question a été étudiée en détail par Robert Simon, enseignant universitaire de psychiatrie et psychiatrie médico-légale à Washington, déjà cité plus haut pour ses publications sur la responsabilité dans le suicide.

Simon, dans un article consacré à l'inconduite sexuelle d'un thérapeute, décrit un processus progressif (« un chemin […] pavé de transgressions ») et ajoute « sauf en cas de viol, le thérapeute qui a finit par abuser sexuellement d'un patient suit le cours remarquablement prévisible d'une «histoire naturelle» (169).

Beaucoup de modes d'exploitation des patients n'impliquent pas d'intimité sexuelle. Par exemple, l'exploitation financière est bien plus courante. A chaque fois qu'un thérapeute utilise un patient pour sa propre gratification, il s'agit d'exploitation, dit Simon. L'influence puissante que le thérapeute peut exercer sur les patients peut devenir sexuelle par l'action du thérapeute, « le pouvoir est un puissant aphrodisiaque » (170). Le thérapeute doit maintenir les limites de façon particulièrement attentive avec les patients dont les exigences testent constamment les limites.

1. Fondements de la responsabilité du thérapeute

Simon soutient que la responsabilité pour inconduite sexuelle ne peut être attribuée qu'au praticien. Il argumente en rappelant le cadre de la relation thérapeutique :

Les limites du cadre thérapeutique sont établies par le thérapeute afin de définir et sécuriser la relation professionnelle et promouvoir un lien de confiance.

Les principes directeurs comprennent : (169)

- L'absence de gratification personnelle : le thérapeute ne doit pas utiliser le patient à des fins personnelles ou de gratification. La seule gratification est monétaire pour les services professionnels rendus.
- Le devoir de neutralité, qui fait référence au devoir qu'a le thérapeute d'éviter les interférences non thérapeutiques dans la vie personnelle du patient dans le cadre du maintien de l'autonomie et de l'autodétermination.
- Le respect de la dignité humaine.

Simon appuie sa position en rappelant que : (169).

- Les thérapeutes sont sensés posséder des connaissances et compétences professionnelles.
- Ce sont les thérapeutes qui sont responsables de l'inconduite sexuelle. Seul le thérapeute répond à un code de déontologie, qu'il est par conséquent le seul à pouvoir enfreindre. Les patients ne peuvent répondre à une faute professionnelle (171).
- Le patient ne peut véritablement consentir à une relation sexuelle avec le thérapeute. Simon parle d' « illusion du consentement » du patient (172).
- Dans tout processus thérapeutique, le patient explore sa vulnérabilité psychologique à l'exploitation. La vie recèle de futures occasions d'exploitation. Les patients qui ont été abusés sexuellement, enfants ou adultes, ont un risque accru de revictimisation.

2. Limites et Transgression

Pour Simon, les transgressions sont les symptômes, et non la cause, de la mauvaise gestion par le thérapeute de la relation professionnelle avec le patient (169).

Toutefois, des désaccords existent sur ce qui constitue ou non une transgression. Les différences tiennent à la nature du patient, au type de traitement, à l'état de l'alliance thérapeutique, à la formation et l'expérience du thérapeute ; par exemple, les thérapeutes d'enfants et géronto-psychiatres touchent souvent leurs patients, mais « d'une manière cliniquement appropriée », explique Simon. Les thérapeutes cognitivo-comportementaux peuvent accompagner les patients phobiques dans une variété de circonstances, telles que manger au restaurant, utiliser les toilettes publiques… (169).

Le dépassement d'une limite est fréquent en psychothérapie. Il est généralement bénin, reconnu par le thérapeute, et souvent productif (173). Une position prescriptive concernant les limites du cadre n'est pas tenable, il n'existe pas de norme unique et des frontières trop rigides peuvent avoir des conséquences négatives(171).

Les questions relatives aux limites, qui émanent du patient, sont inévitables et ont un rôle essentiel dans le travail de psychothérapie. En revanche, les violations des limites proviennent exclusivement du thérapeute et sont nocives, en particulier si elles progressent sans être supervisées.

La question centrale est celle de la violation de la confiance, et pas le consentement aux relations sexuelles.

3. Prévalence / fréquence

Dans une étude nationale, Gartrell et al. ont rapporté que parmi les psychiatres américains, 7,1% des hommes (n= 1057) et 3,1% des femmes psychiatres (n= 257) reconnaissaient avoir eu un contact sexuel avec un(e) de leur patient(e).

Ils voient là un domaine important pour la formation initiale des résidents et la formation continue. (« Relations sexuelles entre psychiatres et patient : les résultats d'une étude nationale », 1986) (174).

Dans l'étude de Gartrell, 88% des contacts sexuels concernaient des psychiatres masculins en relation des patientes femmes, 7,6% concernaient des psychiatres de sexe masculin et des patients de sexe masculin, 3,5% des psychiatres femmes et des patients hommes, enfin 1,4% des femmes psychiatres et des patientes femmes.

Parmi les 38,4% qui étaient récidivants, on ne comptait aucun psychiatre femme (174).

Pope et Al (175) ont interrogé 575 psychothérapeutes et constaté que 87% d'entre eux (95% d'hommes, 76% de femmes) se sont sentis attirés sexuellement par leur patients, mais seulement 9,4% des hommes et 2,5% des femmes sont passés à l'acte.

63% des thérapeutes ont éprouvé de la culpabilité, de l'anxiété, ou de la culpabilité au sujet de leur attraction sexuelle. Toutefois, la grande majorité des thérapeutes qui ont des sentiments érotiques envers leurs patients n'ont pas agi (176).

Simon observe que si le taux déclaré de contact sexuel entre thérapeutes et patients est généralement de l'ordre de 7% à 10%, ces taux sont vraisemblablement plus élevés puisque les études d'auto-déclaration sont connues pour sous-estimer les données.

4. Sanctions légales et disciplinaires

Simon note que le sexe entre thérapeute et patient est universellement condamné par les professions de la santé mentale et constitue à la fois une négligence et une déviance de la norme de soins. Il n'existe pas de minorité respectée soutenant que cette pratique appartient aux bonnes pratiques (169).

Toutefois, dans un jugement rendu en 1990 (*St. Paul Fire and Marine Insurance Company v Love*), la cour suprême du Minnesota reconnaissait l'inconduite sexuelle comme risque professionnel pour les thérapeutes : « la psychothérapie prétend s'occuper des personnes concernées par des dysfonctions émotionnelles et sexuelles, et la compagnie d'assurance accepte de fournir une couverture pour les risques inhérents à l'activité professionnelle. Les risques professionnels dérivant du contre transfert constituent un tel risque. » (169).

Un nombre croissant d'États adoptent des lois qui prévoient des sanctions civiles et pénales pour les patients qui ont été sexuellement abusés (177).

3 types de recours légaux existent aux États-Unis:

- Une obligation de déclaration : qui exige la divulgation aux autorités de l'État de la connaissance d'une relation sexuelle actuelle ou passée entre thérapeute et patient
- Des lois civiles proscrivant les relations sexuelles entre patient et thérapeute.
- Des lois pénales encadrant l'abus sexuel entre patient et thérapeute.

L'exploitation sexuelle d'un patient, dans certaines circonstances, peut être considérée comme un viol ou une infraction analogue pénalement répréhensible. Généralement le caractère pénal de l'exploitation est déterminé par un de ces trois facteurs: (169)

- les moyens d'incitation du thérapeute ;
- l'âge de la victime ;
- l'existence d'une loi pénale spécifique dans l'état.

Le sexe avec un patient peut être pénalement poursuivi, en vertu des lois sur l'agression sexuelle, s'il peut être prouvé « hors de tout doute raisonnable » que le patient a été contraint par le thérapeute à se livrer à une activité sexuelle (par exemple, sous l'influence de drogues, de l'alcool, l'anesthésie, l'ECT, l'hypnose, sous la menace ou l'usage de la force).

Certains États possèdent des lois qui limitent la période au-delà de laquelle un thérapeute peut être tenu légalement responsable d'entretenir une relation avec un ancien patient. En Californie, par exemple, un thérapeute ne peut voir sa responsabilité civile engagée au-delà de 2 ans (169).

De plus, le délai de prescription pour engager une poursuite pour faute professionnelle peut être suspendu lorsque la capacité du patient à prendre conscience du dommage psychologique est compromise.

Bien que l'action juridique soit prescrite par cette loi conférant une immunité, une telle situation peut demeurer contraire à l'éthique, note Simon.

Les thérapeutes qui appartiennent à des organisations professionnelles peuvent être sanctionnés, suspendus ou radiés pour violation des codes d'éthique. Aucune restriction de temps n'a cours en matière de plainte éthique.

5. Relation thérapeutique

Simon défend l'intérêt du concept de transfert. Il s'appuie sur une définition classique : "L'attribution inconsciente à autrui de sentiments et des attitudes initialement associées à des figures importantes » (178).
Simon estime que, bien utilisé, le contre-transfert est un outil thérapeutique favorisant l'empathie et l'efficience de la thérapie (179). Il déplore que les « sentiments érotiques contre transférentiels » soient devenus synonymes de mauvaise prise en charge : certains thérapeutes réagissent avec honte et embarras, adoptent des limites rigides ou d'interruption soudaine du suivi, explique-t-il. D'autres thérapeutes, essentiellement de « fragiles néophytes » (*shaky neophytes*), interdisent aux patients de parler de leur ressenti sexuel vis-à-vis du thérapeute et posent cette condition pour la poursuite du suivi.

Simon note que d'autres modèles ont été proposés pour appréhender la question des relations patient-thérapeute :

- Gutheil préfère le modèle de l'excès d'influence (indue influence) pour aborder l'inconduite sexuelle. Il estime que le transfert et contre-transfert sont inopérants, irrespectueux et inappropriés quand ils servent à décrire une incompétence fonctionnelle du patient.
- Stone a proposé une violation de confiance qui ne se réfère pas au transfert ni à la capacité de consentir. (169)

Ces deux modèles, note Simon, peuvent être adoptés par des psychiatres comportementalistes ou biologistes n'étant pas formés aux concepts psychodynamiques.

Simon remarque que certains comportementalistes et psycho-pharmacologistes minimisent ou ne reconnaissent pas le transfert, le considérant comme un fantasme freudien obsolète. Il estime que les thérapeutes qui nient l'existence du transfert et du contre-transfert se placent dans une situation périlleuse. Tous les professionnels de la santé mentale, quelle que soit leur école de pensée, sont responsables de leur capacité à identifier et gérer leurs ressenti transférentiel (169).

La plupart des thérapeutes utilisent le transfert, directement ou indirectement. Les psychodynamiciens encouragent en général son développement comme une stratégie thérapeutique. Tomber amoureux du thérapeute est une expérience courante pour les patients. Le thérapeute a le devoir de répondre à ces sentiments dans le sens d'une progression thérapeutique. La durée des séances, la thérapie elle-même, l'intensité, l'intimité de l'interaction, le cadre privé, les sujets très personnel, et l'écoute attentive par le thérapeute sont capables d'éveiller de puissants désirs érotisés chez le patient et le thérapeute (169).

Certaines attitudes de transferts fréquentes se chevauchent souvent. L'hostilité ou la haine sont souvent antagonistes au développement d'une relation sexuelle. Toutefois, des sentiments négatifs forts envers le thérapeute peuvent être régis par un sentiment érotique latent qui fait soudain irruption dans la thérapie (169).

Gutheil déclare qu'aucun patient ne vient à un thérapeute pour un traitement mais plutôt pour un remède magique (180). De nombreux patients débutent leur thérapie avec le désir inconscient qu'une relation d'amour réparatrice avec le thérapeute comblera tous les besoins et réparera leurs peines (181).

Les bons soins d'un thérapeute sont souvent perçus par les patients comme des actes d'amour. Pour cette raison et une infinité d'autres, conscientes et inconscientes, les patients tombent régulièrement « amoureux « de leur thérapeute.

Certains exploitent cet amour à des fins de relation sexuelle. D'autres thérapeutes confondent ces sentiments avec un véritable amour et répondent à leurs propres besoins en établissant une relation sexuelle. Gabbard parle de « continuum entre une franche liaison amoureuse et des formes plus subtiles de gratifications dérivées du transfert » (182).

Même un thérapeute expérimenté peut rationnaliser son comportement, considérer sa relation au patient comme « très spéciale », ou « une véritable exception » à la règle prohibant les relations de cette nature. En fait, estime-t-il l'amour de transfert « *love transference* » peut être extrêmement capricieux, cache souvent une haine destructrice dont l'irruption terrible envahit le thérapeute et le patient.

Simon insiste sur quelques « pièges » du contre-transfert (169) : lorsque le thérapeute inconsciemment s'identifie à l'excès à un patient qu'il ou elle tente alors de sauver, le patient est traité comme un enfant protégé, le thérapeute devient une figure parentale. Certains thérapeutes tentent de réparer leur propre histoire (manque au cours de l'enfance, éducation défaillante, perte d'un parent) en même temps que les privations de l'enfance du patient (183) et (184). Surviennent alors des infractions croissantes aux limites thérapeutiques, une escalade des demandes envers le thérapeute qui abroge son rôle et entame une relation personnelle.

Bien que le thérapeute prenne conscience de la multiplication des transgressions, il ou elle se sent «impuissant» pour rétablir le cadre de la thérapie. Si une relation sexuelle se développe, elle est généralement alimentée et caractérisée par une dépendance et un besoin de soutien mutuels.

6. Eléments de l'histoire naturelle de l'inconduite sexuelle

Bien que les déterminants varient selon chaque dyade, Simon (169) observe que les thérapeutes traversent des transgressions remarquablement semblables avant de s'engager dans une relation sexuelle avec leur patient.

Les transgressions du cadre thérapeutique débutent insidieusement, dit Simon qui les résume ainsi : (169)

- érosion progressive de la neutralité du thérapeute
- violations de limites « *between the chair and the door* »
- socialisation de la thérapie
- le patient est traité comme un patient "spécial"
- divulgation d'informations confidentielles a propos d'autres patients
- divulgation d'informations personnelles de la part du thérapeute
- début des contacts physiques
- le thérapeute commence à exercer un contrôle sur son patient
- des contacts extra thérapeutiques surviennent
- la durée des consultations se prolonge
- les consultations sont programmées en fin de journée
- le thérapeute cesse de facturer le patient
- des rendez-vous sont fixés
- les relations sexuelles débutent

Des dommages sévères peuvent résulter des transgressions préliminaires (185).

- Même si aucune relation sexuelle n'a lieu, le franchissement de limites fait dévier la focalisation du thérapeute sur un traitement approprié.
- Bien souvent, des diagnostics de l'axe I sont ainsi minimisés ou omis.
- Des diagnostics de l'axe II tels que les troubles de la personnalité peuvent être totalement occultés.
- Il est courant d'observer une régression clinique du patient, souvent compliquée d'une tentative de suicide et d'hospitalisations psychiatriques.

A un certain stade, le patient reconnait qu'il a été sexuellement abusé. D'intenses sentiments d'humiliation er d'embarras surviennent habituellement. Le patient réinterprète chaque aspect de la relation comme une exploitation, défaisant tout potentiel bénéfice thérapeutique antérieur aux transgressions.

7. Facteurs de risque

Les facteurs de risque de franchissement des limites thérapeutiques au sein de la relation thérapeutique ont été groupés en (186) :

- Facteurs liés au thérapeute : événements de vie critiques, période de transition, maladie du thérapeute, solitude et envie à se confier, difficultés à poser des limites, ville de petite taille.
- Facteurs liés au patient : dépendance excessive au thérapeute, traumatisme itératif, transfert.

Gutheil souligne que les patients présentant une personnalité borderline sont particulièrement susceptibles d'être à l'origine de franchissement des limites, incluant les relations sexuelles. Ces patients sont également ceux qui sont le plus souvent à l'origine d'accusations calomnieuses. La connaissance de ces situations à risque peut permettre la prévention de leur survenue.

8. Thérapeutes vulnérables

Une étude canadienne par Garfinkel en 1997 (187) montrait que les thérapeutes auteurs d'abus sexuels présentaient le plus souvent de traits de personnalité antisociaux.

Gabbard (188) et (189) a décrit 3 catégories de thérapeutes ayant commis des abus sexuels sur les patients :

- Le groupe le plus restreint est celui de thérapeutes présentant un trouble psychotique, dont le comportement est motivé par des idées délirantes
- Le groupe des rédempteurs masochistes
- La catégorie des « psychopathes prédateurs et paraphiles », ou présentant une personnalité antisociale, qui adoptent un comportement d'exploitation dans toutes leurs relations
- La catégorie la plus importante est celle des « *lovesick therapists* », typiquement des hommes d'âge moyen socialement isolés qui tombent amoureux d'une patiente de sexe féminin beaucoup plus jeune.

Schoëner (190) décrit quant à lui 6 catégories :

- Troubles psychotiques ou un trouble de personnalité borderline
- Psychopathie et personnalité narcissique sévère
- Trouble du contrôle des impulsions
- Praticiens isolés et « névrosés chroniques »
- Infracteur situationnel (*situationnal offender*)
- Thérapeutes naïfs et non pathologiques

Simon propose une synthèse des catégories de thérapeutes à risque d'infraction sexuelle en 5 groupes principaux :

- Ceux présentant un trouble de personnalité : borderline, narcissique, antisocial
- Ceux présentant un trouble de la préférence sexuelle : frotteurisme, pédophilie, sadisme
- Les thérapeutes incompétents : faiblement expérimentés ou négligeant les transgressions de limites
- Les thérapeutes présentant un trouble liés à la consommation de toxiques (drogue ou alcool) ou un trouble mental
- Les thérapeutes traversant un événement de vie perturbant : conflit conjugal, perte d'une relation importante, crise professionnelle.

Ceux qui récidivent ont généralement un trouble de personnalité, une paraphilie ou sont incompétents. Les plus pernicieux / néfastes sont ceux présentant une psychopathie prédatrice. Simon note que des programmes spécifiquement établis pour les thérapeutes délinquants ont montré leur efficacité. Il cite une étude d'Abel et al.(191). Se pose toutefois la question de la pertinence de poursuivre leur activité pour ceux ayant les troubles les plus sévères.

Les thérapeutes altérés par l'alcool, la drogue ou une maladie mentale ont généralement un bon pronostic après un traitement réussi. Néanmoins, une surveillance rapprochée est essentielle pour dépister une rechute ou une récurrence (192) et (190). Frick et al ont montré l'intérêt d'une supervision dans ce domaine (192). Les thérapeutes connaissant une crise existentielle, telle qu'une perte touchant leur vie personnelle, sont à risque élevé d'implication sexuelle avec leurs patients mais sont peu susceptibles de recommencer après un traitement approprié.

9. Prévention et préconisations

Comme dit Simon, à l'exception des cas de viol, l'histoire naturelle de l'inconduite sexuelle d'un thérapeute est remarquablement constante d'un cas à l'autre. La plupart des histoires suivent un modèle similaire. Pour cette raison, il est possible d'enseigner aux thérapeutes l'identification de ce modèle précoce et tenter d'enrayer sa progression.

Si les franchissements de limites surviennent dans toutes les thérapies, il n'est pas inéluctable que ces transgressions deviennent dommageables si elles sont rapidement identifiées et envisagées comme des questions liées à la conduite thérapeutique. Un thérapeute sensible à la question des limites peut les rétablir avant que le patient n'en soit affecté. Les thérapeutes compétents surveillent ces limites avec une vigilance constante, dit Simon.

Gutheil et Simon ont avancé que les violations de limite précoces en psychothérapie tendent à apparaitre dans l'espace de transition que constitue le moment entre le fauteuil et la porte, *(« between the chair and the door »),* habituellement à la fin de la séance, moment où les transgressions précoces surviennent usuellement (193).

La connaissance de ce moment à risque peut alerter le thérapeute à un moment où les transgressions sont encore mal définies. Les rôles respectifs endossés par le patient et le thérapeute peuvent être abandonnés durant cet intervalle, et faire place à une interaction sociale. Les thérapeutes doivent garder à l'esprit que la thérapie s'achève après que la porte du bureau a été franchie.

Une attention portée aux problèmes émergents dans cet espace peut aider à identifier et prévenir les transgressions progressives. Epstein et Simon (194) ont imaginé un index d'exploitation (*Exploitation Index*), auto questionnaire, qui permet aux thérapeutes à l'aide d'indicateurs précoces d'identifier les transgressions. Une étude incluant 532 psychiatres a utilisé cet index et montré que 43% d'entre eux ont jugé qu'au moins une question les avait alertés sur les transgressions ; 29% d'entre eux ont estimé que ce questionnaire les avaient incités à effectuer des changements dans leurs pratiques futures (195).

L'une des mesures importantes pour la réhabilitation des thérapeutes transgresseurs est la capacité à reconnaitre des transgressions émergentes. L'index d'exploitation peut être passé à la fois avant et après la réhabilitation. Une amélioration significative des scores peut aider les évaluateurs à juger de l'aptitude des thérapeutes à traiter les patients.

Pour Simon, apprendre l'identification précoce et la prévention des signes précurseurs de transgressions doit devenir une priorité absolue pour les professionnels de santé mentale. Simon prône un enseignement consacré au maintien des limites du cadre thérapeutique, dispensé assez tôt dans le cursus, dès la première année. Il doit également inclure l'identification et la gestion du développement du transfert et contre transfert.

Il juge invraisemblable qu'une majorité de résidents en psychiatrie achèvent leur formation sans aucune connaissance des Principes d'Ethique Médicale assortis d'Annotations spéciales à la psychiatrie publiés par l'APA (*The Principles* of *Medical Ethics with Annotations Especially Applicable to Psychiatry)*. L'édition la plus récente souligne l'importance du maintien de cette frontière : « le psychiatre doit porter une vigilance constante à l'impact de sa conduite sur les limites de la relation médecin / patient, et donc sur le bien-être du patient » (196) .

Les thérapeutes qui ressentent une attirance sexuelle pour un patient et tentent d'engager une relation avec eux sont déjà très loin dans le processus. Le thérapeute soumis à la tentation devrait immédiatement considérer un certain nombre d'options, incluant une consultation auprès d'un collègue, ou adresser le patient à un collègue, et une thérapie personnelle. Parfois, le seul fait de parler à un collègue peut faire éclater la « bulle de captivation » entre thérapeute et patient.

Un collègue peut agir en tant que redresseur de torts, éveillant le thérapeute à la possibilité réelle de tout perdre : profession, réputation, famille, santé, revenus, économie de toute une vie. La disgrâce publique, une désapprobation éthique, l'exclusion des organisations disciplinaires, les poursuites civiles et possiblement pénales peuvent en résulter.

Avant que le thérapeute n'en arrive à un point critique, explique Simon, il existe un « *point test* » avant la transgression d'une limite, pouvant agir comme un signal d'alarme précoce. Le « *point test* » consiste à 2 questions :

- La première : l'intervention clinique est elle menée pour le bien du patient ou celui du thérapeute ?
- La seconde : cette intervention succède-t-elle à une série de transgressions progressives ?

Si la réponse à l'une de ces deux questions est « oui », le thérapeute a l'avertissement de cesser immédiatement le suivi, considérer les options mentionnées plus haut, et corriger sa trajectoire (197).

7. Responsabilité du fait des actes commis par un patient

1. En France

Carol Jonas observe que c'est une spécificité de la psychiatrie : « la responsabilité du médecin peut être engagée non seulement pour ses propres actes mais aussi pour ceux de ses patients », ce qu'il nuance en ajoutant « En fait, il ne s'agit que d'une apparence car c'est bien l'activité du médecin qui est en cause ». A ce titre, il ne s'agit pas d'une responsabilité du fait d'autrui (8).

Jonas note que ce chef d'engagement de la responsabilité relève presque exclusivement de juridictions administratives, sans doute en raison de l'orientation préférentielle des patients violents vers le secteur public (8).

Pour apprécier l'engagement de responsabilité dans ces situations, sont examinées la qualité de la surveillance, eu égard à la prévisibilité de l'acte et l'analyse du comportement du patient.

Souvent, note Jonas, ce sont des actes commis à l'extérieur de l'enceinte de l'hôpital qui sont concernés. Le défaut de surveillance peut être en cause quand les patients ont quitté les locaux sans autorisation.

Dans ces situations (en cas de fugue), une série d'action à entreprendre a été définie par la circulaire du 9 décembre 1968 (8) :

- le personnel de l'établissement doit entreprendre des recherches dans l'enceinte de l'établissement dès la disparition constatée
- la famille doit être immédiatement avisée
- les services de police doivent être avisés si dans la demi-heure qui suit l'évasion le patient n'a pas réintégré l'établissement.

En dehors de la sortie sans autorisation, 3 modes de sortie autorisées existent et sont susceptibles d'engager une responsabilité :

- la permission, qui consiste en général en une durée inférieure à 48heures. Il est admis que ces permissions peuvent être accordées sous la responsabilité conjointe du chef de service et du directeur de l'établissement. L'hospitalisation se continue pendant la permission, c'est pour cette raison sans doute que la jurisprudence, quoiqu'hétérogène, est assez sévère (8).
- la sortie à l'essai : introduite par une circulaire du 4 juin 1957 et intégrée au code de la santé publique le 27 juin 1990, son objectif était de favoriser la réadaptation.

  La sortie à l'essai est à l'origine de la formule « risque spécial envers les tiers », qui fait référence aux actes dommageables commis par un patient envers un tiers. Cette théorie du risque spécial a été introduite dans la jurisprudence française par une décision du conseil d'état en date du 13 juillet 1967 (8).
- la sortie définitive : à l'origine, elle n'engageait la responsabilité de l'hôpital qu'en cas de faute lourde démontrée.

Notons que cette responsabilité peut ne pas être exclusivement médicale en cas d'ASPDRE : en décembre 1967, le conseil d'État a condamné conjointement l'hôpital de St Egrève et l'État, du fait de la décision du préfet, pour l'homicide commis par un patient, après que son hospitalisation d'office eut été levée, à la demande du médecin, et après acceptation du préfet. L'homicide a eu lieu 2 mois après la levée de l'hospitalisation d'office (198).

- A propos de la responsabilité du médecin dans cette affaire, l'arrêt explique (198) :

« Il résulte de l'instruction que le médecin chef de service de l'hôpital psychiatrique de Saint-Egrève, pour proposer au préfet de l'Isère de libérer le sieur [Ferrandini] s'est borné à relever que l'intéressé n'avait manifesté aucun trouble depuis neuf mois ; qu'eu égard à la particulière gravité des antécédents du sieur x..., et des constatations faites par des experts [qui] précédemment avaient eu à connaitre de son cas et qui avaient notamment affirmé que l'intéressé était pratiquement incurable en l'état des connaissances thérapeutiques, le médecin de cet établissement, qui n'avait soumis le sieur x... à aucun traitement particulier durant cette période d'internement, a commis une faute lourde engageant la responsabilité de l'hôpital en proposant la libération immédiate de ce malade sans attendre les résultats de la contre-expertise mentale qu'il avait sollicitée, en vue de voir confirmer son propre diagnostic ».

- A propos de la responsabilité associée de l'état :

« Toutefois […] le préfet, avait seul compétence pour ordonner la libération de l'intéressé ; […] il résulte de l'instruction, qu'en l'espèce le rapport du médecin chef de l'hôpital psychiatrique, bien qu'il eut conclu à la sortie définitive du sieur x..., relatait avec exactitude les antécédents de ce dernier et les avis des médecins experts l'ayant précédemment examiné ; que le médecin mentionnait notamment l'utilité de faire confirmer son propre diagnostic par une autre expertise qu'il avait au demeurant lui-même sollicitée du procureur de la république mais qui n'avait pu avoir lieu faute de médecins psychiatres disponibles ; qu'en ordonnant la libération immédiate du sieur x... en l'état de ces informations, le préfet de l'Isère a lui aussi commis une faute lourde, laquelle est également a l'origine du dommage subi par la dame veuve Y... ; que l'hôpital psychiatrique est fondé à se prévaloir de cette faute pour demander que sa propre responsabilité envers la victime soit atténuée ; qu'il y a lieu, dans les circonstances de l'affaire, de mettre les conséquences dommageables du meurtre du sieur y... pour moitié à la charge de l'établissement psychiatrique et pour moitié à la charge de l'État ».

1. Disparité des décisions de justice

Jonas constate une hétérogénéité parmi les décisions dans le domaine des dommages envers les tiers, comme dans celui concernant la surveillance de patients dans l'enceinte de l'hôpital.

1. Décisions de condamnation

Jonas observe que le Conseil d'État retient le plus souvent la présomption d'une responsabilité sans faute à l'égard de l'établissement en matière de surveillance (8). Plusieurs décisions de justice vont en ce sens.

- Jonas cite pour exemple une décision du Conseil d' État, rendue le 12 octobre 1983 (199) . Dans cette affaire, un patient a tué un habitant d'une maison à proximité de l'hôpital, suite à son évasion de l'établissement. Le tribunal administratif a refusé la demande d'indemnisation de la famille de la victime. Le patient, en placement d'office, s'était procuré à la cuisine un couteau, avait blessé 2 infirmiers appelés en renfort, brisé une fenêtre, s'était évadé et, malgré les recherches de la police, n'avait été retrouvé que le lendemain matin dans le pavillon dont il avait tué l'habitant.

  L'arrêt explique : « Le fait qu'une personne placée d'office dans un hôpital psychiatrique, qui avait déjà séjourné dans l'établissement en service libre, et n'était pas connue du service hospitalier comme un malade violent, le fait qu'elle ait pu se procurer un instrument dangereux

dans l'enceinte de l'établissement, en l'absence momentanée de l'infirmier de garde, révèle une défaillance dans la surveillance. En outre quelle qu'ait été la voie utilisée par le malade pour quitter l'établissement après avoir menacé et blessé deux infirmiers appelés en renfort, brisé une fenêtre et franchi l'enceinte grillagée de l'hôpital psychiatrique, son évasion révèle eu égard aux moyens dont disposait le centre, un défaut dans l'organisation du service et un défaut de surveillance qui engage la responsabilité de cet établissement ».

Dans cette affaire, l'hôpital de Maison Blanche a été condamné à verser une indemnisation de 10 000 Francs à chacun des enfants, au titre du préjudice moral (199).

- Jonas cite également en exemple un hôpital condamné pour défaut de conception d'une clôture alors même que cette clôture avait été édifiée selon les normes définies par le ministère de la santé (8).

Des décisions de justice antérieures et ultérieures à l'exemple cité par Jonas confirment cette tendance :

- Le 13 juillet 1967, le Conseil d'Etat reconnait la responsabilité d'un hôpital du fait des actes commis par un patient : le patient, hospitalisé à Lorquin Moselle depuis le 30 juin 1958 faisait l'objet d'une sortie d'essai pour une durée de 3 mois, période pendant laquelle il était prévu que le patient occuperait un emploi chez un agriculteur des environs, chez lequel il était logé.
  Le lendemain du jour où cet emploi a pris fin, le patient a allumé un incendie dans les locaux de son employeur. Le conseil d'Etat considère que les faits se sont produits dans une période où «bénéficiant d'une autorisation de sortie d'essai délivrée par le médecin-chef de l'hôpital psychiatrique, le sieur X... conservait juridiquement la qualité de malade interné dans cet établissement ».
  Le conseil d'Etat rappelle que « les sorties d'essai organisées par la circulaire ministérielle du 4 décembre 1957 font partie des traitements propres à assurer la réadaptation progressive des malades mentaux à des conditions normales de vie ; […]cette méthode thérapeutique crée un risque spécial pour les tiers, lesquels ne bénéficient plus des garanties de sécurité inhérentes aux méthodes habituelles d'internement » et sont « de nature à engager la responsabilité des hôpitaux psychiatriques à l'égard des tiers » (200).

- Une affaire ultérieure, très semblable à la précédente dans les faits, aboutit à la même décision de condamnation :
  Le conseil d'Etat condamne par un arrêt du 13 mai 1987 le centre hospitalier spécialisé de Brienne le-Château suite à un acte commis par un patient.
  Le patient, séjournant chez un agriculteur « dans le cadre d'un "placement familial surveillé" défini par un règlement en date du 3 juin 1964 établi par le centre hospitalier », a incendié un bâtiment de l'exploitation agricole.
  Le premier jugement (du tribunal administratif de Châlons-sur-Marne) avait rejeté la demande d'indemnisation de l'agriculteur propriétaire des bâtiments endommagés par l'incendie.
  Le conseil d'état a considéré que le placement familial surveillé était « une méthode thérapeutique qui s'adresse aux malades mentaux dont l'état s'est amélioré, mais sans qu'il soit encore possible d'envisager le retour dans leur foyer, et dont le "fonctionnement général" est placé sous la "responsabilité" de l'établissement qui désigne les bénéficiaires de ce régime et les fait visiter périodiquement par ses infirmiers ».
  Il est ajouté que « les obligations réciproques du centre hospitalier et de la famille d'accueil sont définies par le règlement dont cette famille a accepté les clauses ».

La décision de condamnation est fondée sur la nature du mode de placement : « cette méthode crée un risque spécial pour les tiers qui ne bénéficient plus des garanties inhérentes aux habituelles méthodes d'internement […] ; la responsabilité de l'hôpital se trouve en conséquence engagée, même sans faute de sa part, pour les dommages que cause aux tiers un malade placé sous ce régime » (201).

- Un autre arrêt du conseil d'état (30 juin 1978) condamne l'hôpital psychiatrique de Rennes à dédommager la victime (de 2290 Francs) d'une agression par un mineur déficient mental alors hospitalisé en service libre. Ce dernier « avait été mis par décision de justice sous la tutelle d'une œuvre spécialisée ; […] après plusieurs tentatives infructueuses de réinsertion sociale et professionnelle dans des familles, un centre médico-professionnel et un centre de formation professionnelle, il a été hospitalisé en service libre à l'hôpital psychiatrique de Rennes où il était libre d'aller et venir dans la journée. […] Le 20 juin 1973, il a blessé de plusieurs coups de couteau la dame X » (202).
  L'arrêt précise que « l'hospitalisation en service libre, prévue par les circulaires du ministre de la Santé publique des 1er mars 1949 et 28 février 1951, ne constitue pas une méthode thérapeutique créant un risque spécial pour les tiers et susceptible d'engager sans faute la responsabilité de l'administration ».
  Toutefois, « les services de l'hôpital psychiatrique de Rennes ont commis une faute de nature à engager la responsabilité de cet établissement en plaçant le jeune Y... dans des conditions d'hospitalisation qui lui laissaient une totale liberté pendant la journée alors que l'intéressé n'avait aucune occupation professionnelle et que son agressivité était connue ».

- Dans un arrêt en date du 12 mai 1972, un hôpital psychiatrique est déclaré responsable des conséquences dommageables résultant du décès d'un homme et renvoie l'affaire devant le tribunal administratif compétent ; cette décision faisait suite à une requête de la femme du défunt et de ses enfants. L'homme avait été « placé d'office le 2 octobre 1965 à l'hôpital psychiatrique de Perray-Vaucluse en raison d'un "comportement hypomaniaque sur fond d'ivresse permanente" », il a « quitté clandestinement l'hôpital le 20 octobre dans l'après-midi ; […] son corps a été retrouve dans la nuit du 21 au 22 octobre, écrasé par une ou plusieurs automobiles [...], à dix kilomètres de l'hôpital » ;
  La cour considère « qu'il ne saurait être reproché aux médecins […] d'avoir laissé le Sieur x... bénéficier d'une certaine liberté à l'intérieur de l'établissement, malgré une fugue au cours de laquelle le malade avait regagné son domicile le 12 octobre puis était revenu de son plein gré à l'hôpital le 14 octobre ».
  En revanche, les circonstances de la seconde fugue sont incriminées : « il résulte de l'instruction qu'une seconde fugue a eu lieu dans l'après-midi du 20 octobre » et que « le corps du Sieur x... fut découvert peu après l'accident dont il a été victime, dans la nuit du 21 au 22 octobre ».
  A ce moment, l'établissement « n'avait averti de la disparition de ce malade ni les services de police, afin que ceux-ci organisent des recherches à l'extérieur de l'établissement, ni sa famille, afin de s'assurer éventuellement si le sieur x... avait, à nouveau, regagné son domicile […]. Cette carence doit être regardée comme constitutive d'une faute du service hospitalier de nature à engager la responsabilité de l'hôpital» (203).

- Un arrêt rendu le 23 juin 1986 par le conseil d'Etat condamne un hôpital psychiatrique à indemniser la famille d'un patient décédé du fait de l'agression commise par un autre patient.
  Le patient avait été transféré au CHS de Maison-Blanche dans la nuit du 3 au 4 mai 1979 ; il a par la suite agressé d'autres patients présents dans le dortoir.

L'alerte a été immédiatement donnée par une infirmière, qui a mis à l'abri un premier patient agressé et s'est réfugié avec d'autres patients dans un bureau voisin. Le temps que l'homme soit maîtrisé, ce dernier a égorgé 4 patients et blessé un cinquième.

Le tribunal a jugé que « l'inefficacité prolongée du service à faire face à une situation dangereuse pour les malades placés sous sa garde et qui n'avait pas un caractère imprévisible dans un établissement spécialisé, révèle un défaut dans l'organisation du service, de nature à engager la responsabilité du centre hospitalier spécialisé de Maison-Blanche ». Le centre hospitalier a été condamné à verser 30 000F à la veuve d'un des patients et 6000F à chacun des enfants (204).

- Le 21 février 1990, les Hôpitaux civils de Thiers sont condamnés à verser un dédommagement à un Centre d'Aide par le Travail après qu'un ancien patient en eût incendié les locaux : le conseil d'Etat ne contexte pas la décision de sortie mais l'absence d'avertissement quant aux propensions pyromanes de l'homme qui avait antérieurement allumé des incendies.
  Par ailleurs, l'arrêt précise que la modalité d'hospitalisation libre « prévue par les circulaires du ministre de la santé publique des 1er mars 1949 et 28 février 1951 ne constitue pas une méthode thérapeutique créant un risque spécial pour les tiers et susceptible d'engager sans faute la responsabilité de l'administration, les services des hôpitaux civils de Thiers ont commis une faute de nature à engager la responsabilité de cet établissement en plaçant M. Y... dans des conditions d'hospitalisation qui lui laissaient une totale liberté pendant ses sorties alors que ses tendances pyromaniaques étaient connues de l'établissement » (205).

2. Décisions de relaxe

D'autres décisions ne retiennent pas la responsabilité de l'établissement ou du psychiatre. On peut citer comme exemple :

- Un arrêt de la cour de cassation, en date du 15 décembre 1970. Cet arrêt annule la décision du Tribunal administratif qui avait tenu l'hôpital responsable du fait qu'un ancien patient eut précipité un homme sous une rame de métro, 3 ans après sa sortie de l'hôpital. L'homme avait effectué plusieurs séjours en établissement psychiatrique de 1963 à 1966. Le juge retient que la décision de sortie de l'hôpital était fondée sur l'amélioration de son état, permettait de poursuivre ses soins en consultation, et que le patient « n'avait plus de lien avec l'hôpital psychiatrique qu'il avait quitté en dernier lieu au mois de septembre 1966, soit plus de trois ans auparavant ». il est ajouté que « la décision de le faire sortir de l'hôpital a été prise par les médecins en fonction de l'amélioration de son état qui permettait à l'intéressé de jouir de sa liberté et de se borner a suivre des soins externes auprès d'un dispensaire d'hygiène mentale », ainsi « la sortie d'hôpital du Sieur Demichel ne constituait pas l'application à ce malade d'une méthode thérapeutique poursuivie sous la surveillance de l'hôpital ». Sont mentionnés le fait que le patient était régulièrement suivi par un médecin, qu'il ne s'était manifesté aucun comportement violent après son dernier séjour hospitalier avant la « tentative d'homicide » (206).
- Un autre arrêt du Conseil d'Etat, en date du 18 décembre 1970, récuse la responsabilité de l'hôpital après qu'un patient eut blessé un autre au cours d'une hospitalisation en service psychiatrique, argumentant que « Les troubles, dont [il] était atteint, [n'exigeaient] pas que soit exercée sur lui une surveillance particulière et le geste par lequel il a frappé la victime étant imprévisible, l'accident ne peut être imputé à une faute dans l'organisation ou le fonctionnement du service. » (207).

- Un arrêt du 14 juin 1989, par lequel le conseil d'Etat annule un jugement du Tribunal administratif de Marseille, condamne l'hôpital psychiatrique Edouard Toulouse de Marseille, après qu'une patiente en placement libre à eût mis le feu à sa chambre.
  Le conseil d'Etat a considéré que la patiente avait présenté « un comportement qui ne laissait pas présager ce geste ; qu'elle avait été vue cinq minutes avant d'accomplir ce geste et qu'à ce moment son attitude était calme ; que six membres du personnel hospitalier étaient présents à proximité des lieux et sont intervenus immédiatement pour porter secours tant à Mme Y... qu'aux autres malades se trouvant dans des chambres voisines ». La patiente gravement brûlé a été envoyé dans un hôpital général voisin […] les faits ainsi établis ne révèlent aucune faute dans l'organisation ou le fonctionnement du service. » (208).

- Le 26 février 2008, la Cour d'appel de Caen ne reconnait pas la responsabilité d'un psychiatre suite à la plainte d'une patiente, celle-ci ayant perdu la maîtrise de son véhicule, qu'elle conduisait et subit de ce fait un « traumatisme crânien sans conséquence , de multiples fractures aux membres inférieurs ».
  La patiente impute la responsabilité de cet accident au psychiatre qui la suivait depuis une hospitalisation à la clinique d'Ymare.
  Le tribunal de grande instance dans son jugement initial, le 18 Mai 2004, avait déclaré le médecin et la patiente pour moitié responsables de cet accident, considérant la connaissance qu'avait la patiente des effets des médicaments et le manquement du médecin à son obligation d'information.
  La Cour d'Appel a statué que « rien n'autorise à retenir, ainsi que l' affirme Sandrine X..., que, lors de la visite du 29 mars 1996, le docteur Z… (qui le nie) l'aurait exhortée à reprendre des activités « dans l'optique de se changer les idées », lui conseillant même de se remettre à conduire son véhicule». Elle note qu'il appartenait au médecin de donner une information « claire et adaptée sur les effets indésirables », et que cette « cette information a été donnée à Sandrine X... lors de son hospitalisation, notamment par la remise du " livret d'accueil " et dans le cadre de la première visite ».
  La dernière modification de l'ordonnance « ne justifiait pas d'avertissement spécifique concernant la conduite automobile mais pouvait simplement amener à repréciser un élément de prudence de façon générale mais sans contre- indication absolue ", étant observé que l'un des médicaments (Haldol) alors prescrit à prendre le matin était connu de Sandrine X... et l' autre (Tranxène) [l'était] vraisemblablement »
  Le jugement déboute la patiente de l'ensemble de ses demandes envers le médecin et la condamne à lui verser la somme de 850€ de dédommagements pour couvrir les frais de justice (209).

Jonas note que la jurisprudence prend en compte le laps de temps écoulé entre la sortie de l'hôpital et l'acte dommageable. Parmi les critères ayant fondé la décision de condamnation ou de relaxe, on peut également retenir :

- Le régime d'hospitalisation : libre / sous contrainte
- L'analyse de la situation clinique : antécédents d'actes de violence, menaces prononcées, comportement du patient les semaines ou jours précédents.
- La prise en compte de cette situation dans la décision : l'adéquation de la décision au contexte.

2. Obligation d'avertir

Il peut être reproché au médecin et/ou à l'établissement de ne pas avoir informé les tiers de la dangerosité potentielle du patient. La divulgation de telles informations entre en conflit avec l'obligation de secret du médecin, quoique des dérogations légales soient prévues.

Des condamnations existent pour défaut d'avertissement : en 1962, un tribunal a condamné la décision d'un médecin qui « ayant accueilli un malade dans sa maison de santé, le laisse sortir sans prendre la précaution d'avertir son entourage des dangers susceptibles de résulter pour les tiers des aggravations de son état » ; par conséquent, il a été jugé « responsable du meurtre commis par lui alors qu'il le savait atteint de psychose hallucinatoire chronique » (CA Aix-en-Provence, 18 janvier 1962).

Dans un arrêt du 30 juin 1978 (210), le conseil d'État reproche au centre psychothérapique départemental de la Nièvre de ne pas avoir informé le futur employeur d'un ancien patient qu'il avait par le passé allumé des incendies et le condamne à verser une indemnité de 47 802 Francs.

Le patient avait séjournée dans l'établissement en placement d'office pendant 5 mois, puis en placement libre. Deux mois après son dernier séjour en service libre, il a provoqué un incendie chez son employeur.

« S'il n'est pas établi que les médecins du centre aient commis une faute lourde en estimant en mars 1969 que la sortie définitive du sieur Y... pouvait être ordonnée, les services du centre psychothérapique ont, en revanche […] commis une faute de nature à engager la responsabilité de celui-ci en proposant au sieur X… d'embaucher le sieur Y... sans lui signaler que cet ancien interné avait, à deux reprises, en 1967 et 1968, provoqué volontairement des incendies ». (210)

2. Aux États-Unis

1. Affaire *Tarasoff* et lois dérivées

Aux États unis, la question de la responsabilité du fait des actes d'un patient est indissociable du procès Tarasoff, ayant donné son nom aux lois dérivées.

L'affaire a été la première suite à laquelle il a été considéré qu'un professionnel de santé mentale avait le devoir de protéger des tiers d'un possible préjudice causé par un de ses patients.

1. Les faits

Une poursuite avait été engagée à l'encontre des psychothérapeutes de l'université de Californie suite à la mort de la fille des plaignants, Tatiana Tarasoff, tuée par son ancien petit ami, qui sortait d'une hospitalisation en psychiatrie. Deux mois avant le meurtre, le patient, Prosenjit Poddar avait explicitement informé son thérapeute qu'il allait tuer une fille qu'il n'avait pas nommée mais qui était déjà identifiable, lorsqu'elle serait rentrée d'un voyage au Brésil (81).

Le thérapeute, avec le concours de 2 collègues, décida d'hospitaliser le patient. La police du campus détint Poddar à la demande orale et écrite du thérapeute, mais le relâcha après qu'il les eut convaincus que sa raison était intacte et qu'il ait fait la promesse de rester à l'écart de Mlle Tarasoff. Le supérieur du thérapeute n'engagea pas d'action ultérieure pour restreindre la liberté de circulation du patient (81).

Personne n'avertit Tatiana ou ses parents de la dangerosité de Poddar.

A son retour du Brésil, Tatiana était assassinée par le patient. Après le meurtre, ses parents déposèrent une plainte stipulant que les thérapeutes avaient manqué soit de les prévenir de la menace pesant sur leur fille, soit de l'empêcher d'agir en hospitalisant le patient (81).

2. Décisions

La cour suprême de Californie reconnait une règle générale selon laquelle personne n'a le devoir de contrôler le comportement d'autrui. Toutefois, elle jugea qu'« il y avait une exception à cette règle générale lorsque le défendeur se trouvait dans une relation particulière soit avec une personne dont le comportement doit être surveillé soit en relation avec la victime prévisible ».

Le tribunal fit une analogie avec des situations où il avait été imposé aux médecins de diagnostiquer et prévenir une maladie contagieuse. Le tribunal a conclu qu'en établissant une relation médecin-patient, le thérapeute devient suffisamment impliqué pour assumer la responsabilité de la sécurité, non seulement du patient mais également de tierces personnes que le médecin saurait menacées par le patient.

Le tribunal considéra également que l'intérêt général prévalait sur la confidentialité de la relation médecin-patient (81).

La cour suprême de Californie statua : « lorsqu'un thérapeute détermine , ou aurait du déterminer selon les standards de sa profession qu'un patient présente un risque sérieux de violence envers autrui, il a l'obligation de faire preuve d'une diligence raisonnable pour protéger la victime désignée du danger (81).

La décision inaugurale Tarasoff *v. Regents of the University of California* en 1974 a institué pour les psychothérapeutes une « obligation d'avertir » (*duty to warn*), en cas de menace envers une personne prononcée par un de leurs patients (211).

En 1976, un tribunal élargit cette obligation en déclarant: «lorsqu' un thérapeute détermine [...] que son patient représente un danger, avec risque de violence, pour autrui, il a l'obligation de prendre les précautions raisonnables pour protéger la victime visée par ce danger". Ainsi, selon la situation, le clinicien peut avertir la victime, hospitaliser le patient ou informer les autorités (211).

3. Décisions ultérieures

Les auteurs qui se sont penchés sur la question de la responsabilité du fait des actes d'un patient observent une grande hétérogénéité des décisions :

Sanbar note que la confidentialité était considérée comme sacrée dans la profession psychiatrique jusqu'à l'affaire Tarasoff (81).

Il observe que la réponse des tribunaux suite à la décision Tarasoff a été « inconstante et parfois déroutante ». Plusieurs tribunaux l'ont suivie, concluant que le thérapeute était responsable de ne pas avertir une victime identifiable, d'autres tribunaux ont reconnu le devoir de prévenir uniquement lorsque la victime est « prévisible » (81).

Les craintes des cliniciens d'être accusés de négligence ont été alimentées par plusieurs décisions qui semblaient faire peu de cas de la clinique, et apparaissaient contradictoires : on peut citer l'affaire Petersen v. Washington en 1983 que l'on considère comme la première affaire relevant de la jurisprudence Tarasoff impliquant un conducteur dangereux : la responsabilité d'un hôpital psychiatrique de l'État a été retenue, lorsque, cinq jours après sa sortie, un patient schizophrène a causé un accident de voiture occasionnant une blessure du genou à une victime.

Le tribunal a considéré qu'une faute avait été commise par le psychiatre en ne prolongeant pas le séjour hospitalier du patient alors qu'il avait conduit imprudemment dans l'enceinte de l'hôpital, la veille de sa sortie (211).

En 1980, dans l'affaire *Lipari v. Sears Roebuck & Co*, réglée à l'amiable, le tribunal fédéral du Nebraska avait reconnu la responsabilité de soignants après qu'un patient eut tiré au fusil de chasse dans une discothèque bondée, sur des victimes aléatoires (211).

En 1983, Dans *Davis v. Lhim*, un patient qui n'avait jamais eu de comportement violent ou proféré de menace, a agressé sa tante. Encore une fois, l'hôpital psychiatre de l'État a été jugé responsable.

Dans, *Hopewell v. Adebimpe* (1981) un psychiatre a été condamné pour violation de la confidentialité après avoir rompu la confidentialité pour avertir d'un danger (211).

Enfin, dans l'affaire *Naidu v. Laird* en 1988, un hôpital psychiatrique a été jugé responsable de l'accident de voiture causé par un patient, au cours duquel un homme est décédé ; il est notable que l'accident est survenu cinq mois et demi après que le patient soit sorti de l'hôpital et à 500 miles du lieu d'hospitalisation.

4. État des lieux des lois

Suite à ces décisions et d'autres, les psychiatres et autres professionnels de la santé mentale ont fait pression pour obtenir des lois fournissant des lignes directrices pour l'exercice du devoir de protection.

En 2006, trente-sept États disposaient de telles lois. Les lois sont toutes fondamentalement similaires, mais peuvent varier dans la formulation (211).

Certaines stipulent que le devoir de protection existe en cas de danger imminent, d'autres parlent d'un « danger grave ». Certaines stipulent qu'il existe un devoir dès lors que sont énoncées des menaces envers une victime identifiables, pour d'autres il suffit qu'une victime identifiable existe, même en l'absence de menace spécifique (211).

Les implications pour le clinicien diffèrent également : certaines lois sont permissives, indiquant que le clinicien peut avertir; d'autres sont prescriptives, indiquant que le clinicien doit avertir (212).

Elles comportent toutes une clause d'immunité en cas de divulgation ou d'initiation de mesures de protection.

Ces lois, estiment Soulier et al, (211) ne reflètent pas seulement la volonté des professionnels de santé mentale d'obtenir une législation claire, mais aussi l'opinion du public, des juges, et des législateurs, conscients que le clinicien est confronté à un dilemme particulier lorsqu'il a connaissance de menaces envers autrui (211).

5. Interprétation des lois et commentaires

Les analyses des commentateurs varient quant à la signification des lois dérivées de l'affaire Tarasoff. Herbert explique ainsi que la décision Tarasoff II de 1976 annule la décision Tarasoff I de 1974, quoiqu'il estime que le passage d'un « devoir d'avertissement » à « un devoir de protection ou d'avertissement » ait peu d'implications en pratique (213).

Felthous (214) note que, si le verdict Tarasoff II institue un devoir de protéger, « le changement véritable contenu dans cette décision est que l'une des mesures de protection peut consister à avertir la victime » .

Weinstock et al. (215) envisagent la question différemment. Ils estiment que la décision Tarasoff institue une obligation de protection, distincte de l'obligation d'avertir, et qui a souvent été « interprétée à tort comme un devoir d'avertir».

Les commentateurs ont également noté des incohérences dans la façon dont les tribunaux ont analysé les situations et dont sont codifiés ces devoirs. L'une des questions cruciales est celle de savoir si les décisions des tribunaux varient selon si elles sont prononcées dans un état disposant d'une loi spécifique ou dans un état s'appuyant sur la jurisprudence (211).

Kachigian et Felthous (216) ont analysé la jurisprudence dans 23 états disposant de lois spécifiques. Ils ont trouvé une grande disparité dans la manière dont la jurisprudence se référait à ces lois. Certains tribunaux n'y faisaient pas référence, d'autres y faisaient allusion, d'autres encore estimaient que la loi n'instituait pas d'obligation dans la situation jugée. Ils en concluent que la clarification apportée par les lois était d'une valeur douteuse quant à l'obligation de protection (211).

D'autres commentateurs ont abouti à des conclusions différentes. Mossman (217) soulève plusieurs problèmes. Il déplore que le fondement du devoir repose sur une théorie probabiliste de prédiction de la violence. Toutefois, il estime, ainsi que Geske (218) que la loi fournit un encadrement adéquat au jugement clinique du thérapeute.

Felthous (214) insiste sur le fait que selon sa formulation, la loi peut conduire à des appréciations différentes selon si elle est appliquée à la lettre ou si elle dépend du jugement clinique et maintient ainsi une incertitude. Il estime que la personne concernée par une menace « a le droit d'en être avertie quelle que soit la sévérité du risque de violence réelle ».

Soulier et al (211) sont en désaccord avec ce point de vue : ils ne considèrent pas qu'une menace communiquée à un thérapeute soit un acte qui justifie la divulgation et ne soutiennent pas une expansion de la loi en ce sens, estimant qu'elle entraînerait une violation injustifiée de la confidentialité.

D'autres auteurs se sont intéressés à ce qui déclenchait le devoir de protection et noté d'importantes différences : Felthous en 2006 (214) et Walcott et al. en 2001 (219).

Certains tribunaux estiment que le devoir existe seulement après que le patient a fait une menace réelle ; d'autres ont jugé qu'il existe en cas de comportements violents vis-à-vis de la victime, même en l'absence de menace directe (211).

Certains tribunaux ont jugé que le thérapeute recevant un patient en consultation disposait d'un périmètre d'action suffisant pour exercer un devoir de protéger; d'autres tribunaux ont jugé le niveau de maîtrise en soins ambulatoires insuffisant pour instituer un devoir (211).

Dans l'affaire *Ewing v. Goldstein*, le père d'un patient suivi en consultation a averti le thérapeute de son fils, le Dr Goldstein, que son patient avait menacé son ex-petite amie et le nouveau petit ami de celle-ci. Goldstein a conseillé l'hospitalisation du patient qui a été hospitalisé librement. Le lendemain, le psychiatre hospitalier, le Dr Levinson, fait sortir le patient qui n'est pas suicidaire, malgré les objections de Goldstein. Le lendemain de sa sortie, le patient tue le petit ami de son ex petite amie, Keith Ewing, puis se suicide. La famille d'Ewing a poursuivi Goldstein.

La cour d'appel, dans une décision considérée erronée par beaucoup de commentateurs juridiques, a considéré que la loi de Californie impose une obligation d'avertir et que Goldstein, ayant omis d'avertir Ewing, était potentiellement responsable.

Dans l'autre procès relatif à cette affaire, *Ewing v. Northridge Hospital Medical Center*, la famille Ewing a engagé une poursuite contre le travailleur social de l'hôpital qui avait fait l'évaluation initiale, au motif qu'il avait manqué à cette obligation d'avertir, ce que la cour d'appel a également reconnu.

La conséquence la plus importante de l'affaire a été une révision de la loi de Californie en 2007, qui précise que l'avertissement n'est qu'une des options possibles de s'acquitter du devoir de protection (211).

Smith commentant l'affaire Ewing propose une solution alternative : en cas de doute sur l'existence d'un danger et sur la nécessité de rompre la confidentialité, il suggère une incarcération civile temporaire selon les lois LPS (*Lanterman, Petris, and Short Act*), comme substitution à l'obligation d'avertir (220). Les lois LPS régissent l'admission sans consentement dans un établissement de santé mentale en Californie.

Smith considère qu'une détention de 72 heures est moins dommageable qu'une rupture de la confidentialité. Il estime que cette réclusion temporaire offre une protection supplémentaire au patient et au thérapeute et permet d'évaluer la crédibilité et l'exactitude des suspicions (220).

Si l'hospitalisation contrainte est souvent nécessaire en cas de situation où le clinicien ne peut pas deviner tous les faits, ce serait une violation flagrante des droits civils fondamentaux de détenir les patients sans jugement préalable, estiment Soulier et al.

Les commentateurs sont partagés quant à l'intérêt de l'obligation juridique d'avertir. Stone (221) a émis des réserves et estimé que cette loi serait un désastre pour la profession, car elle empêchait l'établissement d'une relation de confiance et d'une alliance thérapeutique ; ultérieurement, il a reconnu que la pratique n'avait pas été autant endommagé que ce qu'il avait craint initialement (222).

Herbert pense que le devoir d'avertir est une obligation injustifiée pour les thérapeutes qui ne peuvent pas prédire la violence ; il juge que l'obligation a des conséquences néfastes, et qu'elle a causé du tort à la psychothérapie (213).

Walcott et al. (219), ont initialement critiqué les décisions Tarasoff, mais ont observé que l'évolution de la jurisprudence semblait moins constituer une menace pour la pratique clinique que des décisions antérieures.

De même, dans *Almost a Revolution* , Paul Appelbaum a conclu que le devoir de protection était une avancée raisonnable du droit de la santé mentale (223).

2. Revue de la jurisprudence Tarasoff par Soulier et al.

En 2006, Soulier et al ont publié une revue de la littérature existante à ce sujet.

Ils ont effectué une recherche via *Westlaw* de tous les cas de 1985 à 2006 qui mentionnaient la loi Tarasoff. Ils ont recensé et étudié 70 décisions dans lesquelles un professionnel ou établissement de santé mentale a été poursuivi pour violation de l'obligation d'avertir ou protéger (211).

Ces décisions concernent des cas jugés en appel, par les cours d'état ou les tribunaux fédéraux et les affaires jugées par des tribunaux fédéraux (hors appel) ; les affaires réglées à l'amiable ne sont pas incluses, ni les affaires jugées par un tribunal d'état de première instance qui n'ont pas été jugées en appel (211).

Pour examiner ces dernières affaires, les données de la compagnie d'assurance professionnelle de l'APA et d'une compagnie qui assure la plupart des psychiatres du Massachusetts ont été recensées. Les verdicts favorables aux plaignants non jugés en appel apparaissent dans les données des compagnies d'assurance, mais pas les verdicts favorables aux défendeurs (ces affaires n'ayant pas donné lieu à des dommages compensatoires) (211).

Dans les 70 cas analysés, Il y avait 139 accusés, dont 42 psychiatres, huit autres médecins et 20 autres professionnels de santé mentale y compris psychologues, infirmiers, thérapeutes (211).

Quarante-six établissements étaient mis en cause, ainsi que deux patients, 11 entités gouvernementales fédérales ou étatiques, deux assureurs et huit autres défendeurs (compagnies pharmaceutiques, administrateurs exécutifs, foyers, un individu non défini, et le propriétaire d'un véhicule) (211).

Les 70 cas comportaient 92 allégations :

- 39 pour négligence,
- 37 pour manquement à avertir ou protéger,
- 12 pour négligence concernant une autorisation de sortie,
- 4 pour faute professionnelle médicale.

Seuls 12 cas concernaient exclusivement un manquement à avertir ou protéger. La plupart des cas comportaient une allégation supplémentaire de négligence.

Quarante-sept décisions ont été prononcées en faveur des défendeurs, six en faveur des plaignants, et 17 ont été renvoyées vers une juridiction de première instance (211).

Les 70 décisions provenaient de 28 États qui imposaient une obligation d'avertir, 10 états (y compris le District de Columbia) où la loi était permissive (permission d'avertir), et 13 États qui n'avaient pas de loi Tarasoff spécifique.

Il semble qu'il y avait plus de verdicts en faveur du demandeur dans les États sans loi spécifique (1/5, soit 20%) par rapport aux États où de telles lois existent (5/65, soit 7,69%), mais ce résultat n'était pas statistiquement significatif (211).

La probabilité qu'un cas soit renvoyé devant un tribunal de première instance était plus élevée dans les États permissifs (7/14 cas, soit 50%) que dans les États instituant une obligation (10/51, soit 19,6% des cas) ou sans loi (1/5 des cas, soit 20%). Cette différence était significative (211).

1. Verdicts en faveur du défendeur

1.1. Trente-sept verdicts provenant d'États où une loi Tarasoff institue un devoir

La raison la plus courante pour laquelle le tribunal n'a pas reconnu d'obligation, alors qu'elle est prévue par la loi de l'état, est que le patient n'avait pas préalablement communiqué de menace envers une victime identifiée, cette situation concerne 28 affaires (211).

1. Cas où la victime est bien connue du patient et absence de menace communiquée au thérapeute : 12 affaires

- Dans sept de ces 12 cas, il existait des antécédents de violence envers la victime et / ou des-motivations à l'origine du verdict en faveur du demandeur (211).

- Un homme a tué trois membres de la famille de son ex-petite amie.
- Un homme a tiré sur sa petite amie et son compagnon.
- Deux ont tué leurs femmes.
- Deux ont tué leurs mères.
- Un a abattu sa sœur et le mari de celle-ci.

La façon dont le tribunal s'appuie sur la loi est bien illustré dans l'affaire *Head v. Inova Health Services* : Alfred Head, âgé de 21 ans, était un patient hospitalisé dans un établissement psychiatrique, dont il est sorti contre avis médical. Trois jours après sa sortie, il a tué sa mère. Le père du patient a poursuivi en justice les infirmières du service, deux psychiatres, et l'hôpital pour faute professionnelle. Le jury s'est prononcé en faveur des défendeurs. La cour d'appel de Virginie a refusé de réexaminer le verdict pour les raisons suivantes :

« Dans cette affaire, aucune preuve n'a été apportée qu'Alfred Head avait communiqué à l'une des infirmières de l'hôpital de Fairfax ou à un médecin « une menace spécifique et immédiate susceptible de causer des lésions corporelles graves ou d'entraîner la mort d'une personne identifiée ou facilement identifiable » (211).

- Dans cinq des 12 cas, il y avait une relation entre le patient et la victime, mais pas d'antécédent de violence ou de menace communiquée (211) :

- Dans l'affaire *Lagow ex. rel.Estate of Welch*, le tribunal a déclaré qu'il n'y avait aucune relation particulière entre le thérapeute et le patient qui pourrait justifier l'existence d'une obligation de droit commun, dans la mesure où le traitement ambulatoire du patient s'était achevé 10 mois avant le meurtre.
- Dans l'affaire *Silvas v. South Bay Community Services* après que leur père eut tué leur mère, les enfants du couple ont poursuivi le psychologue qui avait suivi leur père. Les consultations avaient pris fin deux mois avant le meurtre. La cour d'appel a confirmé le jugement rendu en faveur des défendeurs, concluant qu'il n'y avait pas d'éléments suffisants pour conclure à un lien de causalité immédiat entre le comportement du thérapeute deux mois auparavant et les faits.
- Dans *Suzuki v. Eli Lilly & Co*. le patient a tué son supérieur hiérarchique. Bien que le patient eût exprimé à son psychiatre sa colère sur la façon dont il avait été traité au travail, il n'avait proféré aucune menace. Malgré cela, les demandeurs ont allégué que le psychiatre avait manqué à une obligation générale de diagnostic et de traitement. Le tribunal a rejeté cette demande et a déclaré, « qu'il y ait eu ou non négligence dans le traitement […], [le psychiatre traitant et la clinique] n'avaient aucune obligation de diligence envers les demandeurs ».

Soulier et al (211) notent qu'avant la promulgation des lois Tarasoff, des faits similaires avaient antérieurement abouti à des verdicts en faveur du demandeur.

2. **<u>Cas où la victime n'est pas connue ou est peu connue du patient et où aucune menace n'a été communiquée au thérapeute : 16 affaires</u>**

- Cinq des cas concernaient un patient ayant blessé un autre patient à l'hôpital (211).

- Dans l'affaire *Sellers v. United States*, un patient a violemment frappé un autre patient dans un service hospitalier du *Veteran's Administration Hospital*. Le verdict a estimé qu'il n'existait pas de devoir de protection du public, puisque la victime n'était pas identifiable a priori. La Cour a ajouté qu'au vu de l'admission libre du patient, l'hôpital n'avait pas d'obligation particulière de restreindre sa liberté.
- Deux autres affaires concernaient des cas de violence d'un patient envers un autre patient, et deux envers un membre du personnel.

- Deux cas concernaient des patients hospitalisés qui avaient eu un comportement violent vis-à-vis d'une victime aléatoire, extérieure à l'hôpital pendant une permission ou une fugue.

- Quatre cas concernaient des victimes extérieures à l'hôpital et impliquaient un véhicule à moteur. (211)
  L'affaire *Hartford Insurance v. Manor Inn* concerne un accident de voiture causé par un patient ayant fugué au cours d'une hospitalisation sans consentement. Le tribunal du Maryland n'a pas fait référence à la loi Tarasoff, mais cite la jurisprudence, (affaire *Furr v. Spring Grove State Hospital*), où il est déclaré que l'État n'a pas l'obligation de protection envers une victime non identifiable.

- Les 7 autres cas concernaient des patients suivis de manière ambulatoire et qui n'étaient pas connus pour avoir proféré des menaces. Les victimes impliquées étaient aléatoires (211).

- Un cas impliquait un psychiatre qui suivait un autre psychiatre. Le psychiatre-patient était pédophile, et le psychiatre traitant savait que son patient était pédophile. Le patient a violé un petit garçon dont la famille a poursuivi cinq médecins, y compris le psychiatre traitant. La cour d'appel a confirmé le verdict du tribunal de première instance en faveur du psychiatre traitant au motif que son patient n'avait pas communiqué au thérapeute défendeur une menace envers une victime identifiée et qu'il n'avait aucune obligation envers le public.
- Dans L'affaire *Richter v. Turlo*, il n'y avait aucune preuve que le patient avait communiqué une menace au thérapeute, mais il y avait des preuves que le thérapeute connaissait la menace par d'autres sources. Le demandeur s'est appuyé sur ce point alléguant que le thérapeute avait manqué à une obligation envers la victime. La cour d'appel a confirmé le jugement du tribunal de première instance en faveur du défendeur, déclarant que selon les termes de la loi une obligation existe si « un patient s'adresse à un professionnel de santé mentale ».

  On notera qu'à partir de faits similaires, un tribunal californien a abouti à une conclusion différente dans *Ewing v. Northridge Hospital Medical Center*.

3. Cas où la Victime ou le tuteur de la victime avait connaissance du Danger : 2 affaires

Dans deux cas, le tribunal a jugé qu'il y existait un devoir type Tarasoff, mais il ne s'appliquait pas car les personnes concernées avaient déjà connaissance du danger (211).

Par exemple, dans *Latimer v. Havenwyck Hospital*, un homme a menacé son père et a été hospitalisé. Après sa sortie de l'hôpital, il a tiré sur son père. L'hôpital a été jugé non responsable, parce que le père avait connaissance des menaces, avant l'hospitalisation, et qu'aucune nouvelle menace n'avait été émise au cours de cette hospitalisation.

4. Cas où il a été estimé que le patient n'était pas pris en charge par un professionnel : 2 affaires

Dans l'une des affaires, *Nasser v. Parker*, le patient a tué son ancienne petite amie, mais était sorti de l'hôpital où il avait été admis librement. (211)

L'état de Virginie semble considérer que le devoir de protection ne s'applique que dans les situations d'hospitalisation sans consentement. La cour stipule qu'il existe un devoir d'avertir seulement si une relation spéciale existe entre le psychiatre, l'hôpital et le patient (211).

Dans l'autre affaire, *Sage v. United States*, un médecin militaire a tiré sur des victimes aléatoires.

5. Cas où le professionnel s'est acquitté du devoir en avertissant la victime : 1 affaire

Dans l'affaire *Emerich v. Philadelphia Center for Human Development* (224), le patient, Gad Joseph, a tué sa petite amie après leur séparation. La victime, Teresa Hausler avait prévu d'aller à son appartement pour récupérer ses affaires. Le patient avait dit à son thérapeute le jour du meurtre qu'il avait l'intention de tuer Teresa Hausler. Dans la matinée, Teresa a appelé le thérapeute (elle avait été suivie dans le même centre de consultations) pour demander si elle devait aller chez lui, et il lui a conseillé vivement de ne pas s'y rendre. Teresa y est allée et a été tuée. Le tribunal a jugé que le thérapeute avait rempli son devoir en lui conseillant de ne pas se rendre au domicile du patient (211).

6. Cas où une Immunité est conférée par la loi : 4 affaires

Dans quatre cas, le tribunal a statué en faveur de l'accusé, non pas en vertu de l'immunité d'une loi Tarasoff, mais de celle d'une loi différente.

Les accusés bénéficiaient d'une immunité parce qu'ils étaient agents d'une prison d'état, d'un établissement pour anciens détenus, ou d'un établissement pénitentiaire de santé mentale (211).

A titre d'exemple, dans l'affaire *Tobis v. State* les faits impliquaient un homme qui a tué sa première et sa seconde épouse. Après le premier meurtre, il a été déclaré non coupable pour cause d'aliénation mentale. Plusieurs années après sa sortie, il s'est remarié, et a tué sa seconde épouse en lui tirant dessus. La famille de celle-ci a intenté un procès. Le tribunal a fait référence à la loi Tarasoff, mais a estimé qu'elle ne s'appliquait pas aux faits et a rejeté l'affaire sur la base de l'immunité judiciaire en 2004 (211).

De même, les défendeurs dans les affaires *Michael E.L. v. County of San Diego, Higgins v. Salt Lake County*, et *Ley v. State of California* ont tous été protégés par les lois de l'État conférant l'immunité (211).

1.2. Six affaires émanant de juridictions dotées de lois permissives

- Dans l'affaire *Green v. Ross*, la Cour d'appel de Floride a rejeté l'affaire, déclarant « nous ne pouvons pas conclure que le libellé de l'article 491.0147 créé un devoir de mise en garde de nature à fonder une action pour manquement à cette obligation».
- Dans l'affaire *Boynton v. Burglass* le tribunal de Floride a rejeté l'application de la loi Tarasoff, indiquant que la science n'est pas suffisante pour prédire la dangerosité. Le tribunal a en outre déclaré que la loi de Floride « n'impose pas au psychiatre de prévenir mais est rédigée en termes permissifs et prévoit uniquement qu'un psychiatre puisse divulguer les propos de son patient ».
- Dans l'affaire *Santa Cruz v. Northwest Dade Community Health Center*, le tribunal de la Floride a statué qu'il n'y avait pas de relation spéciale entre le centre de santé mentale et les victimes d'une fusillade.
- Dans *Charleston v. Larson*, le tribunal a rejeté la plainte d'une infirmière contre un psychiatre après qu'un patient l'eut frappée, jugeant qu'il n'existait pas de relation particulière créant un devoir de protection du psychiatre envers elle.
- L'affaire *Praesel v. Johnson* implique une patiente suivie en consultation, présentant une épilepsie connue. Une crise est survenue pendant qu'elle conduisait. Elle a tué le conducteur d'une autre voiture. La famille a poursuivi le médecin de famille, un neurologue et un neurochirurgien, qui avaient tous vu le patient. Le tribunal du Texas a fait référence à des décisions antérieures qui estimaient qu'il n'y a pas d'obligation de prévention lorsque la victime n'est pas clairement identifiée, notant également qu'un médecin au Texas n'a pas l'obligation de déclarer au *Department of Motor Vehicles* que le patient souffre d'un trouble épileptique ; la déclaration est laissée à la discrétion du praticien.
- Dans L'affaire *Weigold c. Patel,* la patiente était une infirmière qui prenait un médicament interférant avec sa capacité de concentration. Elle savait qu'elle n'était pas censée conduire, mais a choisi de conduire néanmoins et a causé une mort accidentelle. Le demandeur a poursuivi le psychiatre de l'infirmière et son psychologue. Le tribunal a jugé que c'était un choix de la patiente, indépendant des cliniciens, qui avait été la cause immédiate de l'accident et de la mort consécutive (211).

1.3. Quatre cas émanant de juridictions ne disposant pas de loi spécifique

1. Juridictions où il n'existe pas de loi Tarasoff

- Dans *Williamson v. Liptzin*, un patient psychotique a tiré sur huit personnes, et l'une des victimes a poursuivi le psychiatre. La Cour d'appel de la Caroline du Nord a jugé que le psychiatre n'était pas la cause immédiate des blessures du demandeur, car le suivi avait pris fin huit mois plus tôt et il n'y avait aucune preuve que le patient était dangereux au moment de l'arrêt des consultations.
- L'affaire *Gregory v. Kilbride* concerne un psychiatre qui aurait omis d'hospitaliser un patient. Le patient a tué son épouse avant de se tuer lui-même. Comme dans l'affaire Williamson, le tribunal a jugé que « la Caroline du Nord ne reconnaît pas l'existence d'un devoir pour le psychiatre de prévenir des tiers » (211).

2. Verdict concluant à l'absence de devoir au vu des faits

- Dans *Hesler v. Osawatomie State Hospital*, un patient hospitalisé sans son consentement a reçu une permission. Il a causé un accident de voiture provoquant la mort d'un homme. La Cour suprême du Kansas a jugé qu'une obligation de contrôle existait, mais que l'hospitalisation sans consentement ne créait pas pour le psychiatre une obligation envers le grand public.
- Dans l'affaire *Weitz v. Lovelace Health System Inc*, un homme a tué sa femme, sa fille, puis s'est tué lui-même. La famille survivante a poursuivi les professionnels qui suivaient le patient et l'établissement qui les employait. La Cour fédérale a déclaré que le droit du Nouveau-Mexique ne considérait pas que le suivi ambulatoire permettait et impliquait un contrôle suffisant pour instituer un devoir de protection : « instituer un devoir de contrôle dans le contexte d'un suivi ambulatoire obligerait les professionnels à exercer un niveau de soins et de surveillance pratiquement impossible ». En outre, le tribunal a jugé qu'il n'y avait pas obligation d'avertir, parce que la victime savait déjà qu'elle était en péril (211).

2. Verdicts en faveur du plaignant

Parmi les 6 verdicts en faveur des plaignants, quatre concernaient une violation de l'obligation de protéger, et deux la violation d'une obligation de droit commun (211).

2.1. Verdicts provenant d'états où la loi institue une obligation : 4 cas

1. Faits révélant une négligence

L'affaire *Turner v. Jordan* impliquait un patient hospitalisé pour un état maniaque avec des antécédents de violence graves, y compris des violences au sein de l'unité. L'équipe avait peur de lui. Au cours de l'hospitalisation, le patient, stabilisé et non suicidaire, a refusé de poursuivre la prise de son traitement ; le Dr Jordan, son psychiatre traitant, a rédigé une note indiquant que le projet était d'encourager le patient à sortir contre avis médical.

Plus tard ce même jour, le patient a attaqué et grièvement blessé une infirmière. Elle a poursuivi le médecin, et elle a gagné. La cour d'appel a confirmé le verdict du tribunal de première instance en faveur de l'infirmière.

Dans *Walker's Adm. v. Simmons*, un patient a tué son cousin de cinq ans, après que ses parents l'eurent emmené en permission pour un week-end hors de l'établissement.

La famille a allégué que le patient avait communiqué des menaces de tuer des membres de sa famille et de l'équipe à de nombreuses reprises avant la sortie du week-end. Le tribunal a jugé que la cause d'action contre le psychiatre et l'établissement était recevable en vertu de la loi Tarasoff de Virginie, parce qu'une menace avait effectivement été communiquée (211).

2. Loi mal interprétée par la Cour de première instance

Dans une affaire du Colorado, *Halverson v. Pikes Peak Family Counseling and Mental Health Center*, un patient hospitalisé qui avait des antécédents de comportement violent a agressé la plaignante. Elle a affirmé que les défendeurs ne l'avaient pas protégée, même si elle avait reçu un avertissement de la dangerosité de ce patient et de son comportement agressif antérieur envers elle. Le tribunal de première instance a rendu un jugement sommaire en faveur du défendeur. La cour d'appel l'a infirmé et estimé que le tribunal de district avait commis une erreur en concluant à l'absence de devoir de protéger à moins que la victime ait elle-même fait part d'une menace sérieuse envers elle. Le demandeur l'a emporté lors du second jugement (211).

3. Absence de devoir Tarasoff au regard des faits, mais négligence retenue

Dans *Sheron v. Lutheran Medical Center*, l'épouse d'un homme décédé à la suite d'une intoxication médicamenteuse a porté plainte contre un psychiatre et le centre médical. La cour d'appel du Colorado a rejeté la demande en vertu de la loi Tarasoff, mais a reconnu l'accusation de négligence, alléguant que le psychiatre n'avait pas hospitalisé le patient au cours d'une évaluation la veille de son suicide (211).

2.2. Verdict des États où la loi est Permissive : 1 cas

Dans *Garamella v. New York Medical College*, le psychiatre défendeur était à la fois psychanalyste d'un résident et superviseur de son programme de formation. Le résident était pédophile et estimait que le sexe entre enfants et adultes était sain et a fait part à son superviseur de son intention de suivre un cursus en psychiatrie de l'enfant. L'analyste a scrupuleusement maintenu la confidentialité de son patient.

Le patient a finalement violé un jeune garçon alors qu'il travaillait en tant que médecin aux urgences. Les parents du garçon ont porté plainte et le tribunal de première instance s'est prononcé en faveur du demandeur. Suite à la diffusion médiatique du procès, d'autres victimes se sont manifestées et le résident a été condamné à la prison pour ses crimes (211).

Dans l'affaire Garamella, ce n'est pas seulement un défaut de jugement clinique qui a conduit le psychiatre à ne rien divulguer face à un danger potentiel pour les enfants, mais un problème de système, commentent Soulier et al. A cette époque, une expérience de formation psychanalytique était incluse dans ce programme de résidanat, où les analystes étaient aussi les superviseurs, créant clairement une confusion de limites et des conflits potentiels évidents. Après ce verdict, le programme de résidanat, et la formation psychanalytique ont été séparés (211).

2.3. Verdicts des états où il n'existe pas de loi Tarasoff : 1 cas

Dans *Long v. Broadlawns Medical Center*, l'hôpital a promis à la famille d'un patient qu'il les avertirait avant sa sortie. La famille n'a pas été avertie, et le patient a tué un membre de sa famille. La famille a porté plainte. Le tribunal de l'Iowa a déclaré explicitement qu'il n'existait pas de devoir d'avertir pour les psychothérapeutes, mais a déclaré qu'un devoir de droit commun existait dans ce cas puisque l'hôpital avait promis d'avertir la famille et omis de le faire. Le tribunal a noté que l'obligation de droit commun a prévalu sur la connaissance qu'avait la famille de la violence du patient.

Bien que ce verdict soit en faveur du demandeur, il ne considère pas que le défendeur ait manqué à un devoir Tarasoff. Le tribunal déclare explicitement qu'il n'impose pas une telle obligation (211).

3. Conclusions de la revue de Soulier et al.

Les auteurs concluent que les professionnels de santé mentale sont rarement déclarés coupables de négligence pour ne pas avoir averti ou protégé une victime et qu'il y a peu de motifs de poursuite envers un praticien si la pratique clinique a été raisonnable. Ils estiment que les lois ont joué un rôle constructif dans l'application du devoir de protection.

Au cours des 21 années d'histoire législative considérées par Soulier et al (211), il n'apparait que quatre cas dans lesquels un professionnel a été jugé responsable de l'inexécution d'un devoir Tarasoff.

Dans deux autres verdicts en faveur du demandeur, le tribunal a rejeté explicitement le devoir Tarasoff comme base pour la réclamation, au profit de la violation d'un devoir de droit commun.

Dans les états disposant d'une loi spécifique, imposant ou permettant de prévenir, les tribunaux ont systématiquement jugé qu'il n'y avait aucune obligation en vertu de cette loi, lorsque le patient n'avait pas communiqué de menace au thérapeute.

Certains aspects des décisions contrastent avec des verdicts plus anciens, notamment :

- Que ce soit dans un état disposant d'une loi spécifique ou non, les tribunaux ont presque toujours jugé que les défendeurs n'avaient aucune obligation envers le grand public, ce qui est contraire à des verdicts antérieurs en faveur du demandeur.
- Les tribunaux ont jugé dans quatre cas que l'obligation ne s'étendait pas aux personnes qui étaient déjà informées du danger, indépendamment du fait que le thérapeute ait averti la victime. Ceci contraste avec le verdict de l'affaire Jablonski, où le tribunal avait conclu que le psychiatre était responsable même si la victime avait eu amplement connaissance de son péril.
- Dans deux cas, le tribunal a jugé que le thérapeute ne pouvait pas être tenu pour responsable d'actes violents qui avaient eu lieu trop longtemps après la fin de la prise en charge : deux mois et huit mois après la fin du suivi. Encore une fois, ces cas contrastent avec de précédentes affaires où le psychiatre a été condamné pour violence envers une victime aléatoire au décours d'un accident de voiture cinq mois et demi après la sortie du patient de l'hôpital.

Dix-sept cas étaient en cours de jugement lors de la rédaction de l'article de Soulier et al (211). Ces décisions et les verdicts ultérieurs permettraient peut-être l'observation d'autres changements dans la façon dont les tribunaux décident, observent les auteurs.

Les lois Tarasoff limitent le devoir de protection aux cas où les thérapeutes peuvent raisonnablement prévoir la violence, mais ils n'affranchissent pas complètement les cliniciens de leur jugement clinique. Par exemple, dans l'affaire Clay, les demandeurs pouvaient raisonnablement soutenir qu'un homme souffrant de schizophrénie, ayant une histoire connue de violence et qui avait menacé la victime aurait du être hospitalisé.

Un autre cas particulier sur lequel les cliniciens devraient porter une attention accrue est le contrôle des patients en hospitalisation sans consentement (211). Les tribunaux sont plus enclins à tenir les cliniciens responsables dans des milieux où les patients sont sous contrôle ou lorsque le clinicien a refusé l'hospitalisation.

Parmi les 23 affaires en attente de jugement ou en faveur des plaignants, 13 impliquaient des patients hospitalisés ou résidant dans un établissement, deux cas concernaient l'évaluation psychiatrique d'un patient aux urgences, et un cas concernait le refus répété d'hospitalisation d'un patient souffrant de schizophrénie.

Les tribunaux ont des positions différentes dans les affaires où des patients en permission ou en fugue ont été à l'origine de blessures. La plupart des tribunaux se sont prononcés en faveur du défendeur en vertu de la loi Tarasoff quand la victime était non identifiable.

Les lois semblent généralement limiter le devoir de protéger au cas où les victimes sont identifiées ou raisonnablement identifiables.

1. Variations selon que l'état dispose d'une loi Tarasoff

Les juridictions des États disposant d'une loi Tarasoff ont été généralement cohérentes dans leur interprétation de la loi, à quelques exceptions près, estiment Soulier et al.

Il est également à noter que 7 des 17 cas renvoyés devant un tribunal proviennent d'États disposant d'une loi permissive. Les juridictions de ces états peuvent laisser davantage de place à l'interprétation des tribunaux et peut-être augmenter la responsabilité des cliniciens.

Toutefois, dans les affaires *Green et Boynton*, le tribunal de Floride, où existe une loi permissive, a rendu un jugement sommaire en faveur des défendeurs car la loi ne crée pas une obligation formelle d'avertir.

2. Risque pour le professionnel de santé mentale

Sur les 70 cas, le seul que les auteurs jugeaient inquiétant était en attente de jugement, après renvoi devant un tribunal : il s'agit de l'affaire Barbarin dans laquelle un clinicien (qui n'était pas un psychiatre) a informé une infirmière à domicile d'antécédents de comportement violent (4 ans auparavant) d'un patient, le jour où celui-ci l'a agressée. Le patient n'avait pas communiqué de menace depuis, mais la cour d'appel a décidé que le médecin pouvait avoir une obligation de droit commun de protéger l'infirmière, quand bien même il s'était acquitté de son obligation de l'avertir (211).

Ce cas est le seul cas où un jugement clinique prudent, assorti d'un avertissement, n'a pas été suffisant pour permettre un verdict en faveur du défendeur.

L'étude de Soulier et al. ne recense pas les cas réglés à l'amiable, avant procès ou par un tribunal de première instance (non publiés dans la jurisprudence) qui ne sont pas parvenus en appel.

Il est possible qu'il y ait davantage de verdicts ou règlements hors tribunal en faveur des demandeurs que ceux mentionnés par Soulier et al (211). Toutefois, remarquent les auteurs, cela est peu probable : si c'était le cas, les dédommagements versés par les assureurs reflèteraient ces affaires en faveur des demandeurs. Or, la compagnie d'assurance de l'APA ne mentionne pas d'affaires Tarasoff dans sa liste de cas impliquant la défense d'un psychiatre, ni dans les affaires ayant abouti au versement d'un dédommagement. Il en va de même pour la compagnie d'assurance du Massachusetts qui assure la plupart des psychiatres dans cet état.

8. Responsabilité et pédopsychiatrie

Peu de travaux sont consacrés à cette question.

Lorsque Bellamy a étudié les affaires portées devant l'ensemble des cours d'appel américaines pour faute professionnelle en psychiatrie entre 1946 et 1961 (225), il n'a recensé que 18 cas en 15 ans, et aucun ne concernait un patient enfant ou adolescent.

Les études de Slawson sur la faute professionnelle dans les années 70 (226) et (85) suggèrent que la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent impliquent moins de 5% des réclamations en psychiatrie, et que les psychiatres dans leur totalité représentaient 0,3% des réclamations parmi l'ensemble des médecins.

En 2002, Patricia Ash publie « *Malpractice in child and adolescent psychiatry* » (39) ; elle remarque qu'il y a 40 ans, la faute professionnelle en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent était un sujet inexistant ; la crainte d'être poursuivi est un phénomène récent.

S'il y a eu une augmentation importante des primes d'assurance professionnelle dans les années 70 et 80, on ne connait pas l'évolution des primes d'assurances pour les psychiatres de l'enfant et de l'adolescent (39).

A ce propos, Ash remarque que les assureurs ne fixent pas les mêmes montants de prime d'assurance professionnelle selon que le praticien a une pratique en psychiatrie adulte ou en psychiatrie de l'enfant, ce qui suggère qu'ils seraient moins exposés au risque de poursuite (39).

Comme en psychiatrie adulte, il est difficile d'obtenir des données exhaustives concernant la fréquence et la cause des poursuites (39).

- Chaque compagnie d'assurance a ses propres statistiques et ne les rend généralement pas publiques
- Les assureurs n'utilisent pas les mêmes catégories pour classer leurs données
- Les catégories utilisées ne sont pas les plus utiles aux psychiatres

1. Données de la PIAA

La PIAA (qui rassemble les données de 20 compagnies membres de l'organisation) inclue les assurances habituellement souscrites par les membres de l'APA et l'AACAP (*American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*).

Ces données représentent environ 1/8ème des paiements déclarés à la NPDB (*National Practitioner Data Bank*), qui enregistre tous les dédommagements versés pour faute professionnelle. Lors de la rédaction de l'article, la NPDB ne publiait pas les déclarations par spécialité.

P. Ash (39) a demandé une analyse spéciale des données de la PIAA relatives aux plaintes impliquant un patient de moins de 18 ans de 1985 à 2000 (227), parmi la catégorie des réclamations en psychiatrie recensées par la PIAA (84).

Les données correspondantes à ces 16 années permettent d'identifier 316 réclamations concernant un enfant ou un adolescent. Parmi les 316 réclamations, 13,9 % ont donné lieu au versement d'un dédommagement. La moyenne du montant de dédommagement est 147 000 $.

1. Fréquence des poursuites (PIAA)

D'après une comparaison avec les données de la PIAA concernant les adultes (84), les réclamations concernant les mineurs représentaient environ 21% des réclamations en psychiatrie. Ce pourcentage est bien plus élevé que celui de 5% mentionné dans les études antérieures de Slawson en 1970 (226) et (85).

Il faut garder à l'esprit note Ash (39) que les données de la PIAA peuvent ne pas être un échantillon représentatif de l'ensemble des psychiatres. Les réclamations impliquant des patients mineurs donnaient moins souvent lieu au paiement d'une réclamation : 13.9% contre 22.9% pour les patients adultes, mais le dédommagement moyen versé quand il s'agissait d'un patient mineur était plus élevé : 147 711$ contre 116 268$.

2. Situations à l'origine de poursuites (PIAA)

Les données restent vagues quant à l'événement à l'origine de la plainte : près de 2/3 des cas étaient codés « absence d'erreur médicale », code utilisé si le médecin n'a pas commis de faute sur le plan médical, mais qu'il existe néanmoins un événement motivant la réclamation. Ces réclamations donnaient lieu à un paiement dans 11, 7% des cas soit un taux proche de l'ensemble des réclamations.

- La procédure ayant le plus souvent occasionné une plainte était l'évaluation médico-légale psychiatrique dans le cadre d'une incarcération, bien que les données de la PIAA ne recensent aucun paiement versé à ce titre.
- Les erreurs de médication étaient la seconde cause de poursuite la plus fréquente, suivies des erreurs diagnostiques, défaut de supervision d'un dossier, et manquement à hospitaliser un patient.

3. Diagnostics concernés

Que ce soit en psychiatrie adulte ou en psychiatrie de l'enfant et adolescent, la dépression était le diagnostic le plus couramment impliqué dans une réclamation, suivi des troubles névrotiques non spécifiés.

Les montants de dédommagement les plus élevés concernaient également des patients atteints d'un trouble dépressif grave, suivis de ceux présentant un « trouble névrotique non spécifié ».

Les données ne distinguaient pas les patients hospitalisés et non hospitalisés et le suicide n'était pas traité comme catégorie distincte.

2. Autres estimations

Kathleen Lamb, vice-présidente de la branche des réclamations en responsabilité professionnelle de l'APA, déclarait en 2001 qu'il lui semblait que le motif de réclamation le plus fréquent est le manquement à la protection d'un mineur d'une agression physique ou sexuelle dans une unité d'hospitalisation, suivi des cas de suicide, puis des choix de traitement médicamenteux , contacts inappropriés, et manquement à signaler un abus.

Cette observation concorde avec un échantillon étudié par Wagner et al (228) , pour qui la première cause de réclamations est le suicide suivi des abus sexuels de la part de patients hospitalisés sur d'autres patients.

Dans des travaux plus anciens, en 1982, Schetky et Cavanaugh (229) puis Nurcombe en 1991 (228) avaient identifié les motifs suivant d'engagement de responsabilité en pédopsychiatrie :

- le consentement éclairé (de la part du détenteur de l'autorité parentale)
- l'intrusion dans la vie privée
- la violation de confidentialité
- une erreur diagnostique (par exemple, la non identification d'un trouble organique)
- un traitement médicamenteux inapproprié
- le suicide

3. Enquête de Wagner et al

En 1993, Wagner et al (228) publient *Malpractice litigation against child and adolescent psychiatry residency programs*, 1981-1991 (*Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*). Ils présentent une enquête nationale réunissant les réclamations pour faute professionnelle envers des résidents en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Un questionnaire a été adressé aux 111 directeurs de département en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ; les directeurs devaient rapporter toute réclamation pour faute professionnelle déposée entre 1981 et 1991 (228).

Toutes les réponses émanaient de directeurs de centre hospitaliers universitaires en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, de 3 hôpitaux militaires et 4 établissements psychiatriques indépendants (228).

92 directeurs ont répondu soit un taux de 83% ; deux d'entre eux ont précisé que leurs réponses portaient respectivement sur les 4 ou 6 années précédentes, soit la durée correspondant au résidanat (228). Les réponses provenaient de l'ensemble des États-Unis , le pourcentage le plus élevé était dans le nord des États-Unis (38%), où se trouve le plus grand nombre de programmes de résidents (228).

Parmi ces institutions, 14% avaient été concernés par une plainte pour faute professionnelle entre 1981 et 1991, soit un total de 21 plaintes.
Il est probable que cette estimation soit une sous estimation des plaintes : 17% des chefs de département n'ont pas répondu à l'étude, 2 chefs ont fait savoir qu'ils ne pouvaient pas fournir d'informations relatives aux fautes professionnelles : dans un cas, pour des raisons de confidentialité, dans l'autre c'est le directeur de la gestion des risques qui a refusé que le questionnaire soit rempli (228).

Wagner et al identifient 3 causes principales d'engagement de la responsabilité en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : (228)

- le signalement d'abus ou de maltraitance
- l'évaluation du droit de visite ou de garde d'un enfant
- les abus sexuels

Les auteurs notent que le nombre de plaintes enregistrées a augmenté entre 1981 et 1991, mais cette augmentation peut être attribuée en partie à une meilleure mémorisation des cas les plus récents par les chefs de département, quoiqu'elle concorde avec l'augmentation des réclamations pour faute professionnelle dans les autres professions médicales (228).

3 affaires n'ont pu être décrites car des procédures juridiques étaient en cours et les informations détenues par le procureur général (228).

Les 18 motifs de poursuite ont été regroupés en : (228)

- Prise en charge d'un patient :
- Suicide, tentative de suicide : 4 cas
- Abus sexuels de la part d'un autre patient : 4 cas
- Traitements inadéquats / inappropriés : 3 cas
- Manquement à protéger le patient de lui-même : 1 cas
- Manquement à protéger le patient d'un dommage : 1 cas

- Médication : 1 cas.
  Ce seul cas concernait des effets indésirables non spécifiés de la Ritaline.

- Autres :
- 1 tentative d'escroquerie
- 1 information erronée délivrée à l'école
- 1 échec à faire sortir un patient d'hospitalisation

La majorité des poursuites concernaient des patients hospitalisés au moment des faits.

Dans l'étude de Wagner et al (228), toutes les plaintes ont été déposées dans les 3 ans suivant les faits (228).

- Dans 6 cas, par les parents
- Dans 7 affaires, par la mère
- Dans 4 affaires, par le père
- Par un autre parent (hors père ou mère) dans 1 affaire.

Les réclamations recensées par Wagner et al concernaient des résidents, toutefois, aucun résident n'a comparu comme seul défendeur. C'est l'institution, associée à l'université dans 7 cas, qui était le défendeur dans tous les procès, à l'exception d'un seul cas, où l'université a été le seul défendeur. En effet, les superviseurs sont indirectement responsables des actions des résidents.

D'autres membres de l'équipe étaient impliqués dans 4 procès mais jamais comme seul défendeur.

L'issue des18 réclamations était ainsi répartie : (228)

- 4 poursuites ont été abandonnées
- 4 affaires se sont réglées en dehors du tribunal
- 2 cas sont allés jusqu'au procès : dans un cas, le cas a abouti à un non lieu, dans l'autre, le plaignant l'a emporté.
- 8 cas sont en attente de résolution.

Les dédommagements alloués aux plaignants s'étendaient de 7000$ à 500 000$. Le dédommagement le plus élevé concernait une affaire réglée hors tribunal, concernant une prise en charge jugée défaillante et impliquant un homicide.

Wagner et al (228) notent que les données de la littérature sont faibles pour évaluer l'étendue et le type des litiges en psychiatrie de l'enfant, estimant pourtant que ces informations seraient particulièrement utiles à la formation des internes (résidents), et permettraient d'intégrer aux enseignements des questions spécifiques de gestion des risques.

Il n'existe pas d'étude évaluant le taux ou la fréquence de plaintes envers les résidents en psychiatrie (228). Dans une étude menée à la même période (1990), et portant sur les plaintes en dermatologie, aucun résident n'avait été cité à comparaitre seul au cours d'un procès (230).

Concernant la rédaction de comptes-rendus, Wagner et al (228) observent que certaines informations concernant les parents peuvent constituer une violation de confidentialité, et recommandent l'utilisation de termes objectifs et la stricte description de comportements observés, afin d'éviter qu'un jugement personnel ne transparaisse.

4. Motifs de réclamations les plus fréquents

Ces motifs concordent en partie avec les domaines identifiés par Ash comme susceptibles d'engendrer une réclamation en pédopsychiatrie (39). Parmi eux :

- Le suicide d'un adolescent
- La protection d'un enfant hospitalisé d'une relation sexuelle provenant d'un autre patient
- Les erreurs médicamenteuses
- Les problèmes liés à des abus sexuels

1. Suicide

Dans l'étude de Wagner et al (228), le suicide et les tentatives de suicide représentaient 28% des plaintes, soit la catégorie la plus importante. Ce chiffre est légèrement plus élevé que ceux rapportés par le programme d'assurance de l'APA (231).

Tous les suicides rapportés concernaient des adolescents, de sexe masculin, entre 15 et 16 ans, tous ayant reçu le diagnostic de trouble dépressif majeur, et dans 2 cas un diagnostic associé de trouble des conduites avait été porté. Dans la moitié des cas, le suicide avait été réalisé par pendaison.

Un suicide et une tentative de suicide sont survenus 2 semaines après la sortie de l'hôpital.

Dans l'étude, l'issue de 2 affaires de suicides et d'une tentative de suicide était encore en cours de jugement et une autre affaire a été rejeté par le tribunal. Dans un autre cas, la poursuite a été abandonnée (228).

P. Ash propose des recommandations semblables à celles déjà mentionnées dans la sous-partie consacrée au suicide : documenter soigneusement le processus d'évaluation, noter les facteurs protecteurs et les facteurs de risque. Le processus d'évaluation est continu et il est utile de documenter la continuité de cette évaluation (39).

Selon elle, pour les patients non hospitalisés, la question clef est celle de savoir si le suicide était raisonnablement prévisible, et donc si s'il existait un devoir de protection du patient consistant généralement à l'hospitaliser. La prévisibilité induit généralement la réalisation d'une évaluation adéquate et documentée du risque suicidaire (39).

Si le patient n'est pas suivi dans un cadre hospitalier le psychiatre devrait documenter son raisonnement lui ayant permis de mesurer les facteurs de risque, ajoute Ash (39).

Les situations les plus difficiles sont celles des patients ayant un risque suicidaire chronique mais pour lesquels une hospitalisation au long cours n'est pas une option raisonnable, et où le clinicien connait le risque significatif qu'une tentative soit létale (39).

Dans les cas où le psychiatre juge que son plan de traitement comporte un risque, mais que ce risque est justifié, une stratégie utile est celle du *« when in doubt, shout »* (232) : c'est-à-dire prendre l'avis d'un autre praticien qui évalue le patient et documente ses observations.

En cas de poursuite pour faute professionnelle, la question est de savoir si le psychiatre a agi raisonnablement, ce qui avec l'opinion supplémentaire d'un confrère peut contribuer à l'analyse rétrospective qui sera faite du cas par un troisième praticien, l'expert du plaignant.

Dans un cas de faute professionnelle concernant le suicide d'un adulte, le degré de responsabilité des actes de la personne a souvent de l'importance. Si un patient adulte ne mentionne pas l'aggravation de son état ou ne rapporte pas ses symptômes, la défense peut argumenter que le psychiatre avait pour attente raisonnable que le patient participait au traitement. Toutefois, quand un mineur se suicide, prévaut l'hypothèse que le niveau de responsabilité de ses actions n'est pas celui d'un adulte (39).

Ash observe que dans une affaire de suicide d'un adolescent hospitalisé, les deux questions les plus courantes concernent :

- L'existence d'une évaluation complète du risque suicidaire par le médecin et l'équipe
- L'existence de mesures de protection adéquates

Une question courante est celle de la connaissance qu'avait le médecin de certaines observations de l'équipe.

Dans le cadre de son évaluation continue du risque suicidaire, le psychiatre devrait documenter les raison qui le conduisent à diminuer le niveau de surveillance (39).

2. Agression sexuelle / Manquement à protéger un enfant d'un autre patient

Dans l'étude de Wagner et al (228), la seconde cause la plus fréquente de poursuite, 22%, était la survenue d'abus sexuels commis par un autre patient sur un autre enfant hospitalisé.

Les victimes étaient des garçons dont l'âge était compris entre 8 et 11 ans. Les agresseurs étaient des garçons, ayant une histoire d'abus sexuels.

Wagner et al notent que cette question est peu exploitée dans la littérature psychiatrique de l'enfant, contrairement à la psychiatrie adulte. En plus de potentielles séquelles psychologiques pour l'enfant, la transmission potentielle de maladies sexuellement transmissibles, constitue un problème de responsabilité.

Cette observation plaide en faveur d'une pré-admission attentive incluant une focalisation sur l'histoire de précédents abus sexuels et une sélection attentive des enfants partageant la même chambre, incluant une surveillance adéquate dans les cas où les enfants ont subi des abus sexuels.

Ces cas constituent des questions complexes de responsabilité, observe Patricia Ash : (39)

Typiquement, décrit-elle, il s'agit d'un enfant A, suivi par le Dr X et d'un enfant B suivi par le Dr Y. l'enfant A initie un acte de nature sexuelle envers l'enfant B, dont les parents déposent une plainte contre le Dr X, le Dr Y et l'établissement hospitalier. Le psychiatre du patient plaignant peut ne pas avoir eu connaissance du risque. Le niveau de consentement, particulièrement entre adolescents peut être une question problématique.

L'un des questions centrales concerne habituellement la prévisibilité du comportement de l'enfant A et l'adéquation de la surveillance des interactions entre les enfants.

La subtilité juridique principale de ce genre d'affaires réside dans la possibilité d'accès au dossier médical des enfants ; la défense souhaite habituellement préserver la confidentialité du dossier médical de l'enfant présumé agresseur, empêcher l'accès au dossier médical de l'enfant « agresseur » par la partie plaignante, alors que la partie plaignante souhaite y avoir accès. Sans l'accès à ce dossier, le plaignant peut plus difficilement prouver la prévisibilité de l'agression (39).

3. Prise en charge

Dans l'étude de Wagner et al (228), 3 cas comportaient des allégations de prise en charge inadéquate ou insuffisante.

Dans un de ces cas, un adolescent chez qui avait été porté le diagnostic de schizophrénie a agressé et tué sa mère 1 mois après sa sortie de l'unité psychiatrique. Il avait consommé des substances illicites après sa sortie, mais aucun problème n'avait été décelé lors du suivi en centre de consultation.

Dans un autre cas, la plainte a été déposée contre l'hôpital pour la falsification du recouvrement de frais impayés : ces frais concernaient le traitement d'un garçon de 13 ans avec des troubles es conduites sévères. Les parents du patient avaient déjà eu un conflit avec l'hôpital avant le traitement de leur fils.

Dans le 3ème cas, un adolescent qui se rendait à un groupe thérapeutique pour adolescents agresseurs sexuels a commis une agression sexuelle pendant la prise en charge.

4. Défaut de protection / surveillance

Dans l'étude de Wagner et al (228), 2 cas concernent un défaut de protection du patient .

- Dans le premier cas, un jeune garçon s'est fracturé la clavicule pendant qu'il faisait de la gym à l'hôpital.
- Dans l'autre, une jeune fille aux antécédents d'auto mutilation a de façon répétée avalé des punaises et des épingles pendant son hospitalisation.

5. Médication

Dans l'étude de Wagner et al (228), seule une réclamation concernait un traitement médicamenteux. Cette observation contraste avec le taux de 25% rapporté dans la littérature psychiatrique générale (Slawson, 1989). Le taux plus faible de médication parmi les enfants et les adolescents souffrant de troubles psychiatriques en comparaison des patients adultes explique sans doute cette différence.

Ash note que le traitement le plus fréquemment impliqué en cas de poursuite est le Méthylphénydate, non pas à cause de la gravité des effets indésirables, mais parce que beaucoup estiment que ce médicament est excessivement prescrit (39). Les questions de consentement éclairé diffèrent de la psychiatrie adulte puisque ce sont les parents qui doivent le donner ou le représentant légal.

Les médicaments sont souvent utilisés « *off label* » (hors AMM), soit en dehors de l'âge prévu par le *Physician Desk Reference* (PDR) ou pour des raisons non listées dans ce PDR.

Les médecins ne sont pas strictement liés au PDR ; ils ont le droit de faire usage des médicaments de la manière qui leur semble appropriée.

Plus de 70% des catégories du PDR ne comporte pas d'information sur les posologies recommandées pour la pédiatrie ou mentionnent explicitement que la tolérance et l'efficacité n'a pas été évaluée chez les enfants (233).

Les études en pédiatrie suggèrent que plus de 10% des médicaments prescrits aux enfants sont *off-label* (234) et que ce taux est plus élevé encore parmi les enfants d'âge pré scolaire (235).

Ceci s'explique par le fait que les recherches sur l'utilisation de psychotropes chez les enfants soient limitées et qu'une grande quantité d'études et recherches soient nécessaires pour obtenir l'aval de la FDA pour un usage pédiatrique.

Bien que certains tribunaux aient par le passé jugé que le non respect des recommandations de la PDR impliquait que la charge de la preuve incombait au défendeur et que c'était à lui de montrer qu'il n'y avait pas eu négligence (*Mulder v Parke Davis*, 1970), des jugements plus récents comme l'affaire *Richardson v Miller* en 2000 reconnaissent que le PDR n'établit pas une stricte norme de pratique des soins.

Un témoignage d'expert est nécessaire pour déterminer si un traitement donné est approprié dans une situation donnée. L'usage d'un médicament à visée expérimentale ou non accepté par une minorité clinique respectable requière qu'un niveau d'information plus important encore soit donné, incluant le fait que ce traitement est expérimental et doit comporter une discussion de traitements alternatifs.

6. Contacts inappropriés avec un patient

Il s'agit en général de contacts de nature sexuelle. Les relations sexuelles avec des patients ou anciens patients étant contraires à la loi et l'éthique, les compagnies d'assurance ne contribuent généralement pas au dédommagement. De plus, et contrairement aux affaires de contact sexuel avec un patient adulte, ces affaires peuvent donner lieu à un procès criminel.

7. Abus d'enfant

Tous les états possèdent des lois rendant obligatoires la déclaration d'abus sur un enfant. Une obligation existe lorsque le clinicien a ou aurait raisonnablement du avoir des soupçons. Un manquement à cette obligation est une faute professionnelle.

Le manquement diagnostic (en cas d'abus) ou le manquement à protéger un enfant peuvent également donner lieu à des poursuites (236).

Le diagnostic ou la déclaration d'abus qui n'ont pas réellement eu lieu donne également lieu à des problèmes complexes impliquant l'auteur présumé.

Dans l'enquête de Wagner, une poursuite concernait une « manœuvre d'escroquerie » : un parent avait été accusé d'abus sexuel envers un enfant, mais l'accusation a été abandonnée. A la suite, ce parent a allégué l'existence d'une conspiration parmi les professionnels de santé mentale visant à les accuser d'abus sexuels présumés (228).

Dans une autre affaire, bien qu'aucune plainte n'ait été déposée, un département a mentionné des problèmes liés à un défaut de signalement de suspicions d'abus sexuels. Dans 2 cas, un résident en psychiatrie et un étudiant en psychologie n'ont pas signalé un abus suspecté car ils ont considéré les allégations comme un élément d'un conflit parental autour de la garde de l'enfant. Rétrospectivement, il a été considéré par le chef de département que la supervision était insuffisante dans ces cas et que les allégations d'abus auraient du être reportées. L'étudiant en psychologie a été assigné à comparaitre par le procureur une fois sa formation achevée (228).

En 1988, dans une affaire du Colorado, *Montoya v Bebensee*, un psychologue en formation a conclu qu'une enfant de 4 ans avait été sexuellement abusée par son père et en a averti la mère lui conseillant de suspendre le droit de visite du père.

Le père a porté plainte et le tribunal a jugé que le psychologue bénéficiait d'une immunité pour sa déclaration, même si la déclaration était erronée, mais qu'il était hors du cadre de la loi de conseiller à la mère de suspendre le droit de visite et pouvait être une cause d'action pour faute professionnelle.

La controverse concernant des souvenirs retrouvés a été à l'origine de problèmes similaires. Dans la médiatique affaire *Ramona v Ramona*, en 1994, un père a poursuivi le thérapeute de sa fille et gagné l'affaire, au motif que ses thérapeutes avaient induit le souvenir erroné qu'il avait abusé d'elle quand elle était enfant. Le tribunal a autorisé le procès au motif que le père était une victime directe des thérapeutes, en partie parce qu'il y avait eu une rencontre entre eux et le père.

Le recouvrement de souvenir disparus a donné lieu à de nombreuses poursuites envers des thérapeutes pour des souvenirs inculqués à leur patient(e) (237).

Bien que la plupart de ces cas impliquent des patients adultes, certains concernent des enfants ou adolescents. Il y a 10 ans, la négligence en psychothérapie était une cause d'action exceptionnelle, essentiellement parce qu'il y avait autant de formes de psychothérapie reconnues que peu de standards établis. Slovenko a montré que les thérapies impliquant la recherche de souvenirs oubliés ont conduit à une augmentation des poursuites pour négligence en psychothérapie (238).

8. Autres situations

Wagner et al (228) identifient d'autres situations ne se rattachant pas aux catégories précédentes :

- Un cas concernait un compte-rendu envoyé à l'école. Les parents du patient ont demandé une copie et contesté des éléments du contenu. Le rapport contenait des commentaires critiques vis-à-vis du comportement des parents. Le préjudice allégué par les parents était que leur réputation au sein de l'école était entachée par ce rapport.
  Le département où la plainte avait été déposée envoie désormais une version abrégée ne mentionnant pas le diagnostic complet.
- Une poursuite concernait un refus de sortie de l'hôpital pour 2 frères âgés de 9 et 10 ans ; les parents ont allégué que leurs enfants étaient gardés à l'hôpital sans leur consentement.

5. Particularités des poursuites

Wagner et al (228) rappellent que le délai de prescription est sensiblement plus élevé en psychiatrie de l'enfant, c'est-à-dire qu'il ne débute que lorsque le mineur atteint l'âge de sa majorité. L'enfant peut déposer plainte 2 à 3 ans après avoir atteint sa majorité (239). Avant cette échéance, l'enfant ne peut déposer une réclamation en son propre nom, ce sont généralement les parents ou représentants légaux (39).

Ainsi, un cas de faute professionnelle impliquant un enfant peut survenir de nombreuses années après les événements concernés ; pour cette raison, l'APA recommande que les dossiers médicaux soient conservés jusqu'à ce que l'enfant atteigne 21 ans.

III. Conséquences des questions de responsabilité sur les pratiques médicales

1. Quelques aspects de la crise de la responsabilité médicale

Aux États-Unis, la judiciarisation des soins apparait comme un problème depuis les années 1970. C'est en effet à partir du milieu des années 70 qu'on situe la première crise d'assurance de la responsabilité professionnelle, ce phénomène a notamment été étudié par Robinson en 1986 (240).

La fréquence et la gravité des sinistres a alors augmenté, certains assureurs ont massivement licencié, laissant les médecins sans couverture assurantielle ; ces derniers ont lancé des mouvements de grève ; une seconde crise, dans les années 80 est caractérisée par la hausse majeure des primes d'assurance, quand la première était une crise de « disponibilité », celle-ci était une crise de « l'accessibilité » ces crises ont été suivies de mesures de réforme de la responsabilité délictuelle (241).

1. Hausse des primes d'assurance professionnelle

En France aussi bien qu'aux États-Unis, le sentiment de judiciarisation s'est accompagné d'une hausse des primes d'assurance. Danzon note en 1990 que la fréquence des réclamations et le coût des primes d'assurance est, par rapport aux États-Unis, moindre au Royaume-Uni et au Canada, mais cet écart se resserre (242) : on l'a vu, un médecin anglais ou canadien est statistiquement 5 à 6 fois moins à risque de poursuite qu'un médecin américain.

Les assureurs sont notamment confrontés au risque de voir une responsabilité retenue de manière solidaire, principe permettant à la victime de ne demander l'indemnisation intégrale qu'à l'une des parties, laquelle devra se retourner contre les autres ayant contribué au sinistre, à proportion de leur participation (36).

Pour les assureurs, cette responsabilité solidaire constitue une incertitude quant aux demandes d'indemnisation, l'assureur pouvant être amené à couvrir le risque encouru par d'autres activités de prestation de soins (36).

Rosser (243) explique que l'ACPM (Association Canadienne de Protection Médicale) a depuis 1984 abandonné le principe d'une cotisation tarifaire uniforme au profit d'un barème de cotisation variable selon la spécialité, fondé sur le risque de poursuites : concernant les médecins de famille, l'effet fut de doubler ou tripler les cotisations de ceux qui pratiquaient des actes d'obstétrique, d'anesthésie ou de médecine d'urgence, comparativement à ceux n'exerçant qu'en consultation classique.

De 2000 à 2003, les médecins américains ont vu leur assurance en responsabilité professionnelle massivement augmenter, dans certains cas, le montant a doublé : pour les neurochirurgiens, elles ont pu atteindre jusqu'à 300 000$ par an (244).

Bovbjerb (43) explique également que les primes d'assurance ont redoutablement augmenté à partir de 2001, particulièrement pour les obstétriciens et autres spécialités à haut risque.

Depuis 2005, aux États-Unis, les coûts sont stables et semblent coïncider avec une stabilisation des poursuites pour fautes professionnelles. De 2004 à 2013, les taux ont chuté d'au moins 30% pour les internistes, les gynécologues-obstétriciens et les chirurgiens dans plusieurs états selon une étude du JAMA (245).

L'une des raisons évoquée à cette diminution est la réforme du droit de la faute professionnelle médicale : plafonnement des montants accordés qui ont pu limiter le nombre d'affaires défendues par les avocats, prise en compte des revenus futurs des plaignants, la plus grande sensibilisation des médecins aux risques de poursuite (244).

En 2015, dans le BMJ, Pages constate qu'après une période de flambée des coûts d'assurance professionnelle, les primes d'assurance des médecins américains semblent aujourd'hui stabilisées : il observe que l'évolution des cotisations obéit à des cycles (244).

Selon Pages, un revirement de l'opinion publique a pu aussi avoir une influence, ainsi qu'en témoigne un vote dans l'état de Californie en novembre 2014 : les électeurs ont rejeté une mesure soutenue par les avocats, qui visait à étendre les dommages intérêts immatériels de 250 000$ à 1,1 milliards de dollars (244).

De même, l'état d'esprit du public a pu changer : une vision moins idéalisée de la profession s'est développée, assortie de l'idée que le médecin n'est pas responsable de tout (244).

D'autres hypothèses sont évoquées : le comportement des médecins, qui s'appuient davantage sur les recommandations de pratiques fondées sur des preuves scientifiques, qui ont probablement redoublé d'efforts pour se prémunir des poursuites et dissuader les patients de poursuites fantaisistes. Les médecins ont adhéré à des programmes de gestion des risques, incluant des cours en ligne, permettant de réduire le coût de leurs primes d'assurance. Belk considère aussi que la nouvelle génération de médecins est mieux armée contre les risques de poursuite, du fait de leur enseignement universitaire. Des points tels que la construction d'une relation avec le patient et la façon d'éviter les poursuites y sont abordés (244).

2. Modification des pratiques

La description de l'exemple canadien illustre cet aspect : au début des années 80, explique Rosser (243), il existait au Canada la crainte de connaitre une crise de la responsabilité médicale et une inflation de poursuites légales analogue à celle des États-Unis, d'autres ont prédit un « exode massif » dans certaines spécialités et l'abandon des actes d'anesthésie, obstétrique et de médecine d'urgence par les médecins de famille, et des conséquences redoutées en terme d'accès aux soins pour les plus petites communes.

En 1988, une enquête portant sur la modification des pratiques révélait des changements depuis 1983 : 45 % des médecins de famille pratiquant dans les zones rurales de l'Ontario avaient abandonné les actes d'obstétriques, la menace de poursuite était une raison fréquemment invoquée par les praticiens. Les modifications les plus drastiques des pratiques étaient observées dans les régions rurales de l'Ontario : de 1983 à 1988, la baisse est remarquable ; 85 % des médecins effectuaient des actes d'obstétrique contre 39,7 % en 1988. Une bonne partie des médecins de famille pratiquant moins de 15 actes obstétricaux annuels estimaient que l'augmentation consécutive des cotisations ne rendait pas l'activité rentable (enquête citée par Rosser) (243).

En 1994, les hôpitaux ruraux connaissaient des difficultés à maintenir leurs services d'urgence, d'anesthésie et d'obstétrique.

De même, des rapports indiquent une augmentation spectaculaire des analyses biologiques, et une augmentation du nombre moyen d'échographie par grossesse. Rosser (243) indique que les patients ne tirent pas de bénéfice de cet excès d'investigations qui peuvent même être nuisibles. Il ajoute « la profession médicale semble croire que le nombre de poursuites a grimpé de façon spectaculaire, ce qui n'est pas le cas selon les statistiques de l'ACPM portant sur les 10 dernières années ». Les chiffres indiquent une stabilité et le rapport de 8 pour 1 entre médecins américains et canadiens se maintient (243).

Parmi les 67 recommandations d'un rapport remis en 1990 au gouvernement canadien, figurait la préconisation de la « création d'un système d'indemnisation fondé sur l'absence de culpabilité » pour dédommager les victimes d'une mésaventure (et non d'une erreur) médicale, à l'instar de certains pays d'Europe.

Les avocats s'opposent à ce changement de système d'indemnisation non fondé sur la faute (par exemple lors de réactions gravissimes post vaccination). Rosser conclue en espérant voir un tel régime s'instaurer avant la prochaine décennie et l'anxiété des médecins diminuer (243).

2. Vers une pratique de la médecine défensive ?

1. Médecine et *malpractice*

La question de la faute professionnelle (*Malpractice* dans la littérature anglaise) est vraisemblablement aussi ancienne que la pratique de la médecine, et la multiplication de publications dans la littérature médicale atteste de l'importance de cette préoccupation ; le terme MeSH « *Malpractice* » dans la base de données *PubMed* ramène 30 952 résultats, celui de « *Defensive medicine* » (ou *Defensive practice*), plus modestement, 1 076 résultats.

Certaines publications, aux titres prometteurs, se proposent de donner les recettes pour éviter au mieux d'être poursuivi. Dès 1958, on trouve un article d'Oblinger « La faute professionnelle et vous » (246), en 1984 (247) « Faute professionnelle : cela n'arrive qu'aux autres » (« *Malpractice : it only happens to someone else* »). En 1978, parait « En finir avec les problèmes de faute professionnelle : travailler pour le gouvernement » (*Legal Aspects of Medical Practice*) (248), où le caractère dissuasif de la perspective de poursuites est clairement affiché.

2. Médecine défensive

« Médecine défensive » est un terme forgé par les compagnies d'assurance, pour désigner le coût excessif de certains examens de laboratoires. Ce concept n'est pas si récent qu'on pourrait le supposer ; il a pu être présenté comme « une antidote à la faute professionnelle » (Tillis,1976) (249).

On trouve, parmi les plus anciens articles, une publication de 1976, sur les «Pratiques défensives en odontologie » (Miller) (250) ; et en 1980, au Japon, un article qui porte le même titre (Kobayashi), (251).

Une définition classique de la pratique défensive est proposée par Mac Quade en 1991 (252) il s'agit de « [la réalisation d'examens, de procédures et de traitements dont le but est de protéger le médecin d'une réclamation plutôt que de diagnostiquer ou soigner le patient] ».

Une définition proche des pratiques défensives est proposée par Mullen et al. en 2008 (253): « [On peut parler de pratiques défensives chaque fois qu'un praticien donne une plus grande priorité à l'auto-protection -en vue d'éviter une plainte- qu'à l'intérêt du patient] ».

1. Pratiques défensives

La peur d'être impliquée dans une affaire de faute professionnelle a donné naissance à divers comportements défensifs chez les médecins (254).

Ainsi que le mentionne Summerton (255), il existe des aspects positifs et négatifs à la médecine défensive :

- Les aspects positifs incluent l'amélioration de la qualité des soins (dont des explications plus détaillées aux patients et une plus grande satisfaction de leur part) (255).
- Les aspects négatifs incluent les traitements inutiles, l'augmentation des niveaux de surveillance des patients hospitalisés et l'augmentation des taux de suivi (255).

Un autre découpage a été proposé en deux formes, une positive et une négative : (256)

- La pratique défensive positive (ou comportement de réassurance) est définie par la réalisation d'efforts supplémentaires, à l'utilité clinique négligeable, afin d'éviter une plainte ou un engagement de responsabilité légale. Elle inclue la demande d'examens complémentaires superflus, la tenue de notes excessivement détaillées. Cette pratique peut être un gaspillage de ressources et a peu voire pas d'impact bénéfique sur les patients.
- La pratique défensive négative (ou comportement d'évitement) consiste à éviter certains actes, certaines procédures ou certains patients en raison de la perception d'un risque d'engagement de la responsabilité (256) et (257).

L'étude de Cunningham et Dovey, (258) en 2006, s'est attachée à caractériser les comportements défensifs, par l'examen des pratiques de 714 médecins (généralistes et spécialistes) : les changements assimilés à des pratiques positives consistaient en des investigations approfondies, un taux de recours accrus aux spécialistes, l'identification accrue de cas pouvant poser un problème (patients susceptibles de déposer une plainte), une documentation plus importante, davantage de recherche du consentement, une augmentation du temps passé par consultation et la décision de certains praticiens de réduire leur charge de travail (258).

Les pratiques négatives consistaient en un retrait de la relation médecin patient et de certaines catégories de pratique : les principales catégories identifiées par les auteurs sont l'obstétrique, les soins intensifs, les patients ayant une addiction à une substance, les patients envisageant une vasectomie ou une psychothérapie (258).

Les modifications allant dans le sens des bonnes pratiques incluent une réflexion sur la pratique, une plus grande sensibilité aux attentes de la société, et l'initiation de changements pour remédier aux erreurs d'organisation (258).

Cunningham et Dovey (258) distinguent l'effet des plaintes contre un médecin en particulier et celui des plaintes contre le système de soins : les premières sont en général pourvoyeuses de pratiques nuisibles et encouragent les pratiques défensives, les secondes permettent une amélioration de la qualité des soins. Cette distinction semble essentielle pour envisager des mesures correctives. Ils ajoutent qu'en ne reconnaissant pas explicitement l'existence de pratiques défensives, le risque est que celles-ci soient banalisées et intégrées à la pratique quotidienne (258).

2. Une pratique répandue

Plusieurs études ont pu constater que ce type de pratiques est extrêmement courant : on peut citer celle de Studdert et al. en 2005 (257), portant sur les spécialités à haut risque, celle d'Elmore et al. en 2005 (259), concernant les radiologues, de Katz et al. en 2005 (260) parmi les urgentistes, et celle de Summerton publiée en 1995 (255), concernant les médecins généralistes.

Cette pratique est courante, y compris parmi les médecins généralistes (spécialité considérée à faible risque), comme le montre une étude de 1995 (BMJ) (255) trouvant une proportion de 98 % des généralistes affirmant avoir modifié leur pratique par souci d'éviter une plainte.

Dans certaines spécialités à haut risque, comme l'obstétrique, la majorité des praticiens (obstétriciens et sages-femmes) estiment que les contentieux ont provoqué une augmentation des pratiques défensives (261).

Dans une étude de 2005, Studdert et al ont interrogé plus de 800 médecins issus de spécialités à haut risque de faute professionnelle et ont constaté que 90% pratiquaient la médecine défensive (257). Ils ont classé les manœuvres défensives en 2 catégories, semblables à celles de Summerton :

- comportements de réassurance
- comportements d'évitement

Les manœuvres de réassurance comportaient des activités telles que demander des tests excessifs, la sur-prescription ou le recours à des spécialistes (257).

Les manœuvres d'évitement comportaient la restriction des pratique à des activités à faible risque perçu ou la restriction des types de patients vus. Par exemple, les patients adressés par l'assurance accident du travail ou nécessitant des interventions médicales ont été considérés potentiellement plus litigieux (257).

L'étude de Studdert montrait également que la mesure objective du risque d'engagement de la responsabilité n'était pas corrélée avec les pratiques défensives individuelles : les médecins n'avaient pas une pratique défensive parce qu'ils avaient été poursuivis mais parce qu'ils craignaient de l'être (257).

Une étude antérieure, celle de Glassman et al., faisait des observations similaires : les pratiques défensives sont surtout le fruit d'anxiété collective plus que l'expérience individuelle (262).

3. Critiques du concept de médecine défensive

1. Une pratique contestée

Cette pratique est contestée : les réflexions sur le bien-fondé de la médecine défensive sont contemporaines des premiers articles trouvés à ce sujet. Certains proposent des alternatives aux pratiques défensives, comme Dickman en 1979, « Alternatives à la médecine défensive »(263), ou Mac Kerrow en 1984 « Litiges et professionnels de santé : la médecine défensive n'est pas la solution » (264), ou Hayes en 1977, « Médecine défensive : la mauvaise solution » (Michigan Medicine) (265).

D'autres la soutiennent, tels que Kelley en 1995 « Pour la défense de la médecine défensive » (266).

D'autres encore dénoncent l'aveuglement vis-à-vis du caractère défensif des pratiques : En 1999, Anderson (États-Unis) publie « Des milliards pour la défense : l'omniprésence de la médecin défensive »(267) où il affirme que la médecine défensive est pratiquée en permanence et de façon généralisée « certains le savent, et le reconnaissent, d'autres jugent le concept immoral », seulement ajoute-t-il, pour convenablement l'évaluer, il faut d'abord la reconnaitre.

J. Barbot avance des arguments à l'encontre de la médecine défensive, qui est une médecine : (268)

- De l'évitement : la préoccupation des médecins consiste davantage à se prémunir contre le risque judiciaire qu'à dispenser des soins appropriés à leurs malades »
- Coûteuse par la multiplication d'examens superflus
- De moins bonne qualité puisqu'elle fait renoncer à des démarches plus innovantes mais aussi plus risquées
- Marquée par une altération du rapport de confiance entre médecin et malade. « derrière chaque malade, la figure du juge se profilerait désormais ».

Cette pratique, ajoute-t-elle, occupe une grande place dans le domaine de l'information délivrée au patient, par des procédures de recueil de consentement, des feuilles d'information standardisées pouvant avoir le caractère de preuve devant les tribunaux (268).

2. Un concept contesté

Le concept même de médecine défensive ne fait pas l'unanimité ; Janine Barbot et Emmanuelle Fillion le qualifient de « concept mou » qui repose « sur l'addition d'un ensemble d'items recouvrant des pratiques hétéroclites » qu'il est inexact de regrouper sous ce concept.

D'autres phénomènes, tels que la propagation d'une médecine fondée sur les preuves ou de plus fortes contraintes économiques peuvent expliquer aussi bien certaines pratiques. Une attitude thérapeutique peut aussi être la « convergence de plusieurs logiques ».

Selon elles, c'est à tort qu'un sens univoque est attribué à des pratiques diverses (268).

Parler de médecine défensive traduit la nostalgie d'un modèle de pratique obsolète et dépourvu de contrôle :

« Les composantes de la médecine défensive sont […] en tous points l'image inversée de la pratique médicale telle que Talcott Parsons (1951) a pu la décrire (269) : méfiance à l'égard de l'innovation médicale, auto limitation du clinicien dans l'exercice de son art ou nouvelle manière de jauger les patients sur leur prédisposition procédurière. La « médecine défensive » procède souvent d'un regard nostalgique sur une pratique médicale dénuée de toute forme de régulation extraprofessionnelle. » (268)

3. Crainte du litige et réalité

Des travaux rappelle Barbot (268) se sont intéressées au caractère rationnel de la peur des litiges parmi les médecins ; cette crainte étant le « facteur d'extension » des pratiques défensives.

Lawthers et al en 1992 (270) ont souhaité mesurer l'écart entre la perception du risque judiciaire et la probabilité de sa réalisation ; dans de telles enquêtes le risque perçu est déclaratif (subjectif) par opposition au risque réel établi par un calcul de données qui se veulent objectives. Dans l'enquête de Lawthers, les médecins estimaient le risque d'être poursuivi dans l'année à près de 20%, ce qui était 3 fois supérieur au taux réel. Toutefois, les données sont disparates : statistiques des assureurs, registres des tribunaux (268).

Certains auteurs ont conclu à la « relative rationalité » des médecins américains, trouvant une corrélation entre perception et réalité. Toutefois, les psychiatres faisaient exception : figurant parmi les professionnels les moins concernés par les plaintes, la peur des litiges était une de leurs préoccupations principales ». devant cette peur infondée, a été employé le terme de « litigaphobia » par Brodsky, en 1988 (271).

Brodsky préconise pour réduire la « crainte du litige » des professionnels de santé mentale une meilleure information quant aux véritables taux de poursuites et la prise de conscience de l'inutilité des stratégies défensives (271).

4. Autres modèles

Plutôt que de parler de médecine défensive, Barbot et Fillion évoquent de nouvelles formes d'exercice de la médecine, axées sur les standards scientifiques et le principe de sécurité. C'est ce que montre l'exemple de l'hématologie, où des procès ont tenu lieu d'événements reconfigurateurs majeurs, distinguant un avant et un après (268).

Partant des adaptations de pratiques consécutives aux affaires ayant ébranlé l'hémovigilance, Barbot distingue les médecins attachés à une « médecine des preuves » de ceux qui placent l'affect au centre de la relation thérapeutique, ces derniers étant d'une génération antérieure et moins vivaces que les trois autres profils. Ainsi, elle identifie deux autres profils : (268)

- les cliniciens attachés à une pratique marquée par la collégialité, mode décisionnel qui permet de réduire simultanément le risque sanitaire et judiciaire et qui s'étend jusqu'au patient. Le patient n'est pas seulement informé mais participe à la décision thérapeutique.
- Les cliniciens de la « vigilance institutionnelle », caractérisés par leur engagement auprès de nouvelles instances sanitaires publiques optant pour un encadrement strict de l'activité médicale, afin d'aligner les pratiques et tracer les risques. Barbot y associe les guidelines et recommandations d'experts. Ici la relation thérapeutique fonctionne comme un contrat le plus codifié possible (documents d'information, recueil de signature).

Pour Barbot, la coexistence de ces profils empêche de d'accepter la lecture des pratiques comme défensives. L'évolution face à la judiciarisation des soins n'est pas linéaire (268).

Dans le cas d'une mise en accusation, Barbot explique que les praticiens peuvent être considérés « déviants » ou « malchanceux ». La conduite des premiers est réprouvée, ils entachent la réputation de la profession, les seconds font figure de bouc émissaire alors que le problème peut concerner toutes les structures de soin (268).

4. Coûts liés au contentieux et aux pratiques défensives

La question est relativement ancienne : en 1982, paraissait dans le Lancet, (272) « Médecine défensive : qui en supporte le coût ? ».

L'estimation d'un tel coût supposerait de pouvoir prendre en compte non seulement les frais inhérents au fonctionnement judiciaire, mais aussi ceux des pratiques défensives, de la perte de temps et d'activité professionnelle qu'elle engendre, autant de données difficiles à réunir avec fiabilité.

Aux États-Unis, l'examen des dépenses de santé révèle, selon un rapport publié par la banque mondiale (273) cité par Bal (37), que le coût direct de l'administration du système de responsabilité médicale est estimé à 4,86 milliards de dollars en 1991, somme qui englobe les primes d'assurance versées par médecins et hôpitaux.

Certains analystes, comme Roberts, ont suggéré que l'augmentation des dépenses de santé résultait de pratiques défensives destinées à éviter les réclamations. Il évoque une augmentation des coûts pouvant atteindre 25 % (274).

D'autres auteurs encore s'intéressent spécifiquement aux coûts engendrés par la médecine défensive, tels Rubien et Mendelson en 1994 : « Combien coûte la médecine défensive ? »(275), où les auteurs entreprennent une évaluation complexe puisqu'elle suppose la prise en compte de coûts directs et indirects difficilement estimables ; ils suggèrent toutefois qu'une réforme du système de responsabilité permettrait l'économie de 41 milliards de dollars sur cinq ans avec la réduction des pratiques défensives.

Aux États-Unis toujours, Kessler (276) et Rubin (275) estiment le coût de la médecine défensive à plusieurs milliards de dollars annuels.

Un rapport publié en 2002 par le ministère de la Santé et des Services sociaux des États-Unis précise une estimation du montant : le coût de l'assurance contre la faute professionnelle pour les seuls médecins y est estimé à 6,3 milliards de dollars en 2002, avec un coût supplémentaire de 60 à 108 milliards liés à la pratique de la médecine défensive, c'est-à-dire, les coûts liés aux comportements des médecins en réponse à la menace d'une plainte alléguant une négligence médicale (277).

3. Quelques aspects de la médecine défensive

1. Les conseils pour éviter une plainte ou y faire face : une préoccupation envahissante ?

Nombreuses sont les publications proposant des stratégies à adopter en cas de plainte, qui se présentent sous la forme de guides ou démarches à suivre devant une réclamation, dans des revues médicales généralistes ou spécialisées.

Dès 1966 on trouve dans une revue canadienne : « Procès pour faute professionnelle : que devez-vous faire ?»(278), puis en 1981 : « Faute professionnelle : votre journée au tribunal » (« *Malpractice : your day in court* ») (279) ; en 1984, Leitch propose de détailler « les 6 points fondamentaux pour éviter une plainte » (280) ; en 1985, « Le consentement éclairé : votre bouclier contre les procès pour faute » (281) par Garbett suggérant que le consentement peut être perçu comme une protection face aux plaintes .

A titre d'exemple, on peut également citer -parmi les revues spécialisées de disciplines « à haut risque »- en 1982, « Eviter les plaintes pour faute et y survivre » (Bryant) (282), destiné aux chirurgiens ; en 1985, « Comment se défendre d'une faute professionnelle en ophtalmologie » (283).

En 1981, dans « Conseils utiles pour diminuer le risque de poursuite pour faute professionnelle », dans le *Journal of the Medical National Association* (284), où Davidson et Colman devant une « pléthore de poursuites pour faute professionnelle » énoncent des recommandations telles qu'« établir une relation médecin-patient, effectuer des tests diagnostiques, des consultations fréquentes, s'occuper des mécontentements par une prise en charge collégiale (hospitalière ou par plusieurs intervenants) des patients récriminants : « Quand un paranoïaque a plusieurs personnes à accuser, il est moins certain de savoir laquelle », pratiquer une éducation thérapeutique, tenir des dossiers médicaux, recueillir un consentement éclairé ».

En 1991, Mangels propose les « astuces de médecins n'ayant jamais été poursuivis » dans le *Medical Economics*, (285) après avoir enquêté sur les points communs entre 200 médecins en fin de carrière n'ayant aucune plainte à leur actif.

En 1999, Bradford (États-Unis) publie « N'envoyez pas le patient tout droit chez l'avocat » (*Medical Economics*) (286).

Teichman en 2000, (287) propose des « astuces pour réduire le risque de faute professionnelle », qui comportent des conseils de communication, des techniques de formulation des notes dans les dossiers, relatives au niveau et au type de précision à apporter. L'auteur recommande entre autres d'éviter les jugements, réaliser un examen génital en présence d'un assistant et rédiger toute observation selon la technique SOOOAAP, acronyme pour « *Subjective-Objective-Opinion-Option-Advice-Agreed Plan* » (287).

Les revues médicales proposent régulièrement des mises à niveau juridiques pour informer les médecins du déroulement des procès, comme en 2005, Whitmore (288) dans le *Minnesota Medicine* «A l'aide, on m'intente un procès : guide de survie du médecin dans ce cauchemar », où sont détaillées les phases d'une action en justice, eu égard à la fréquence de cette situation.

En 2006, Zurad (289) dans «Ne soyez pas la cible d'une poursuite pour faute professionnelle » (*Family Practice Management*), présente également des stratégies détaillées de réduction des risques de poursuite, issues de son expérience, et proches des exemples précédents ; voici (résumée) la liste des recommandations contenues dans l'article :

- Faites figurer systématiquement les constantes et paramètres vitaux dans vos notes, écrivez scrupuleusement ce qui est important, assurez-vous que vos notes soient lisibles, n'y faites pas figurer de jugement.
- Obtenez un consentement éclairé, documentez tout test que vous prescrivez ou recommandez y compris la non compliance au traitement, enregistrez le refus des assureurs (de prendre en charge un séjour hospitalier par exemple).
- Ne modifiez pas ultérieurement vos notes (car les avocats tenteront de les faire expertiser par un examen de l'encre, à l'infra-rouge), dictez ou rédigez les courriers en présence du patient et indiquez-le.
- Documentez les appels téléphoniques scrupuleusement, informez systématiquement des résultats des examens, ne gardez aucun doute (notamment quant au diagnostic), ne vous contentez pas d'adresser le patient à un spécialiste, assurez-vous également que le rendez-vous a été pris, programmez des consultations de suivi régulières pour les patients avec des affections chroniques.
- Gérez activement les modifications de traitement par une information systématique des risques, effets indésirables et contre-indications.
- Communiquez attentivement avec vos remplaçants et votre équipe, surveillez l'attitude de vos partenaires (remplaçant, infirmiers, auxiliaires médicaux), passez les dossiers et courriers en revue.
- Connaissez vos limites, prévenez les patients et excusez-vous si vous devez les faire attendre, consacrez-leur toute votre attention pendant la consultation (excusez-vous en cas d'interruption par un appel), n'interrompez pas un patient, respectez son intimité, traitez les comme des personnes et non des situations médicales.
- Impliquez les patients dans la prise de décision, ne critiquez pas un traitement antérieurement reçu par un patient (ou attendez-vous à être cité comme témoin expert), demandez aux patients ce qu'ils pensent de votre pratique, suivez de près un patient en colère.
- Assurez-vous que votre équipe considère les patients de la même manière que vous, restez vous-mêmes, sachez interrompre un suivi.

Ce bref inventaire de publications, non exhaustif, montre que des recommandations cliniques de bonne pratique peuvent être présentées comme utiles pour éviter une poursuite plutôt que promouvoir l'efficacité des soins.

La question des méthodes pour se prémunir d'une plainte offre une transition vers un aspect particulièrement discuté de l'origine des insatisfactions, elles- mêmes à l'origine de plaintes : la communication, ou plus exactement les maladresses de communication, qu'on peut selon la situation nommer erreur, indifférence, maladresse.

2. La communication, réponse ou anticipation défensive ?

Comme l'écrit Carol Jonas en 1997 (Le Psychiatre face aux Juges) (10), « Les statistiques du SOU médical rejoignent les constatations de la psychologie la plus élémentaire. La communication avec la victime évite bien souvent des procès. Les médecins qui se retrouvent devant les tribunaux ne sont pas obligatoirement les plus maladroits ou les plus incompétents, ce sont les plus méprisants et les plus rigides. ». Ces affirmations sont largement confirmées par des études anglo-saxonnes.

La question des stratégies de communication mérite un traitement distinct des conseils à suivre en prévention (ou en cas) de litiges, car elle est fréquemment citée comme la « véritable » origine d'une majorité de mécontentements liés aux soins.

Est-ce qu'une mauvaise communication est source de tous les maux ? En 1995, dans « Réduire le risque de poursuite pour faute professionnelle » (290), Lichtstein explique que le risque de litige peut être diminué en tenant rigoureusement les dossiers médicaux, formant les équipes à ce propos, entretenir une bonne relation médecin-patient, ce dernier point étant identifié comme le plus important, car les patients estimant que leur médecin prend soin d'eux n'intenteront pas de poursuites si un événement indésirable survient.

En 1998, c'est le même argument que met en avant Sanders dans « prévenir les plaintes pour faute : une bonne communication médecin-patient » (*Minnesota Medicine)* (291) ; des articles ultérieurs, reprennent et confirment cette idée : en 2001, Crane (Canada) « Que dire si vous commettez une erreur » (292), puis en 2004, « Réduire les coûts associés aux litiges par une meilleure communication » (*Physician Executive)* (293), où Eastaugh rappelle que la cause la plus répandue de plainte consiste en une communication défaillante avec le patient.

D'autres suggéreront cette relation directe entre communication et engagement de responsabilité : en 2006, Farr (États-Unis) publie « La communication peut réduire le risque d'engagement de la responsabilité » (294).

L'idée que c'est davantage l'attitude du médecin et/ou un défaut de communication que la négligence elle-même est couramment admise, ainsi que le rappelle Wu (295) dans les *Annals of internal Medicine*, citant le témoignage d'un avocat, qui affirme « La majorité des patients souhaitent une explication honnête sur ce qui est arrivé ». C'est une idée que confirme Lamb (296)« la colère des patients est plus souvent liée à la façon dont ils ont été traités après l'événement qu'à l'événement lui-même », il arrive que des patients abandonnent les poursuites après avoir obtenu les informations recherchées pendant la procédure juridique (296).

Dans une autre étude, Shapiro et al. suggèrent que les répercussions émotionnelles négatives sont plus importantes s'il préexistait une implication personnelle du clinicien avant le litige. Dans leurs travaux, tous les répondeurs estimaient que la manière la plus efficace de prévenir les réclamations pour faute professionnelle était une amélioration de la communication médecin-patient (297).

3. Plainte : faute, erreur ou autre ? Motivation des Poursuites

Un autre paramètre mérite d'être examiné : la perception des motivations à engager des poursuites par les médecins et par les patients. Pour aborder cette question, l'on peut s'appuyer sur l'un des nombreux articles offrant des recommandations pour éviter une erreur de pratique :

En 2006, dans « Faute professionnelle en ophtalmologie : recommandations pour éviter les pièges » (*Medicine and Law)* (298) : parmi les 11 motifs les plus courants à l'origine d'une poursuite les auteurs identifient : l'erreur diagnostique ou progression de la pathologie, une pathologie non diagnostiquée, des soins inappropriés, le manque de communication, l'absence de signature d'un consentement éclairé, l'absence ou l'insuffisance de dossier médical, des lacunes dans la relation médecin patient, l'absence d'assurance en responsabilité professionnelle, une mauvaise compréhension de la loi.

Au moins 6 de ces raisons n'ont que peu (voire pas) de rapport avec des compétences strictement techniques ou médicales ; au moins 2 relèvent directement de l'interaction entre clinicien et patient (lacunes dans la relation médecin-malade et manque de communication)

Une enquête, un peu ancienne (1989) a révélé des opinions divergentes à ce sujet ; 642 médecins poursuivis dans le Wisconsin, ainsi que des patients et des médecins n'ayant pas fait l'objet d'une poursuite ont été interrogés : 86 % des patients déclaraient avoir intenté un procès à cause d'une erreur commise, 22 % déclarent l'avoir intenté pour obtenir une compensation financière (297).

Les réponses des médecins étaient presque opposées : 22 % pensaient que la poursuite était due à l'erreur et 83 % y voyaient la volonté d'un dédommagement financier. De même, 79 % des patients contre 19 % des médecins pensaient que les instances ordinales responsables des licences médicales devraient prendre des mesures punitives plus sévères (297).

La divergence d'opinions s'exprime aussi dans les mesures éventuelles de sanction : Blendon et al. dans une enquête de 2002 montraient que 3 % des médecins pensaient que la suspension des licences médicales pouvait être efficace pour diminuer les erreurs contre 50 % de la population. Dans cette même étude, un tiers des patients ayant fait l'expérience d'une erreur médicale déclaraient avoir été mal informés par le médecin à son sujet (299).

4. Causes latentes et manifestes des plaintes

En 1999, dans «Stratégie de gestion des risques : réduire les poursuites par une communication médecin-patient plus efficace » (*American Journal of Medical Quality)* (300)*,* Virshup explique que la plupart des plaintes ne résultent pas de mauvais soins, ni d'une faute, ni de leur qualité mais sont l'expression d'une anxiété relative à la relation médecin-patient et à la communication, favorisée par le contexte pathologique. Il expose le contenu d'un programme de formation continue destiné aux médecins où sont enseignées des techniques d'écoute, fondées sur la théorie qu'en situation de faire face à une maladie, les patients peuvent éprouver des besoins proches de ceux d'un enfant, auxquels les médecins ne sont pas entrainés à répondre.

La plainte ajoute-t-il est un moyen d'exprimer leur anxiété par une action en justice contre le médecin. Les médecins pouvant fournir des réponses appropriées aux besoins émotionnels de leurs patients ont moins de chance d'être poursuivis (300).

A ce propos également, une étude parue en 2004 expose que seules 23 % des plaintes sont en rapport avec une erreur ou négligence. Il s'agit d'une étude de grande ampleur puisque sont analysées 49345 affaires de soins de première ligne, de 1985 à 2000, obtenues via les données de la base de données de la PIAA (*Physician Insurers Association of America)* (301).

5. Communication = divulgation de l'erreur ?

La question a priori, ne mérite pas d'être posée, car un patient doit être informé en cas d'erreur survenue au cours de sa prise en charge. Pourtant, plusieurs auteurs ont étudié cette question. Par exemple, en 2006, Berlin (États-Unis), dans « Les excuses préviennent-elles les poursuites judiciaires ? » s'interroge sur la meilleure attitude à adopter en cas de découverte d'une erreur médicale (302).

Le cas à partir duquel Berlin débute sa réflexion est celui d'une femme ayant consulté aux urgences pour une toux fébrile et dont la radiographie thoracique montrait une opacité de petite taille, remarquée le lendemain par le radiologue analysant les clichés et jugée probablement bénigne ; l'information n'est pas arrivée à la patiente (le compte-rendu n'étant pas parvenu au médecin traitant), ce qui a été reproché à l'hôpital lors de la découverte un an après d'un carcinome à petites cellules avec adénopathies médiastinales (302).

La patiente et son mari ont été informés de la faille du circuit de communication au cours d'une réunion avec le chef du service d'urgence et le chef du département de radiologie. Après discussion avec le gestionnaire des risques de l'hôpital, des excuses leur ont été présentées. Une plainte a été déposée pour la défaillance de transmission de l'information (302).

Un dédommagement d'un million de dollars a été accordé (200 000$ chacun de la part du médecin urgentiste et de l'hôpital, 600 000$ pour le radiologue). L'enquête a mis en évidence que le protocole de l'hôpital stipulait qu'en cas d'écart entre les interprétations des examens, le radiologue devait informer le service des urgences. La patiente et son mari ont reconnu qu'ils n'auraient jamais pensé à engager des poursuites s'ils n'avaient pas été informés de la faille de transmission par l'hôpital (302).

Si bien souvent la réticence à divulguer une erreur s'explique par la crainte des répercussions, c'est parfois l'inverse qui peut se produire, lors d'une découverte ultérieure. Dans ce cas, le radiologue aurait pu ne pas signaler l'absence de transmission.

La question de la divulgation a été étudiée à une échelle plus collective : une enquête parue en 1991 dans le JAMA (303) interrogeant 114 médecins a montré que 54 % des médecins discutaient une erreur clinique jugée grave avec leurs collègues et 24 % les divulguent aux famille.

L'erreur diagnostique était la plus fréquente (33 %), suivie de la prescription (29 %). Les médecins acceptant la responsabilité de l'erreur et en ayant discuté étaient plus susceptibles d'effectuer des changements dans leur pratique, les résidents attribuant leurs erreurs à la charge de travail étaient moins susceptibles de modifier efficacement leur pratique et admettaient moins souvent avoir une pratique défensive s'ils percevaient un jugement négatif de la part de l'institution (303).

D'autres études trouvent des pourcentages proches : notamment, une enquête de 1998 à l'échelle européenne par Vincent (Belgique), parmi les médecins de soins intensifs (504 médecins de 16 pays européens) : 32 % donnaient une information détaillée après un incident iatrogène (304).

Il existait d'importante différences selon les pays : les plus informateurs étant les médecins des Pays-Bas, les moins informateurs ceux de Grèce, Espagne et Italie ; 55 % avaient recours à un consentement écrit avant chirurgie, un consentement oral étant généralement accepté aux Pays-Bas et dans les pays scandinaves, alors qu'il était plutôt écrit en Allemagne et au Royaume Uni (304).

Dans un article britannique de 2003, Vincent explique que les médecins commettant une erreur craignent d'être découverts et remettent en question leurs compétences, ajoutant que ces réactions sont renforcées par la formation médicale où l'erreur est jugée inacceptable et synonyme d'échec (305).

6. L'intérêt de divulguer est-il seulement éthique ?

Les questions d'information et de consentement ont été essentiellement abordées d'un point de vue juridique, mais leur fondement est avant tout éthique (Scout Kim, 2004) (306).

Comme le rappelle Greenberg (307), les conséquences pour un médecin peuvent être pire qu'en se taisant. Il cite l'exemple d'un résident à Chicago dont la carrière a pris fin après qu'il a délibérément révélé avoir accidentellement exposé un patient à un risque de transmission du VIH (utilisation d'un écouvillon déjà utilisé pour un patient séropositif), incident qui n'aurait jamais été connu s'il ne l'avait pas révélé. Sa carrière serait restée alors intacte ; Greenberg se demande dans quelle mesure un tel climat n'encourage pas le mensonge (307).

La question de divulguer ou non une erreur renvoie à une conception morale, et questionne le bien-fondé de l'honnêteté à laquelle s'astreint tout homme et pas seulement le médecin : comme le rappelle, Berlin (302) la tradition judéo-chrétienne veut qu'en cas de dommage causé à autrui, le coupable (ou l'auteur) « confesse » sa faute, s'en excuse, et fasse preuve de repentir en dédommageant la personne lésée. L'éthique médicale préconise la divulgation aux patients d'erreur ou complications. Toutefois, le concept de présenter des excuses, dit Berlin, est plus récent (302).

En 2005, Berlinger et Wu (308) s'intéressent aux déterminants culturels de l'attitude en cas d'erreur : les principes judéo-chrétiens sus cités sont la base de ce qui est considéré comme souhaitable. Bien que non universelles, les valeurs de confession, excuse, repentir et pardon, correspondent à des attentes partagées par les patients. Les auteurs avancent ainsi qu'apprendre à divulguer ses erreurs, présenter des excuses et affronter les émotions en rapport, devraient appartenir à la formation médicale et être renforcé par les médecins séniors (308).

L'exemple de mesures adoptées par la direction du *Veterans Affairs Medical Center* (VAMC), depuis 1987, dans le Kentucky va en ce sens : ils ont résolu de divulguer systématiquement les erreurs liées à une négligence ou un accident, y compris l'identité des personnes impliquées et les détails du processus, présenter des excuses et offrir un dédommagement en cas de dommage physique ou perte de capacité (309). Cette politique de gestion des risques « humaniste », ainsi que la qualifient Kraman et Hamm, semble donner des résultats encourageants puisqu'avant cette politique la VAMC était parmi les hôpitaux qui payaient le plus de dédommagements ; ils sont désormais parmi ceux qui en paient le moins (309).

Berlin (302) rapporte que des politiques similaires (« divulguer-s'excuser-dédommager »)ont été adoptées avec une efficacité sur la réduction des coûts par d'autres institutions, comme l'institut d'oncologie Dana Farber à Boston, le centre hospitalier de l'université du Michigan, celui de l'université Johns Hopkins à Baltimore, et l'hôpital des enfants de Minneapolis.

Lamb (296) identifie le manque de soutien institutionnel, souvent cité par les médecins, comme obstacle à une attitude de divulgation systématique, dont l'intérêt semble confirmé par le succès des politiques de divulgation ouverte de certains établissements. Il ajoute que malgré leur réputation procédurière, les États-Unis initient de telles politiques : *L'American Hospital Association* préconise la transparence et une « divulgation honnête », cette attitude allant à l'encontre de l'hypothèse que la divulgation serait pourvoyeuse de plaintes et encouragerait les poursuites.

Lamb ajoute que « la communication ouverte, honnête et en temps opportun » d'une erreur médicale devrait être la seule approche de l'erreur médicale.

Certains auteurs, comme Ga considèrent qu'il existe un « dilemme de divulgation » , le praticien étant partagé entre principes éthiques, amélioration du système de soins à l'échelle institutionnelle et aveu d'une faute, synonyme de risque de poursuites en même temps que la reconnaissance de responsabilité (310).

Ga (310) va jusqu'à proposer une planification des étapes à franchir pour améliorer la divulgation des erreurs liées aux soins, un extrait de ses recommandations est reproduit ci-dessous.

Group	Primary Next Steps
Individual physicians	Reconsider relationship between malpractice and disclosure Seek opportunities to practice disclosure skills Incorporate patients into quality improvement efforts
Hospitals and other health care organizations	Enhance disclosure policies, addressing disclosure content and timing Train clinicians in disclosure Integrate disclosure and quality improvement activities Provide emotional support for health care workers involved in errors
Local medical societies and voluntary specialty organizations	Educate physicians about malpractice Develop evidence-based guidelines for disclosure Create, disseminate disclosure training Lobby for broader apology bills and against malpractice contracts that inhibit disclosure Provide error analysis resources for private practice physicians
Certifying boards	Include patient safety and disclosure in continuous professional development Test disclosure skills on certification examinations
Medical educators	Include disclosure education and skills training in required curriculum
Accrediting bodies	Clarify current standards regarding disclosure of "unanticipated outcomes" to address disclosure of medical errors
Health services researchers	Explore variation in patients' disclosure preferences Study relationship of disclosure to malpractice Prospectively evaluate impact of different disclosure strategies on real-world outcomes (eg, trust, satisfaction, and intent to sue)

Figure 26 : Etapes pour améliorer l'information délivrée par la profession médicale, d'après Ga (302)

En 2013, Petronio et al (311) s'intéressent aux stratégies de communication des médecins pour annoncer les erreurs médicales et rappellent, malgré le consensus éthique et légal sur le principe de révélation, la difficulté attribuable aux traditions médicales, à la crainte de poursuites juridiques, et reprend l'expression de « dilemme ».

Les auteurs affirment que la lenteur des médecins à adopter ces pratiques est désormais prouvée et proposent une méthode de divulgation fondée sur la théorie de gestion de la confidentialité de la communication.

7. Des effets de la divulgation

Vaut-il mieux parler, se taire, divulguer ou dissimuler ? Plusieurs études soutiennent la divulgation de l'erreur : en 2005, Hobgood (312) s'intéresse plus spécifiquement à l'opinion des parents quand les soins concernent un de leurs enfants : 4 scénarii ont été proposés à 661 parents amenant un de leurs enfants dans un département d'urgence, 75 % d'entre eux soit 499 ont répondu : 99 % préféraient la divulgation de l'erreur, 39 % souhaitait qu'elle soit reportée à une instance disciplinaire et 36 % étaient moins enclin à initier une action juridique si le médecin annonçait lui-même l'erreur, 63 % estimaient que cela ne changerait pas leur intention d'initier des poursuites. En analyse multivariée, la sévérité du scénario était associée à chacun de ces 3 paramètres (312).

Mazor et al. en 2005 (313)ont voulu étudier quelles circonstances (parmi 12 proposées) facilitaient le pardon des patients après une erreur médicale, par l'envoi d'un questionnaire à 1500 patients ; 65 % ont répondu, 93 % déclaraient qu'ils pardonneraient plus volontiers l'erreur si elle s'accompagnait d'une information incomplète, et à l'inverse 11 % le feraient s'il s'agissait d'un effort pour diminuer les coûts.

La plupart (68 %) ne jugeait pas que la fatigue soit un motif d'excuse valable, ni un recueil de données incomplet, ni un manquement dans le suivi (85 %). Les hommes étaient moins susceptibles de pardonner que les femmes, ceux qui avaient un plus haut niveau d'étude l'étaient davantage. Les auteurs concluent que les patients sont moins à même de pardonner s'ils soupçonnent de l'incompétence, de l'inattention, ou un manque d'intérêt (313).

Concernant les sanctions après une erreur de leur médecin, 39 % des patients souhaitaient que la licence du médecin soit suspendue ou révoquée, 64 % souhaitaient qu'il soit réprimandé par une autorité (313).

Il apparait dans cette étude que la divulgation complète de l'erreur avait peu d'effet sur les intentions de poursuite puisque 49 % envisageaient un recours juridique en l'absence d'explication, contre 38 % si le médecin révélait l'erreur par des explications complètes (313).

8. Les poursuites : une manière d'améliorer les soins ?

Certaines réclamations peuvent être à l'origine de répercussions à l'échelle nationale ; un bon exemple est celui cité par Lamb en 2005 (296) : il rapporte le cas d'une patiente néo-zélandaise dont les résultats de 4 frottis successifs étaient normaux, mais chez qui a finalement été diagnostiqué un cancer du col utérin. Il s'est avéré que les frottis n'étaient pas complètement dépourvus d'anomalies et le cancer aurait pu être pris en charge plus précocement.

Cette affaire aboutit finalement à une campagne nationale de dépistage en 2001 (enquête Gisborne), mais la bataille juridique pour la patiente s'est poursuivie jusqu'en octobre 2003 et a alimenté la presse qui présentait l'affaire comme scandaleuse. Lamb pense également qu'une stratégie de reconnaissance des erreurs aurait évité une diffusion médiatique excessive.

9. Excuses ou non ?

Cette question semble a priori aussi superflue que celle de la divulgation, pourtant, l'importance de formuler des excuses en vue d'éviter une plainte représente un autre thème récurrent associé à la communication et la transparence en matière de poursuite pour faute professionnelle.

Parmi les articles qui y sont consacrés, on peut mentionner : « Je suis désolé : s'excuser d'une erreur peut prévenir une poursuite judiciaire » (314), en 2005 par Baggett , puis en 2007, « S'excuser des effets indésirables » (315), par Nicole ; en 2007 également, Cesare publie « Il est important de dire « je m'excuse […] afin d'améliorer les soins et éviter le risque de poursuites » (316) ; en 2009, Mac Donald « erreur médicale, excuses et règles en matière d'excuses » (317), en 2009 toujours, Robbernnolt dans « Excuses et erreur médicales » (318), affirme que non seulement les excuses aident à la résolution du litige, mais également réduiront le risque de poursuites. L'étude de Hobgood (2005) (312), déjà citée dans un paragraphe consacré au rôle de la communication, soutient également la fonction des excuses.

Les conseils de communication peuvent cibler spécifiquement la manière de présenter des excuses : ainsi, Bismark (319) en 2009 (Nouvelle-Zélande) publie un article intitulé « *The power of apology* » où il expose comment des excuses peuvent restaurer une relation de confiance, citant la *Health and Disability Commissioner* (HDC) « la façon dont un praticien gère une situation peut influencer la décision du patient de poursuivre ou non et des excuses appropriées peuvent éviter une escalade jusqu'au dépôt d'une plainte devant la HDC ». Il ajoute qu'adresser des excuses reste difficile pour beaucoup de praticiens, et propose de les aider à discriminer empathie et acceptation d'une responsabilité légale en cas d'événement indésirable, leur permettant de savoir quand et comment des excuses doivent être utilisées ; il qualifie les excuses d'acte « honnête et courageux » en cas de dommage (319).

Cohen en 2010 (320) (États-Unis) publie un article portant le même intitulé « le pouvoir des excuses », où les auteurs écrivent « le fait de s'excuser ne signifie pas la reconnaissance d'une faute »

Cette conception ne fait pourtant pas l'unanimité puisqu'en 2001, précise Berlin, la commission pour l'accréditation des organismes de santé a abandonné l'idée d'exiger des excuses des établissements, estimant qu'elles pourraient être utilisées contre les médecins et les hôpitaux auprès d'un tribunal. (302).

Là encore, on peut s'étonner que la question soit si retentissante, le principe de l'excuse parait aller de soi, pourtant, la question ne se limite pas à des publications dans les revues médicales, puisqu'elle a pu être posée en termes de législation. Zimmerman à ce sujet parle de « *I'm sorry Law* »(321).

Afin que la présentation d'excuses ne soit pas assimilée à une reconnaissance de culpabilité, certains États des États-Unis ont pris des mesures conférant une immunité juridique pour les déclarations d'excuses : le Massachusetts est le premier État à avoir adopté une telle loi en 1986, (322) stipulant que « les déclaration, les écrits ou témoignages de bienveillance relatifs à la douleur, souffrance ou mort d'une personne et adressés à celle-ci ou à sa famille ne peuvent être retenues comme des preuves de responsabilité dans une action civile » (302).

Le Texas, la Californie, la Floride et l'État de Washington ont adopté des lois similaires.

En 2005, 19 États avaient adopté des lois conférant l'immunité aux excuses et la mesure s'est étendue à l'Angleterre où l'agence nationale de la sécurité des patients (*United Kingdom National Patient Safety Agency*), s'est prononcée en 2006 en faveur de cette tendance à protéger les déclarations des médecins se disant désolés de ce qui est survenu « *Sorry for what has happened* » et ne pas les identifier à des aveux ou preuves incriminantes de responsabilité.

La raison d'être de cette législation à propos de ce qui peut passer pour un point de détail est l'utilisation des « aveux extra-judiciaires » (déclaration faite en dehors de la salle d'audience) : ce thème abonde dans la littérature juridique médicale, mais seules les déclarations d'empathie ou excuses sont concernées par l'immunité, la déclaration de faute en est exclue (302).

Une exception toutefois, citée par Lamb, (302)est la loi du Colorado adoptée en 2003 : « dans toute action civile intentée par la victime présumée d'un dommage médical, toutes les déclarations, les affirmations, les gestes ou conduites exprimant des excuses, une faute, de la sympathie, commisération, des condoléances ou de la compassion, ou un sentiment général de bienveillance, prodigués par un professionnel de santé […] sont irrecevables comme preuve d'aveu de responsabilité ». Cette loi a été critiquée, (322) considérée comme excessive car exonérant de sa responsabilité le médecin qui reconnaitrait avoir commis une faute en dehors de la salle d'audience.

Comme le mentionne Lee Taft (322), ancien avocat général se consacrant aujourd'hui aux questions d'éthique médicale, la publication en 1999 d'une étude par l'*Institute of Medicine*, « L'erreur est humaine », a été l'occasion d'estimer qu'entre 44 000 et 98 000 décès annuels (aux États-Unis) étaient attribuables à une erreur médicale (soit davantage que les accidents de la route, le cancer du sein ou le Sida). Le coût se rapportant à ces erreurs était quant à lui estimé entre 17 et 29 milliards de dollars.

Lee Taft remarque par ailleurs que les médecins sont de plus en plus demandeurs de séminaires sur la façon de présenter des excuses et certaines universités (*Vanderbilt University School of Medicine*) font suivre à leurs étudiants des cours portant sur la manière de présenter des excuses afin d'annoncer une erreur.

Il ajoute que cette question du traitement de l'erreur en médecine n'est pas nouvelle puisqu'en 1986, David Hilfiker publiait un essai intitulé « *Mistakes »* où il expose des erreurs ayant pu coûter la vie à des patients, reconnaissant l'erreur comme intrinsèque à l'expérience humaine et voyant une rédemption dans sa reconnaissance.

Pourtant, il confère un statut différent à l'erreur médicale : dans son vaste essai, Taft examine le potentiel « curatif » des excuses suite à une erreur médicale. Il soutient que la possibilité de « l'authentique expression d'un remords » doit être donnée, non seulement pour des raisons morales et éthiques, mais aussi parce qu'elle « représente un soulagement à la fois pour le médecin et son patient ». Il examine la question sous différents aspects (322) : Taft distingue « *l'Apologia* », stratégie défensive de communication-qui ne comporte que l'expression d'une sympathie- de l'excuse véritable, associant le fait d'admettre des regrets et une erreur, ainsi qu'offrir une réparation.

« *Apologia* » est un terme issu du milieu des affaires et défini comme «une communication stratégique visant à transmettre des informations mais surtout à neutraliser les potentielles conséquences négative qui pourraient en résulter ».

Selon Taft (322), l'excuse véritable réunit 4 éléments : (322)

- La reconnaissance qu'une règle a été violée.
- L'aveu d'une faute du fait de cette violation.
- L'expression de regrets pour les dommages causés par cette violation.
- Une offre explicite de restitution.

Berlin(302) juge que le système accusatoire américain ne valorise pas la culture de l'excuse, car celle-ci est comprise comme une preuve d'aveu de culpabilité par les jurés, et les avocats des plaignants n'y sont pas favorables puisqu'ils y voient un substitut au système de compensation monétaire.

Taft (322) cite l'exemple d'un avocat de Boston jugeant son travail plus difficile si le médecin a présenté d'authentiques excuses et les propos d'un autre avocat, qui déclare (321) « le cas de figure le plus difficile pour moi est une affaire où le défendeur a admis avoir fait une erreur et s'est excusé auprès du patient » ajoutant « des excuses présentées au moment opportun peuvent permettre de profiter d'une famille au moment où elle est le plus vulnérable. Si vous êtes vraiment aimable, il se peut qu'ils n'engagent pas d'avocat et ne connaitront pas leurs droits. Il sera proposé une offre de règlement injurieuse à la partie lésée. Je ne connais personne ayant obtenu un dédommagement équitable sans avoir eu à déposer plainte ».

Les études réalisées auprès de patients comme celles citées par Robbennolt (323) révèlent que des excuses authentiques comportant de l'empathie pour le dommage et l'acceptation de la responsabilité pour celui-ci sont associées à un plus grand taux de résolution à l'amiable. Gallagher en 2005 (310) ajoute qu'elle sont associées à une moindre tentation de poursuites juridiques. A l'inverse dit Berlin, des excuses bâclées (sans la reconnaissance d'une erreur) auraient un effet contraire et empireraient la situation.

4. Médecine défensive et psychiatrie

1. Historique

La question d'une hypothétique pratique défensive de la psychiatrie est relativement ancienne, comme l'attestent des articles à ce propos parus il y a une trentaine d'années ; on peut citer, notamment un article de Robert Simon en 1985 « *Coping strategies for defensive psychiatrist* » (256), abordant les stratégies d'adaptation en psychiatrie défensive, ou encore en 1989 « *Some ethical considerations in defensive psychiatry* » (324), publié dans l'*American Journal of Orthopsychiatry*, où Brown et Rayne suggèrent que les pratiques défensives en psychiatrie ne sont pas rares, et, s'appuyant sur un cas clinique, s'interrogent sur le fait qu'une hospitalisation sous contrainte puisse être davantage déterminée par une volonté du praticien de limiter l'engagement de sa responsabilité plutôt que la stricte dangerosité du patient.

En 1980, Waltzer publie « Responsabilité pour faute en cas de suicide d'un patient »(*American Journal of Psychotherapy)* (325), en 1983, Halleck (326) publie un «*Malpractice in psychiatry*»(*The Psychiatric Clinics of North America*) détaillant les situations susceptibles d'engager la responsabilité du psychiatre, (326) assorties de conseils en cas de poursuite.

En 1988, « Méthodes pour gérer le risque de faute professionnelle » dans l'*American Journal of Psychiatry* par Gutheil et Bursztajn qui discutent une affaire où un psychiatre fut à tort accusé (327).

On peut également citer deux articles français, par Bourgeois et Benezech, dans les Annales médico-psychologiques : «Psychiatrie défensive et répressive» (328) et « A propos d'une pratique défensive de la psychiatrie» (329), tous deux parus en 1980.

2. Fondements : risque perçu et risque réel

C. Tellefsen note que malgré le relatif faible taux de poursuite pour faute professionnelle contre les psychiatres, ces derniers s'engagent également dans la médecine défensive (254).

Au moment de leur 3ème ou 4ème année de formation, les résidents en psychiatrie connaissent déjà bien la phobie de l'avocat (*Lawers's Phobia*) (254). Christiane Tellesfen rappelle qu'une phobie est une peur irrationnelle ou excessive d'un objet ou d'une situation ; en ce sens le terme de phobie est adapté, car précise-t-elle, les craintes des résidents sont largement irrationnelles et hors de proportion avec leurs expériences. Ils s'inquiètent du fait d'être poursuivis ou pire incarcérés suite à un faux-pas clinique (254).

Elle cite l'affaire Tarasoff comme exemple de cas éveillant ces peurs. Ils en viennent à adopter des comportements visant à contrer leur phobie : multiplication de tests, pour chaque patient, multiplication de séminaires sur la prévention des mauvaises pratiques, signatures d'accords d'admission volontaire pour éviter les audiences d'engagement. D'autres se noient dans le jargon médical lors de demandes de rédaction de rapports pour des avocats ou des juges, craignent d'avoir à défendre leurs opinions. Lors des séquences d'enseignement par des avocats, les résidents interviennent pour faire le récit d'anecdotes avec les patients dans une tentative de se rassurer sur leurs hypothétiques fautes (254).

Christiane Tellesfen précise qu'elle ne parle pas des médecins qui ont fait l'objet de poursuites, dont la peur est fondée sur une réalité, groupe relativement faible et qui diffère des résidents qui sont de fait rarement exposés (254).

Elle s'interroge sur l'origine de cette agitation chez les résidents, envers lesquels les poursuites sont pourtant rares. S'ils témoignent parfois lors des audiences, les procédures sont adaptées à leur niveau de compétence et l'accent est mis sur la santé et la sécurité du patient plutôt que sur les lacunes en matière de traitement (254).

Tellesfen décrit la contamination d'un climat de crainte irrationnelle : elle note que les résidents actuels ont été témoins de changements sociétaux attribués aux avocats : « des balançoires retirées de terrains de jeux, des messages d'alerte absurdement longs sur des tasses de café ... » De plus, ils entendent de la part de résidents plus âgés des « histoires chuchotées » concernant tel stagiaire malheureux poursuivi dans une affaire , ils n'entendent plus « si vous êtes poursuivis en justice », mais « quand vous serez poursuivis en justice » de la part de séniors qui, note-t-elle n'ont le plus souvent pas été poursuivis.

Elle déplore que les résidents soient tenus d'assister à « de fastidieuses séances de gestion des risques » menées par des juristes de l'hôpital. Ces séances sont l'occasion d'exposer des anecdotes terrifiantes généralement issues d'autres spécialités, mais narrant l'histoire de traitement qui ont mal tourné (254).

Tellesfen rappelle que comme les autres phobies, l'anxiété d'anticipation du juriste est généralement pire que la réelle interaction avec les juristes. Cette anxiété conduit à l'élaboration de mécanisme de défense, comme l'évitement, l'indécision, la restriction des activités de pratique ou la surcompensation (254).

L'anxiété d'anticipation peut conduire à l'appréhension clinique. Les conduites d'évitement et de réassurances décrites par Studdert et al ont également été observées dans la pratique psychiatrique :

certains psychiatres n'effectuent pas d'ECT ou de travail hospitalier, limitent le type de patients vus, évitant notamment les patients considérés à risque élevé (troubles de personnalité borderline ou antisociale), réalisent des demandes d'examens de laboratoire excessifs ou d'imagerie, encouragent la prise médicamenteuse alors qu'une thérapie pourrait suffire ou évitent de prescrire des médicaments tels que la Clozapine par crainte d'un litige lié aux effets secondaires, s'empressent d'hospitaliser des patients dont la prise en charge pourrait être ambulatoire (254).

La phobie des procès est à l'origine d'autres « bizarreries » juge Tellesfen. Par exemple, le formulaire de consentement a remplacé le consentement véritablement éclairé. De longs formulaires en petits caractères décrivent longuement les risques encourus de prise d'un médicament. Les patients souffrant de troubles psychiques peuvent ne pas avoir la capacité de lire, encore moins de saisir ces informations qui remplacent des discussions interactives entre patient et médecin (254).

Les plans de traitement des patients hospitalisés ont des allures de « transaction immobilières », avec avalanche de formulaires à remplir et signer, au détriment de temps passé à parler avec les patients. Ces listes de vérification peuvent être très utiles, aidant à structurer la pratique et ainsi réduire l'anxiété, mais elles peuvent aussi engendrer un faux sentiment de sécurité, ou pire un faux sentiment de compétence du médecin (254).

3. Etude des pratiques défensives en psychiatrie

Peu d'études semblent avoir été menées afin d'estimer la prévalence et la nature des pratiques défensives en psychiatrie, celles qui existent sont essentiellement anglo-saxonnes : une étude néo-zélandaise et une anglaise seront présentées dans ce travail.

Comme en France, la psychiatrie est au Royaume-Uni une spécialité à faible risque (330) et peu d'études ont été réalisées sur les spécialités à faible risque.

Les deux études suivantes sont spécifiquement consacrées à la psychiatrie, l'une anglaise de 2002 (330), l'autre néo-zélandaise de 2008 (253).

Le cursus médical au Royaume-Uni

Afin de comprendre la correspondance des statuts hospitaliers mentionnés dans les études suivantes, quelques précisions (ou rappels) sur le cursus médical eu Royaume-Uni sont nécessaires.

En Angleterre, les médecins généralistes effectuent 5 années de premier cycle universitaire (*Undergraduate Studies*), puis une année de pratique, suite auxquelles ils deviennent *Registrar* et suivent une formation de 3 ans (1 an au sein d'un cabinet, 2 dans un hôpital) (331).

Pour les autres spécialités médicales, le cursus débute par une année en tant que *House Officer*, puis 1 à 2 années en tant que *Senior House Officer*, 3 à 4 années en tant que *Registrar*, puis 4 ans avec le titre de *Registrar* avant d'accéder au poste de *Consultants* (331).

1. Étude de Passmore et Lung (2002)

L'étude menée en 2002 par Passmore et Lung au Royaume-Uni, *Defensive practice among Psychiatrists* (330), visait à évaluer la prévalence des pratiques défensives (parmi les psychiatres), leur relation éventuelle avec l'ancienneté des praticiens d'une part, et avec les expériences antérieures d'autre part. Ils ont, à cet effet, interrogé par l'intermédiaire d'un questionnaire, des médecins du Nord de l'Angleterre, incluant psychiatres et psychiatres en formation.

Il leur était demandé si, au cours du dernier mois, certaines mesures avaient été prises par inquiétude d'une plainte, d'une sanction, d'une diffusion médiatique ou action en justice (330).

Les mesures au nombre de 4, étaient : (330)

- L'admission d'un patient en hospitalisation lorsque son état permettait une prise en charge ambulatoire.
- La prescription d'un niveau de surveillance supérieur à ce que justifie l'état du patient.
- L'inscription de remarques spécifiques dans les dossiers, telles que « non suicidaire ».
- La rédaction de plus de courriers que nécessaires pour la prise en charge du patient.

Il était également demandé, en cas de réponse affirmative pour l'une des mesures, si les facteurs suivants avaient été considérés importants pour la prise de décision (330) :

- L'existence de réclamations ou poursuites judiciaires antérieures contre eux-mêmes
- La connaissance de réclamations ou poursuites judiciaires antérieures contre un collègue
- L'existence d'incidents critiques préalables
- L'existence de préoccupations quant à l'intérêt des média

Un exemplaire du questionnaire envoyé est reproduit ci-dessous.

1. Within last month, have you ever taken the following actions which you would not have done if you were not worried about possible consequences such as complaints, disciplinary actions by managers, being sued, or publicity in the media?

a. Admitted patients to hospital when the patient's condition can be managed in the community or as an outpatient

Never	1–3 times	4–6 times	7–9 times	10 or more times

b. Placed patients on a higher level of observation than warranted by patient's condition

Never	1–3 times	4–6 times	7–9 times	10 or more times

c. Written in patients' records specific remarks such as "not suicidal" which you would have not if you were not worried about legal/media/disciplinary consequences

Never	1–3 times	4–6 times	7–9 times	10 or more times

d. Dictated letters more than necessary for managing patient's illness

Never	1–3 times	4–6 times	7–9 times	10 or more times

2. If you have answered "Never" in (a) to (d) above, please omit this question.
Which of the following factors are important? (Please tick all boxes relevant to you.)

Previous experience of complaints about you	
Your colleagues' previous experience of complaints	
Previous legal claim involving you	
Previous legal claim involving you colleagues	
Previous critical incident	
Concerns about media interest	

Others: (please specify)

Figure 27 : Questionnaire de l'étude de Passmore et Lung sur les conséquences juridiques des pratiques professionnelles (322)

Un total de 154 questionnaires a été envoyé, pour 96 répondeurs (soit 62 %) parmi lesquels une moitié de *Consultants*, 23 *Service House Officer (SHO)*, 18 *Specialist Registrar*, et 7 psychiatres en formation (internes). Parmi ces derniers, un questionnaire était non valide.

75 % d'entre eux avaient entrepris l'une au moins des 4 actions défensives sus-citées, au cours du mois passé :

- 66 % avaient inscrits des remarques spécifiquement défensives.
- 50 % avaient dicté des comptes-rendus à des fins défensives.
- 29 % avaient demandé un niveau de surveillance supérieur à celui nécessaire.
- 21 % avaient admis des patients par excès de prudence.

Les *SHO* étaient significativement plus susceptibles de prendre l'une des deux dernières mesures, suivis des *Specialist Registrar*, puis des *Consultants*. (330)

Les auteurs suggèrent que cette relation entre le degré d'expérience et la propension à admettre des patients à l'hôpital ou les placer sous surveillance plus étroite est attribuable au manque de confiance et d'expérience des plus jeunes praticiens (330).

Un tableau rendant compte des résultats de l'étude est reproduit ci-dessous.

Fréquence et %	**Jamais**	**1 à 3 fois**	**4 à 6 fois**	**7 à 9fois**	**>9 fois**	**Total**
Admission de patient à l'hôpital	75 (79%)	19 (20%)	0	1 (1%)	0	95 (100%)
Plus de surveillance que nécessaire	67 (71%)	27 (28%)	1 (1%)	0	0	95 (100%)
Ecrits dans les dossiers de patients	33 (34%)	42 (44%)	7 (8%)	4 (4%)	9 (10%)	95 (100%)
Plus de courriers que nécessaire	47 (50%)	37 (39%)	4 (4%)	4 (4%)	3 (3%)	95 (100%)

Tableau 20 : nombre de mesures prises pour raisons défensives au cours du dernier mois, étude de Passmore et Lung (322)

A ce propos, une étude américaine (332) avait montré que les psychiatres formés à la psychiatrie de liaison prescrivaient moins souvent une « surveillance constante » que ceux ne l'étant pas. Les résidents prescrivaient également moins cette surveillance lorsque des membres plus expérimentés de l'équipe étaient disponibles, qu'après leurs heures de service (332).

Une autre étude américaine révélait que les cliniciens moins expérimentés (résidents de 1ère ou 2ème année) admettaient 2 fois plus de patients que ceux plus avancés dans le cursus. La dispensation d'un programme de formation plus structuré aux résidents de 2ème année avait eu pour conséquence une réduction rapide de ce taux d'admission (333). Par conséquent, Passmore et Lung (330) suggèrent qu'une amélioration de la formation permettrait vraisemblablement de réduire le niveau de pratique défensive.

La prise des 2 premières mesures, ne touchant pas directement les soins aux patients, n'était pas en relation significative avec l'ancienneté (330).

Parmi ceux ayant pris l'une des quatre mesures (71 praticiens), l'effectif ayant considéré important l'un des facteurs proposés était ainsi réparti : (330)

- Connaissance d'une plainte antérieure envers un collègue : 40 (56 %)
- Préoccupation d'une diffusion médiatique : 27 (38 %)
- Incident critique antérieur : 24 (34 %)
- Action en justice contre un collègue : 17 (24 %)
- Expérience personnelle de plainte antérieure : 16 (23 %)
- Action en justice antérieure contre eux-mêmes : 4 (6 %)

Ainsi que l'indiquent les auteurs, le taux relativement faible de réponses constitue une limite à l'étude : il peut être attribué au caractère sensible du sujet, toutefois, il est plus élevé que celui d'enquêtes similaires auprès de généralistes et autres spécialistes (255) et (334) .

Les résultats tendent à montrer que les plaintes, enquêtes et incidents critiques conduisent à un accroissement des pratiques défensives : dans l'étude de Passmore, la connaissance d'une plainte antérieure envers un collègue était le facteur le plus déterminant d'une attitude défensive (330).

Les auteurs suggèrent que les comptes-rendus supplémentaires ou les remarques défensives insérées dans les dossiers peuvent être assimilés à des aspects positifs de la médecine défensive, contrairement aux hospitalisations inutiles et à la surveillance excessive qui peuvent avoir des effets néfastes sur l'indépendance et l'autonomie des patients, et constituent une utilisation inefficace des ressources du NHS (330).

Passmore et Lung suggèrent qu'il est essentiel de maintenir une culture non punitive (« *no blame culture* ») afin que les expériences demeurent source d'apprentissage et pas seulement le point de départ de pratiques plus défensives, néfastes aux soins, car des enseignements peuvent être tirés d'un incident critique (330).

Pour l'heure, leurs résultats démontrent que les plaintes et réclamations conduisent à un accroissement de ces pratiques.

2. Étude de Mullen et al (2008)

La seconde étude, celle de Mullen et al., a été publiée en 2008 dans le *New Zealand Medical Journal* (253). Les auteurs y ont également étudié la nature et la fréquence des pratiques défensives en psychiatrie. Un questionnaire anonyme a été distribué aux soignants (31 psychiatres et 83 infirmiers), exerçant en soins ambulatoires et en hospitalisation au sein d'un service de psychiatrie néo-zélandais (service de santé mentale de Dunedin) ; 86 questionnaires ont été analysés (soit un taux de réponse de 75 %).

Les questions portaient sur plusieurs formes de pratiques pouvant avoir un caractère défensif : (253)

- La décision d'admission à l'hôpital
- L'utilisation de la loi sur la santé mentale
- La décision d'isolement des patients en hospitalisation
- La décision différée de sortie d'hospitalisation
- Les questions posées aux patients au sujet de leur sécurité
- Le suivi ambulatoire
- La surveillance pendant l'hospitalisation
- La prescription de médicaments psychotropes
- Les transmissions au sein de l'équipe clinique

Chaque pratique pouvait être évaluée selon la proportion d'actes jugés défensifs, sur une échelle allant de 0 à 7 :

Aucune / Un peu / Quelques-unes / La moitié environ / La majorité / Presque toutes /Toutes.

Les soignants étaient invités à se prononcer sur leur propre pratique et sur celle de leurs collègues (médecins et infirmiers) (253).

La pratique défensive était courante, les pratiques jugées les plus fréquemment défensives étant : (253)

- Les questions posées aux patients au sujet de leur sécurité (48 %).
- La décision d'hospitalisation (34 %).
- La décision différée de sortie de l'hôpital (25 %).

Un tableau résumant les résultats de l'étude est reproduit ci-dessous.

	N	Moyenne (médecins)	Moyenne (infirmiers)	P	Pratiques jugées défensives à >50%
Questions concernant la sécurité	**83**	**2**	**2,7**	**0,08**	**48%**
Admission en hospitalisation	**86**	**1,7**	**2,4**	**0,01**	**34%**
Sortie différée de l'hôpital	**79**	**1,4**	**2,4**	**<0,001**	**27%**
Suivi communautaire rapproché	**85**	**1,3**	**2,1**	**0,001**	**25%**
Réorientation	**85**	**1,5**	**2,0**	**0,01**	**21%**
Surveillance hospitalière rapprochée	**75**	**1,3**	**2,1**	**0,002**	**17%**
Utilisation de la Loi de santé mentale	**86**	**1,5**	**1,9**	**0,09**	**19%**
Prescription médicamenteuse	**85**	**1,0**	**2,0**	**<0,001**	**18%**
Isolement	**69**	**0,8**	**1,7**	**<0,001**	**10%**

Tableau 21 : perceptions des pratiques défensives parmi les professionnels et proportion considérant qu'au moins la moitié des pratiques sont défensives, étude de Mullen (245)

Les infirmiers percevaient davantage de pratique défensives que les médecins. Il n'y avait pas différence selon s'ils travaillaient en soins ambulatoires ou en hospitalisation. Cette estimation valait aussi bien pour des pratiques médicales (ordonnances, décision d'admission) que pour celles généralement réalisées par les infirmiers (isolement et surveillance rapprochée)(253).

Mullen et al. (253), s'appuyant sur un article de Buchanan-Barker et al. (335) suggèrent plusieurs facteurs explicatifs : l'impression plus importante des équipes infirmières d'être astreintes à des protocoles déterminés et moins de latitude pour recourir à leur propre jugement, une pratique pouvant être plus hiérarchisée, un sentiment de vulnérabilité plus important en cas de résultat défavorable.

Ainsi que le précise Mullen, Buchanan-Barker et al. (335) ont pu considérer la surveillance mise en œuvre dans les services comme une préoccupation excessive. Les questions relatives à la sécurité ont été, dans l'étude de Mullen, celles qui ont été le plus souvent jugées défensives (253).

Il apparait dans l'étude de Mullen que le système de dédommagement néo-zélandais ne suffit pas à prévenir l'existence de pratiques défensives, alors qu'il est particulièrement peu punitif et sanctionne rarement les médecins. Ainsi, Mullen et al. supposent que l'origine est autre que celle des menaces financières liées aux plaintes (253).

Les résultats de l'étude de Mullen (253) sont similaires à ceux d'autres études néo-zélandaises portant sur les pratiques défensives (d'autres spécialités), notamment l'étude de Cunningham en 2006 (258).

Mullen et al. (253) rappellent que les lignes directrices nationales pour l'évaluation des risques en matière de santé mentale (Guidelines du ministère de la santé, 1998) (336) recommandent une « [évaluation du risque à intervalles réguliers] » et fournissent une liste exhaustive de facteurs à prendre en considération dans l'évaluation des risques.

Ainsi que le soulignent les auteurs, cette étude porte sur la mesure d'une motivation, et non sur la mesure directement objectivable d'une pratique, c'est ce qui rend difficile l'identification fiable des pratiques défensives. De même, l'anonymat de l'enquête peut encourager la surévaluation, et les non répondeurs peuvent moins percevoir de pratiques défensives que les répondeurs, qui se sentent probablement plus concernés (253), cette hypothèse va également dans le sens d'une potentielle surévaluation.

Dans la discussion de leur étude, Mullen et al. (253) estiment que «[l'importance croissante des algorithmes cliniques et autres protocoles nuisent à l'évaluation individuelle] », ajoutant que malgré la précision par les comités d'experts -producteurs de ces lignes directrices- qu'une certaine flexibilité doit leur être appliquée, et qu'elles ne dispensent pas du jugement clinique individuel, toute déviation de ces lignes directrices risque d'être perçue comme une preuve de mauvaise pratique.

Pourtant, dit encore Mullen (253), s'appuyant sur Thornton (337), si le jugement clinique peut être utilement étayé par des protocoles et des algorithmes, ces derniers ne peuvent se substituer à la prise de décision et il y a lieu de craindre, en psychiatrie en particulier, la fiabilité limitée de ce type de démarche protocolisée.

Mullen et al. (253) suggèrent que la « prédiction d'un climat de pratique défensive peut être auto-réalisatrice », autrement dit qu'il y aurait un phénomène de contagion anxieuse et anticipatoire d'une réalité peu ou non fondée. Ils identifient toutefois 2 raisons justifiant l'augmentation des pratiques défensives :

- Elle sont une composante inévitable d'une culture croissante d'aversion au risque (« *risk averse culture* »), Crowe (338) cité par Mullen (253).
- La prolifération de protocoles et de recommandation (« *guidelines* »), qui selon Mullen (253) peuvent faire hésiter les praticiens à les remplacer par leur propre jugement.

Les pratiques défensives sont parfois et par certains considérés comme un moyen d'améliorer les soins ; Hickson et al. (339) précisent que c'est le cas aux États-Unis.

Mullen (253) y voit une conséquence inévitable de l'*Evidence Based Medicine*, amenant les cliniciens à se tromper par « excès de prudence », plutôt qu'en entreprenant des interventions exagérément héroïques.

Il ajoute, s'appuyant sur Sackett (340), que même les ardents défenseurs de la médecine fondée sur les preuves insistent sur la nécessité pour le clinicien d'interpréter les problèmes posés par chaque patient en utilisant les données de façon critique. La validité des protocoles, leur fidélité à représenter l'ensemble des connaissances guidant la pratique doit être questionnée (253).

Mullen (253) remarque que « Si un groupe de cliniciens pratique selon des normes défensives, alors exercer à un moindre niveau de pratique défensive sera plus risqué ». Il appuie cette remarque en citant le principe de Bolam (*Bolam principle*), développé par Kessler (276) et Slawson (142) selon lequel la pratique d'un clinicien correspond à la pratique prévalente. Ce principe est admis à des degrés divers au Royaume-Uni, en Nouvelle-Zélande, et aux États-Unis et peut aussi bien fournir un argument contre la pratique défensive que l'encourager, puisqu'il suppose que les cliniciens se comportent comme ils croient que les autres se comportent.

Ainsi, dit Mullen, si une pratique excessivement défensive est la norme, des pratiques moins défensives apparaitront non conformes, voire dissidentes et difficiles à justifier.

Patfield (341), dans un article paru en 2000, souhaite attirer l'attention sur l'importance croissante accordée aux considérations de sécurité et de sureté, au détriment des considérations thérapeutiques. Mullen (253) cite cette analyse comme illustration de pratiques défensives délétères : la réponse défensive au risque de suicide en milieu hospitalier conduit à rendre l'environnement « lugubre, maussade, voire excessivement carcéral », dans un effort de suppression de tous les éléments potentiellement dangereux, et a ainsi été considéré comme plus susceptible d'augmenter que de diminuer le risque de suicide. Il voit dans cette élimination progressive des risques, en réponse à des enquêtes ou poursuites judiciaires, un retour à une « époque sombre », à des établissements oppressants, devenus « suicidogènes » (341).

La justification initiale étant d'exonérer l'institution de tout risque de blâme, plutôt que la prise en compte de ce qui est bénéfique au patient potentiellement suicidaire (341), soit la définition stricte d'une pratique défensive.

Mullen modère ce point de vue, précisant qu'en l'absence de données examinant l'effet de la pratique défensive sur les résultats cliniques, on ne peut conclure assurément qu'elle est néfaste. (253).

Mullen avance également des aspects positifs à la pratique défensive : elle est un moyen d'assurer le respect des bonnes pratiques cliniques, protéger les patients contre des pratiques dissidentes, à supposer que la situation clinique peut être protocolisée.

Il a également été avancé par Black (342) que l'évitement défensif de certaines catégories de patients peut conduire à la concentration utile des prises en charge par ceux qui ont davantage d'expérience.

Ainsi que le constate Mullen (253), en psychiatrie, les questions diagnostiques (validité et fiabilité de celui-ci) ne sont pas propices à l'utilisation stricte de pratiques fondées sur les preuves (*evidence based practice*), si bien que les décisions sont davantage fondées sur l'impression clinique et l'opinion individuelle que dans d'autres domaines de la médecine, en raison de la multiplicité des paramètres à prendre en compte, de l'importante variation interindividuelle, des circonstances de vie (253).

Mullen et al. (253) ajoutent qu'en psychiatrie certaines interventions sont contre-intuitives : par exemple des précautions intrusives telles que la surveillance constante en unité d'hospitalisation pourraient augmenter le risque de suicide (c'est ce qui est suggéré par Kreitman dans un chapitre consacré à la prise en charge du patient suicidaire) (343).

Mullen (253) suggère que la diffusion médiatique et la fréquence de thèmes émotionnellement chargés (suicide, agression, violence sexuelle) contribuent également à l'accroissement de pratiques défensives.

Toutefois, ajoute-t-il, en Nouvelle Zélande, l'environnement ne favorise a priori pas les pratiques défensives : l'existence d'un système de responsabilité sans faute implique que les médecins sont rarement poursuivis, le coût de l'assurance en responsabilité professionnelle y est minime et le versement d'indemnisations consécutives à une erreur médicale est effectué par la Corporation nationale de dédommagement des accidents médicaux (*National Accident Compensation Corporation*), qui sépare le processus de plainte de celui du dédommagement.

Pourtant, les médecins néo-zélandais sont préoccupés par la possibilité d'une plainte à leur encontre, ce que montre aussi une étude de Bismark (344), et d'autres études encore font état de taux élevés de pratique défensive parmi les médecins néo zélandais, comme celles de Cunningham en 2000 (345) et 2006 (258).

Lors d'une enquête précédente, également menée par Cunningham, en 2003 (346), et ayant permis d'interroger 11 % de la totalité des médecins de Nouvelle-Zélande (soit 971 médecins), il apparaissait que 34 % d'entre eux avaient fait l'objet d'une plainte au cours de leur exercice. Les auteurs recensaient en 2001 un taux de plainte annuel de 5,7 % parmi les médecins néo-zélandais (346).

Cunningham et Dovey observent eux aussi que malgré l'existence en Nouvelle-Zélande d'un système généralisé de responsabilité sans faute, les médecins ont développé des techniques similaires à celles observées dans les pays où c'est un système de responsabilité délictuelle qui gère ces litiges (258).

De plus, explique Paterson (347), le parlement néo-zélandais a légiféré pour la création d'un commissariat à la santé et aux personnes handicapées (*Health and Disability Commissioner*), conçu pour faciliter la résolution des plaintes relatives à la qualité des soins et aux services aux handicapés ; les plaintes sont considérées comme une occasion d'améliorer le système de santé et se terminent rarement par la censure d'un praticien.

Katz (260) et Studdert (348) ont mis en évidence que la crainte d'un versement d'indemnités monétaires était un facteur déterminant des pratiques défensives, mais d'autres préoccupations (autres que strictement financières) y contribuent : en psychiatrie, l'impact émotionnel du suicide d'un patient a été cité comme origine à des pratiques défensives par Alexander (143), Collins (349) et Ruskin (145)

Rey, dans une étude australienne, (144) a montré que l'inquiétude de potentiels litiges est un motif fréquent d'insatisfaction professionnelle parmi les psychiatres.

Mullen (253) suggère que si les psychiatres se sentent vulnérables, c'est en raison de l'ambiguïté de leur responsabilité clinique : ils déclarent se sentir contraints de pratiquer de manière défensive par obligation de pallier les lacunes ou insuffisances du système de santé mentale, c'est du moins ce qu'il ressortait d'une revue réalisée en 1998 par la commission de santé mentale néo-zélandaise (350).

Au Royaume Uni, Chalmers (351) rappelle qu'après les affaires Bristol et Alder Hey (concernant des prélèvements d'organes sur des défunts en 1999), les médecins ont eu le sentiment que les enquêtes faisaient d'eux des souffre-douleurs, responsables des failles du système.

En Israël, Bleich et al estiment que placer l'ensemble de la responsabilité sur le thérapeute et réduire la responsabilité personnelle du patient peut forcer le thérapeute à considérer des pratiques médicales défensives, et limite par conséquent la gamme d'interventions appropriées et convenables (124).

Ils observent qu'un nombre croissant de médecins israéliens signalent l'influence de la médecine défensive sur leur jugement clinique : selon une enquête de *l'Israël medical Association* et des tribunaux en 2007, environ 70% ont noté une médecine défensive comme un facteur limitant le travail du médecin (124).

Les pratiques défensives qu'ils identifient face à un risque de suicide sont:

- la sélection des patients (visible et invisible),
- les détournements (diversions) dans le diagnostic,
- l'excès d'hospitalisation (imposée),
- la pharmacothérapie excessive ou insuffisante,
- une gestion biaisée du traitement (prendre des risques thérapeutiques calculés même appropriés, afin d'initier un changement constructif ou un arrêt),
- des changements dans les observations médicales.

En 2006, une étude australienne portant sur les pratiques défensives des cliniciens travaillant avec des adultes présentant un trouble de personnalité borderline a été publiée par Krawitz et Batcheler (352). Tous les praticiens en santé mentale d'un service (travaillant en soins ambulatoires et en hospitalisation) ont rempli un questionnaire au cours d'une réunion d'équipe de routine ; l'effectif était de 29 cliniciens (352).

L'examen de ces questionnaires trouve un taux de pratique défensive important, laissant supposer qu'il s'agit d'une pratique courante : 85 % des praticiens interrogés avaient agi au cours de l'année passée d'une manière dont ils jugeaient qu'elle ne servait pas au mieux les intérêts de leurs patients (352).

Ces résultats confirment l'écart entre les opinions théoriques sur les bonnes pratiques et la pratique réelle (352).

4. Préconisations

La plupart des auteurs qui formulent des recommandations, dans le sens ou à l'encontre de la médecine défensive, ou à son encontre se rejoignent sur un point : les formations (initiales ou continues) doivent être complétées par tel ou tel enseignement, dont le contenu varie selon qui le préconise :

L'article de Robert Simon et Shuman, dans ce contexte défensif, met en avant le fait que l'éducation à la gestion des risques doit être intégrée à la formation clinique. Même si la gestion des risques est considérée comme de l'information juridique, ils pensent qu'elle ne doit pas rester un sujet distinct ou accessoire. Simon et Shuman plaident pour une amélioration de la qualité des soins en favorisant la connaissance du domaine juridique. Ils suggèrent que les préoccupations du psychiatre quant aux litiges potentiels peut conduire à un retard crucial dans les soins, alors qu'une compréhension de la loi et du processus juridique peut être utile et améliorer la prise en charge (353).

Simon et Shuman notent que le risque de faute est habituellement mieux géré lorsque l'accent est mis sur la manière de prodiguer de bons soins plutôt que sur la manière d'éviter un procès : la bonne connaissance du système juridique permet une meilleure compréhension des options thérapeutiques. Ainsi, le renforcement des connaissances médico-légales permettrait-il de réduire les pratiques défensives inappropriées.

Ils suggèrent que cet ensemble de connaissances devienne une aptitude de base dans la formation des résidents, au même titre que les soins aux patients, les connaissances médicales, l'apprentissage et l'entraînement pratique, les compétences interpersonnelles, de communication et le professionnalisme (353).

Simon et Shuman n'expliquent pas comment ils s'y prendraient pour intégrer un enseignement médico-légal dans le cursus actuel : discipline distincte ou intégré à la gestion du risque thérapeutique ou dans les catégories existantes ?

Tellefsen estime que la médecine défensive devrait être incluse dans la formation des psychiatres. Ce que Simon et Shuman appellent la « médecine défensive nuisible » (pratique que viserait à éviter l'inclusion de programmes d'enseignements dans le cursus des résidents), elle le nomme « compréhension et gestion de l'anxiété médicolégale et des mécanismes de défense » (254).

C Tellesfen conclue en évoquant la nécessité d'introduire dans les programmes de formation un enseignement sur les moyens de gérer l'angoisse médico-légale ou l'anxiété de travailler avec des avocats plutôt que de laisser se développer une phobie de l'avocat (254).

Elle propose ce parallèle : de même que les résidents apprennent le principe du contre-transfert lors de leur enseignement en psychothérapie, l'étudient puis l'expérimentent et en font usage de façon productive, ils doivent apprendre la variété des réponses inconscientes aux intrusions juridiques dans leur pratique médicale. Comme les contre attitudes et les sentiments personnels, ils doivent apprendre à les rechercher, reconnaître, travailler leurs réponses émotionnelles et ne pas les laisser interférer avec les soins (254).

IV.Discussion

L'histoire de la responsabilité est une histoire juridique, philosophique et sociologique ; on peut juger que la conception juridique contemporaine de la responsabilité est moins déterministe que dans l'ancien droit français, car les clauses d'irresponsabilité prévues dans le Code Pénal sont moins liées à un état définitif ou immuable de la personne. La minorité, le sexe féminin, l'accès passionnel seraient aujourd'hui difficilement recevables ou suffisants pour affirmer une irresponsabilité. A l'inverse, la responsabilité apparait davantage liée aux conditions ou au contexte dans lesquels agit l'individu, et moins à sa nature. Si le concept est stable, son appréciation évolue.

Il existe une notable évolution chronologique de la notion de responsabilité médicale ; quelques siècles séparent un encadrement de la pratique désormais proche du droit de la consommation d'un domaine jugé sacré, où la guérison était regardée comme une œuvre divine et la législation exclue, même si, paradoxalement l'exercice de la médecine a très tôt été attaché à la possibilité d'une sanction.

Affirmer aujourd'hui que le médecin « ne reconnait comme juge après dieu que ses pairs » (23) semblerait aujourd'hui désuet voire franchement présomptueux.

Le juge est désormais légitimement convoqué pour arbitrer les affaires de responsabilité médicale, bien qu'il puisse s'appuyer sur un expert ; la judiciarisation, au sens de l'intervention de l'appareil juridique, est une réalité.

Dans une autre acception, la judiciarisation semble incontestablement présente : nombreux sont les articles parus dans des revues médicales généralistes ou spécialisées visant à inculquer des bases de connaissance sur le fonctionnement des institutions juridiques et les moyens d'assurer une défense lors d'un procès ou constituant des guides complets d'initiation au droit , assortis d'une description des instances, du déroulement des procès.

La question semble n'être plus « vais-je être attaqué ? » mais « comment me défendre lorsque je serai mis en cause ? », cette banalisation relative a toutefois l'avantage, également relatif, de permettre au praticien de ne pas intégralement remettre en question ses compétences, s'il considère que les confrères attaqués sont largement majoritaires par rapport à ceux ne l'étant pas.

Toutefois, la question de la judiciarisation, en termes de nombre et risque de poursuites, est moins certaine en psychiatrie : les compagnies d'assurance rapportent des chiffres de sinistralité stables au cours de la dernière décennie. Les spécialités les plus exposées aux poursuites sont connues (la psychiatrie n'y appartient pas) et les classements varient peu d'une année à l'autre.

Ces observations semblent confirmer celle de Carol Jonas, qui parle de discordance entre le risque réel et le risque perçu.

La majorité des plaintes relevant du champ de la psychiatrie en France concernent, sans surprise, des cas de suicide. Plus précisément, il est reproché l'absence de prévision de l'acte suicidaire alors qu'un contact avec un professionnel de santé mentale avait eu lieu (au décours d'une consultation ou d'une hospitalisation) ou qu'un suivi était engagé.

La question des effets indésirables des traitements pharmacologiques ou aléas thérapeutiques est l'occasion d'un engagement potentiellement double de la responsabilité : au titre de la manifestation indésirable elle-même (parfois gravissime) et au titre du défaut d'information éventuel, information dont on peut supposer que si elle avait été complète le patient n'aurait pas donné son consentement à l'initiation du traitement. Le défaut d'information au sujet des effets indésirables n'a rien de spécifique à la psychiatrie, On peut finalement s'étonner de la relativement faible occurrence des réclamations liées aux effets indésirables des traitements et de la relative faible fréquence de plaintes concernant des mesures de soins sous contrainte, devant les juridictions civiles du moins.

Les psychiatres représentent un montant relativement faible d'indemnités versées pour faute professionnelle, observent Reich et al. aux États-Unis (88), et les panorama annuels du risque médical de la MACSF (57) le confirment en France.

En revanche, Il est intrigant de constater que, les psychiatres figurent parmi les spécialités les plus représentées dans les décisions des commissions médicales d'État américaines, soit l'équivalent de notre conseil de l'ordre et ses sanctions ordinales, et qu'ils sont probablement la spécialité la plus sujette à des mesures disciplinaires.

En effet, si l'on se limitait à considérer les chiffres du contentieux civil, aussi bien en France qu'aux États-Unis, il serait facile et légitime de conclure que la psychiatrie est une spécialité à faible risque d'engagement d'une responsabilité professionnelle, car elle représente un pourcentage faible parmi les réclamations.

Les motifs de sanction disciplinaire expliquent en partie cette tendance, puisque des comportements répréhensibles tels que l'inconduite sexuelle, sont probablement plus susceptibles de survenir dans un cadre relationnel psychothérapeutique, ou sont plus susceptibles d'être déclarés ; l'abus de substance qui concerne majoritairement psychiatres et anesthésistes peut s'expliquer par la manipulation et/ou la prescription plus courante de pharmacothérapies addictogènes dans ces deux disciplines.

Des solutions ont été envisagées par les législateurs pour répondre à ce qui a été appelé crise de la responsabilité médicale ; la question, si elle s'est posée quelques décennies plus tôt aux États-Unis, a désormais parcouru l'Europe. Des révisions des systèmes de responsabilité civile ont été étudiées, des études comparatives réalisées, afin de s'inspirer de modèles fructueux ou exporter et adapter des réglementations.

L'intérêt, et peut-être le défaut, du système américain est d'être conçu pour promouvoir le règlement précontentieux des litiges, c'est finalement cette tendance qui est à l'œuvre dans notre loi du 4 mars 2002, avec la création d'un régime de responsabilité hors contentieux.

La comparaison à des études américaines, néo-zélandaises ou australiennes a l'avantage de révéler la ressemblance des préoccupations majeures des psychiatres quel que soit leur pays d'exercice ou d'origine. S'il existe un décalage, il relève plus de la forme que du fond, et plus exactement de la chronologie ; en effet, si les questions de *Malpractice* et d'attitudes défensives sont apparues préoccupantes aux États-Unis avant d'arriver en Europe, la nature des préoccupations est semblable.

Où commence la pratique défensive ? Toute décision, a fortiori, toute décision clinique est l'aboutissement d'un compromis entre bénéfices et risques ; on peut estimer qu'il y a pratique défensive lorsque les préoccupations sécuritaires ou d'évitement de plainte potentielle sont supérieures aux préoccupations concernant l'intérêt des patients. C'est précisément cette supériorité qui est difficile à quantifier : sur quel(s) critère(s) s'appuyer avec certitude pour l'évaluation du rapport bénéfice / risque ? Où commence l'intérêt du patient, où s'arrête celui du clinicien ? Les critères sont vraisemblablement aussi nombreux que la variété des configurations cliniques et vraisemblablement difficiles à protocoliser suffisamment pour inclure l'infinité des situations réelles.

Certaines politiques sont contestables ou peuvent laisser sceptique, l'exemple des mesures adoptées par l'université de l'Illinois en est une possible illustration : on peut la soupçonner d'être une pratique institutionnelle défensive, davantage motivée par l'effort de diminuer l'engagement de responsabilité de l'université qu'une mesure de protection humaniste. Comme l'observent Smith et al., le risque suicidaire d'un étudiant pourrait s'accroitre après son renvoi de l'université, au motif qu'il refuse de suivre les consultations obligatoires prévues en cas de comportement suicidaire. C'est la même idée qui est sous-jacente lorsque Patfield dénonce des établissements hospitaliers devenus « suicidogènes ».

L'abondance de recommandations destinées à diminuer les poursuites (pas nécessairement superposables avec l'amélioration des effets thérapeutiques) tend à représenter un objectif suffisamment admis pour qu'il soit devenu implicite.

Lorsque l'éviction d'une poursuite est un argument pour présenter des recommandations cliniques, ne se situe-t-on pas d'emblée dans le champ de la médecine défensive ? L'objectif -éviter les poursuites- n'y est d'ailleurs souvent pas dissimulé.

C'est sur ce point qu'Anderson (267) attire l'attention en insistant sur le fait que pour évaluer une pratique défensive, il faut d'abord la reconnaître. Il est probable qu'une partie de nos pratiques répondent aux critères de la médecine défensive sans qu'elles ne soient plus considérées comme telles ; des inscriptions systématiques dans les dossiers, par rigueur ou par crainte (l'exemple de la mention « non suicidaire » est intéressant), des précautions ordinaires dont le bien-fondé n'est plus à démontrer gagneraient peut-être à être questionnées.

Il peut être surprenant de constater à quel point sont semblables les préoccupations des psychiatres d'autres pays, ainsi que l'attestent les questionnaires destinés aux psychiatres dans les études de Passmore et Lung (330) et Mullen (253).

En France, il ne semble pas exister d'études ayant spécifiquement évalué le niveau de pratique défensive en psychiatrie, hormis une enquête récente de l'AFFEP (à l'état de résultats provisoires) qui montrait une préoccupation élevée pour les questions de responsabilité médicale parmi les internes et un impact sur les pratiques.

Comme le constatent Reich et Maldonado (88), dans leur revue de la faute professionnelle en psychiatrie, les patients sont généralement avertis des potentielles fautes professionnelles par des sources autres que leur médecin.

Partant de ce constat, ils font l'hypothèse que l'effet de la réticence à divulguer des erreurs au patient par crainte de poursuites judiciaires peut être contraire à celui espéré : un patient peut se renseigner sur la faute professionnelle potentielle par d'autres sources, se sentir trahi si son médecin ne l'en a pas informé, et être plus enclin à engager des poursuites judiciaires contre ce médecin.

Le soin apporté à la communication peut donc également relever d'une pratique défensive et cette question a été développée dans la littérature médicale jusqu'à détailler l'intérêt de présenter des excuses à un patient qui s'estime lésé. Plus encore, des lois sont intervenues pour encadrer la proclamation d'excuses.

Un inconvénient des études ayant détaillé les causes d'assignation devant une commission disciplinaire ou un jury est l'absence de précision à propos du terme de « négligence » qui peut se rapporter à une variété d'erreurs non comparables. On peut déplorer également l'absence de détail des catégories « erreur diagnostique » ou « manquement diagnostique ». S'agit-il d'un retard diagnostique parmi les affections psychiatriques, d'une erreur radicale ? Du défaut d'identification d'une maladie organique associée ? De l'identification à tort d'un trouble psychiatrique au lieu d'une affection organique ?

En revanche, certains paramètres semblent bien précisés et consensuels : les risques spécifiques à la psychiatrie mis en évidence par la revue de Reich et Maldonado (88) notamment, associés, ou non à des hypothèses causales ; encore une fois, il est vraisemblable que la manipulation plus fréquente de substances addictives par les psychiatres et anesthésistes, ou l'accès plus aisé à celles-ci en fassent les deux spécialités les plus à risque de connaitre des abus de substance.

Certaines caractéristiques individuelles sont associées au risque de faute professionnelle : la durée d'exercice, le sexe masculin augmentent la probabilité de difficultés alors que la *Board Certification* la réduit. Il a été suggéré que ce dernier paramètre était un indice du niveau de formation.

Ainsi, des pistes d'amélioration ont été suggérées par les études consacrées à la faute professionnelle en psychiatrie ; Reich et Maldonado (88) ajoutent que l'éducation au risque de toxicomanie devrait être intensifiée dans la formation initiale des résidents et poursuivie par la formation continue.

Toutefois, certaines situations mettant en jeu l'allégeance au secret médical semble relever d'une double contrainte pour le psychiatre partagé entre une obligation de confidentialité déontologique due à son patient et celle de protéger les mineurs ou personnes vulnérables, tout aussi déontologique.

Les recommandations formulées par plusieurs auteurs et visant à atténuer les risques d'engagement de responsabilité pourraient, à ce titre, être considérées défensives ; en fait, elles sont pour la plupart en accord avec des principes déontologiques anciens, incontestés et consensuels : notamment concernant la confidentialité, l'objectivité, l'absence de jugement personnel ou d'immixtion dans les affaires de famille.

Enfin, ainsi que le suggérait la commission d'audition relative à la dangerosité psychiatrique (354), dans la recommandation n° 80. « Il convient d'inclure dans le DES de psychiatrie générale un module obligatoire de psychiatrie médico-légale », ne serait-il pas opportun de généraliser l'enseignement de notions de droit au DES de psychiatrie en France ? Aucune formation aux fondements du droit n'est à ce jour prévu dans les études de médecine ; ce type d'initiation pourrait contribuer à dissiper une menace mal connue de risque d'engagement de la responsabilité, trop malencontreusement évoquée par excès ou défaut au cours de l'exercice médical.

Conclusion

Le droit médical semble connaitre une période d'effervescence législative depuis la dernière décennie. L'encadrement des soins sans consentement a été récemment et successivement réformé en juillet 2011 puis septembre 2013 ; le droit de la responsabilité médicale a connu lui aussi, par la loi du 4 mars 2002, des transformations de ses fondements, modifications faisant suite à une période de latence.

En matière de responsabilité médicale, la psychiatrie ne se distingue pas radicalement des autres spécialités médicales, même si des spécificités notables la caractérisent :

Comme dans les autres champs de la médecine, les questions de consentement, d'information due au patient, qui se veut « claire, loyale et appropriée » selon la formule enseignée aux étudiants préparant l'internat, sont des préoccupations quotidiennes et incontournables. Le devoir d'information concerne autant les possibilités thérapeutiques que les effets secondaires, risques encourus, la confidentialité, l'importance du libre choix du patient, choix dépendant de l'exactitude et de l'exhaustivité de l'information délivrée.

Contrairement aux autres spécialités, la psychiatrie prévoit la possibilité de soins sans consentement, source d'une forme de responsabilité unique, qui démarque les psychiatres des autres médecins, bien que la rédaction de certains certificats ne soit pas réservée aux seuls psychiatres. Ce domaine n'est finalement pas le plus représenté parmi la sinistralité psychiatrique.
La psychiatrie se situe parmi les spécialités peu poursuivies ou « à faible risque d'engagement de responsabilité » sur le plan civil ou administratif, ce qui lui confère une place particulière si l'on considère qu'elle est paradoxalement l'une des spécialités les plus condamnées sur le plan disciplinaire ou ordinal, par les équivalents anglo-saxons de nos conseils de l'ordre, et selon la littérature internationale.

Ce hiatus entre les régimes de responsabilité la singularise encore.

Le psychiatre a la particularité de conduire des évaluations l'amenant à se prononcer sur la prévisibilité d'un comportement, parfois perçues comme une demande de prédiction dont la non exactitude engagerait sa responsabilité. En réponse à cette inquiétude, les propositions des auteurs sont finalement aussi unanimes qu'intuitives : il s'agit pour la plupart de recommandations allant dans le sens d'une amélioration et d'un renforcement des formations initiales et continues des psychiatres, dans certains domaines négligés : davantage de notions juridiques, davantage de préparation à des situations litigieuses, un entraînement à la communication relative aux fautes ou erreurs susceptibles d'être commises, une meilleure connaissance de ces risques. Ces suggestions méritent d'être considérées, car elles constituent probablement l'une des deux seules voies possibles pour limiter la généralisation d'attitudes défensives, la seconde étant le recours à la généralisation de protocoles qui auraient valeur d'injonction législative et dont l'effet serait une atténuation de la responsabilité.

Table des illustrations

Figures

Figure 1 : Évolution des plaintes administratives de 1999 à 2008 en France (51) 47
Figure 2 : Évolution de l'indice de fréquence des réclamations en responsabilité civile médicale (52) 48
Figure 3: Évolution du nombre de sinistres-dommages corporels, données de la MACSF-Sou médical (52) 50
Figure 4: Sinistralité des médecins de 1990 à 2011, tous exercices et toutes spécialités confondues. 51
Figure 5 : Sinistralité des médecins de 1993 à 2012 (taux de sinistre pour 100 médecins sociétaires) (57) 51
Figure 6 : Évolution de la répartition des mis en cause 2009-2013 (61) 54
Figure 7 : Répartition des 558 médecins mis en cause au cours de l'année 2013 par spécialité ou activité (59). 55
Figure 8 : Les dix spécialités les plus souvent mises en cause, année 2012 (62) 56
Figure 9 : Répartition des médecins mis en cause par spécialité ou activité (62) 56
Figure 10 : Décisions civiles : évolution des taux de condamnations de 2003 à 2013 (63) 57
Figure 11 : Évolution du nombre de condamnations civiles, 1980-2013 (62) 58
Figure 12: Coût total des indemnisations de la MACSF : Décisions civiles (62) 60
Figure 13 : Comparaison des coûts moyens d'indemnisation civile par condamné (62) 61
Figure 14 : Comparaison des indemnisations totales par spécialité ou activité, années 2012 et 2013 (63) 62
Figure 15 : Évolution du contentieux pénal toutes spécialités et activités confondues (66) 63
Figure 16 : Évolution du nombre d'avis rendus par les CCI et de dossiers rejetés de 2008 à 2013 (69) 66
Figure 17 : Évolution de la teneur des avis CCI de 2009 à 2013 (69) 67
Figure 18 : Évolution des condamnations judiciaires versus procédures CCI de 2004 à 2013 (69) 68
Figure 19 : Évolution des assignations en justice pré ou post CCI de 2006 à 2013 (69) 69
Figure 20 : Répartition des procédures CCI par spécialité, année 2013 (69) 70
Figure 21 : Répartition des mises en cause par spécialité (procédures de CCI) année 2012 (70) 71
Figure 22 : Répartition des procédures CCI par spécialité ou activité, année 2011 72
Figure 23 : Répartition des dommages selon leur mécanisme, étude de Santiago-Saez et al (106) 122
Figure 24 : Répartition des dommages par type, étude de Santiago-Saez et al (106) 122
Figure 25 : Répartition dans le temps des décisions de justice (étude de Santiago-Saez et al) (106) 124
Figure 26 : Étapes pour améliorer l'information délivrée par la profession médicale, d'après Ga (302) 196
Figure 27 : Questionnaire de l'étude de Passmore et Lung sur les conséquences juridiques des pratiques professionnelles (322) 203

Tableaux

Tableau 1: Évolution des demandes en réparation des dommages causés par l'activité médicale ou paramédicale formées au fond et en référé devant les juridictions civiles (1990-2008) (36) _____ 49
Tableau 2: Déclarations de sinistres auprès de la MACSF de 2011 à 2013 (57) et (58) _____ 51
Tableau 3 : Sinistralité en exercice libéral année 2013, 2012 et 2011, d'après la MACSF (56), (57)et (58). ____ 52
Tableau 4 : Répartition des déclarations annuelles selon le type de saisine (57), (58) et (59) _____ 53
Tableau 5 : Tableau : décisions de justice, années 2011 à 2013 (60) et (61) _____ 53
Tableau 6 : Évolution du nombre et taux de condamnations civiles parmi les médecins (57) et (63) _____ 59
Tableau 7 : Répartition par spécialité des condamnations pénales de 2001 à 2013 (67) et (68) _____ 64
Tableau 8 : Répartition des autres professionnels de santé exposés à la voie pénale (67) et (68) _____ 64
Tableau 9 : Démographie annuelle des psychiatres et nombre de sociétaires MACSF de 2011 à 2013_____ 75
Tableau 10 : Répartition des déclarations de sinistres selon le type d'exercice de 2011 à 2013 _____ 76
Tableau 11 : Répartition des déclarations de sinistres selon le type de plaintes de 2011 à 2013 _____ 76
Tableau 12 : Données de la NPDB, réclamations concernant les psychiatres 2004 à 2009 _____ 108
Tableau 13 : Description des décisions de justice étudiées par Santiago-Saez et al (106) _____ 121
Tableau 14 : Caractéristiques socio-démographiques des patients de l'étude de Santiago-Saez et al (106)__ 123
Tableau 15 : Répartition des diagnostics des patients concernés (étude de Santiago-Saez et al) (106) _____ 123
Tableau 16 : Caractéristiques des psychiatres ayant eu une sanction disciplinaire (107) _____ 126
Tableau 17 : Types de sanctions prononcées, médecins psychiatres et non-psychiatres (108)_____ 126
Tableau 18 : Motifs des décisions prononcées envers les psychiatres et les médecins non psychiatres (108) 127
Tableau 19 : Description des réclamations juridiques de l'étude de Terranova et Sartore (147) _____ 140
Tableau 20 : Nombre de mesures prises pour raisons défensives au cours du dernier mois, étude de Passmore et Lung (322) _____ 204
Tableau 21 : Perceptions des pratiques défensives parmi les professionnels et proportion considérant qu'au moins la moitié des pratiques sont défensives, étude de Mullen (245) _____ 206

Bibliographie

1. Nietzsche FW, Colli G, Montinari M, Rovini R, Launay, Marc B. de. Humain, trop humain un livre pour esprits libres II. [Paris: Gallimard; 1999.

2. NYS H. Rapport sur la responsabilité médicale dans les États membres du conseil de l'Europe [Internet]. Strasbourg: Comité Européen de Coopération Juridique; 2005 Mar p. 30. Available from: http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/cdcj/CJSMED/CDCJ%20_2005_%203%20rev1%20%20f.pdf

3. Nau J-Y. [Three judges and a psychiatrist, a sad story in Marseille]. Rev Médicale Suisse. 2013 Jan 16;9(369):166–7.

4. Dyer C. French psychiatrist is convicted of manslaughter after her patient kills an elderly man. BMJ. 2012;345:e8693.

5. La justice met fin aux poursuites contre la psychiatre d'un meurtrier. Le Monde.fr [Internet]. 2014 Mar 31 [cited 2015 Mar 22]; Available from: http://www.lemonde.fr/societe/article/2014/03/31/la-justice-met-fin-aux-poursuites-contre-la-psychiatre-daniele-canarelli_4392976_3224.html

6. Fin des poursuites contre la psychiatre d'un patient meurtrier [Internet]. Europe 1. [cited 2015 Mar 22]. Available from: http://www.europe1.fr/france/fin-des-poursuites-contre-la-psychiatre-d-un-patient-meurtrier-1930571

7. Crash de l'A320 - Bernard Debré : "Le traitement du copilote est sans doute responsable du drame" - Le Point [Internet]. [cited 2015 Mar 28]. Available from: http://www.lepoint.fr/societe/crash-de-l-a320-bernard-debre-le-traitement-du-copilote-est-sans-doute-responsable-du-drame-27-03-2015-1916407_23.php

8. Jonas C. Responsabilité du Psychiatre Et des Établissements d'Accueil du Fait des Actes des Malades Mentaux. Médecine Droit. 1997;1997(23):12–6.

9. Jonas C, Senon J-L. Responsabilité en psychiatrie adulte. Httpwwwem-Premiumcomezproxyu-Bordeaux2frdatatraitesps37-32630 [Internet]. [cited 2014 Aug 28]; Available from: http://www.em-premium.com.ezproxy.u-bordeaux2.fr/article/13381/resultatrecherche/4

10. Jonas C. Le psychiatre face aux juges. Paris: Ellipses.; 1997.

11. Encyclopédie Larousse en ligne - responsabilité médicale [Internet]. [cited 2014 Sep 3]. Available from: http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/responsabilité_médicale/15844

12. Eberhard C, editor. La responsabilité comme projet. Réflexions sur une responsabilité juridique « prospective ». Traduire nos responsabilités planétaires: recomposer nos paysages juridiques. Bruxelles: Bruylant; 2008. p. 131–46.

13. RESPONSABLE : Définition de RESPONSABLE [Internet]. [cited 2014 Aug 29]. Available from: http://www.cnrtl.fr/definition/responsable

14. Littré - responsable - définition, citations, étymologie [Internet]. [cited 2014 Aug 29]. Available from: http://www.littre.org/definition/responsable

15. Littré - répondre - définition, citations, étymologie [Internet]. [cited 2014 Aug 29]. Available from: http://www.littre.org/definition/r%C3%A9pondre

16. Bonilla J, Cordevant MA, Esteve F i B. Critique d'une philosophie de la responsabilité. Les C@hiers de Psychologie politique [Internet]. 2003 décembre [cited 2014 Jul 12];(4). Available from: http://a.dorna.free.fr/CadresIntro.htm

17. Aristote, Bodéüs R. Éthique à Nicomaque. [Paris]: Flammarion; 2004.

18. Laingui A. La Responsibilité pénale dans l'ancien droit: XVIe-XVIIIe siècle. Paris: Librairie générale de droit et de jurisprudence, 1970; 1970.

19. Descartes R, Beyssade JM, Beyssade M. Méditations métaphysiques. Paris: GF-Flammarion; 1992.

20. Spinoza B de, Caillois R. L'Ethique. Paris: Gallimard; 1993.

21. France, Mayaud Y, Gayet C. Code pénal. Paris: Dalloz; 2012.

22. Guignard L. L'irresponsabilité pénale dans la première moitié du XIXe siècle, entre classicisme et défense sociale. Champ PénalPenal Field [Internet]. 2005 Jul 17 [cited 2014 Sep 3]; Available from: http://champpenal.revues.org/368

23. Dorsner-Dolivet A. La responsabilité du médecin. Paris: Economica; 2006. 471 p.

24. ROUGE-MAILLART C. LA RESPONSABILITE MEDICALE [Internet]. Documents de Médecine Légale. [cited 2014 Aug 9]. Available from: http://medecinelegale.wordpress.com/2010/11/20/la-responsabilite-medicale/

25. Littré E. Serment d'Hippocrate. Oeuvres Complètes d'Hippocrate. Paris: Jean-Baptiste Baillière; 1844. p. 629–33.

26. Hoerni B. Bulletin de l'Odre des Médecins. 1996;(4).

27. Molière, Bouvet A. Le malade imaginaire: comédie-ballet. Paris: Bordas; 1984.

28. Mélennec L, Mémeteau G, Mélennec L. Le Contrat médical, la responsabilité civile du médecin. Paris: Maloine; 1982.

29. Portes L. A la recherche d'une éthique médicale. Masson. Paris; 1964.

30. Pansier F-J. Le médecin, le patient et le droit. Rennes: Ecole nationale de la santé publique; 1999. 223 p.

31. Conseil-régional chambre disciplinaire premiere instance [Internet]. [cited 2014 Sep 5]. Available from: http://ordre-medecins-aquitaine.org/page.php?nom=conseil-regional-chambre-disciplinaire-premiere-instance

32. CNRS DR15 - La responsabilité de l'Administration et de ses agents [Internet]. [cited 2014 Sep 3]. Available from: http://www.cnrs.fr/aquitaine/spip.php?article724

33. Le système de santé américain [Internet]. LostinSF. [cited 2014 Aug 30]. Available from: http://lostinsf.com/le-systeme-de-sant%C3%A9-am%C3%A9ricain

34. Centre éducation USA, Commission franco-américaine d'échanges, universitaires et culturels. Les études de médecine aux Etats-Unis [Internet]. 2013 [cited 2014 Aug 30]. Available from: http://www.fulbright-france.org/docs/2013170316_MEDECINS2013.pdf

35. Board certification [Internet]. Wikipedia, the free encyclopedia. 2014 [cited 2014 Aug 30]. Available from: http://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Board_certification&oldid=616812374

36. Laude A. La judiciarisation en France, sur la trace des États-Unis ? Trib Santé. 2010 Apr 16;26(1):49–59.

37. Bal BS. An Introduction to Medical Malpractice in the United States. Clin Orthop. 2009 Feb;467(2):339–47.

38. White GE. Tort law in America: an intellectual history. Expanded ed. Oxford ; New York: Oxford University Press; 2003. 395 p.

39. Ash P. Malpractice in child and adolescent psychiatry. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2002 Oct;11(4):869–85.

40. Richards EP. Medical care law. Gaithersburg, Md: Aspen Publishers; 1999. 520 p.

41. Gittler GJ, Goldstein EJ. The elements of medical malpractice: an overview. Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am. 1996 Nov;23(5):1152–5.

42. Fisher TL. Medical malpractice in the United States: a review. Can Med Assoc J. 1974 Jan 5;110(1):102–3.

43. Bovbjerg RR. Malpractice crisis and reform. Clin Perinatol. 2005 Mar;32(1):203–33, viii – ix.

44. Hicks TC. William H. Harridge lecture: The medical malpractice crisis in surgery. Am J Surg. 2008 Mar;195(3):288–91.

45. Guirguis-Blake J, Fryer GE, Phillips RL, Szabat R, Green LA. The US Medical Liability System: evidence for legislative reform. Ann Fam Med. 2006 Jun;4(3):240–6.

46. Havighurst CC. Private reform of tort-law dogma: market opportunities and legal obstacles. Law Contemp Probl. 1986;49(2):143–72.

47. Johnson KB, Phillips CG, Orentlicher D, Hatlie MS. A fault-based administrative alternative for resolving medical malpractice claims. Spec Law Dig Health Care (Mon). 1990 Dec;(142):7–48.

48. Helmlinger L, Martin D. La judiciarisation de la médecine, mythe et réalité. Trib Santé. 2004 Dec 1;5(4):39–46.

49. Thouvenin D. La Responsabilité médicale: analyse des données statistiques disponibles et des arrêts rendus par la Cour de cassation et le Conseil d'Etat de 1984 à 1992. Paris: Flammarion Médecine-Sciences; 1995.

50. Bertella-Geoffroy M-O. Numéro spécial "Droit et santé." Gaz Palais. 2007;

51. Martin D, Helmlinger L. La judiciarisation de la médecine, mythe et réalité. Sève- Trib Santé. 2004;44.

52. SHAM. Sham - Nos ouvrages Panorama du risque de l'année 2013, édition 2014 [Internet]. [cited 2015 May 8]. Available from: http://www.sham.fr/Comprendre-les-enjeux-de-notre-metier/Nos-ouvrages

53. Durand E. RC médicale : devant la justice, plus de la moitié des établissements de santé sont jugés responsables [Internet]. 2013. Available from: www.argusdelassurance.com

54. SICOT C, =Groupe des assurances mutuelles médicales. Paris. FRA. Rapport du Conseil médical du GAMM sur l'exercice 1997. Assemblée générale du Sou médical du 12 juin 1998. I - Responsabilité civile et professionnelle. CONCOURS Med. 1998 Sep 19;120(30):2053–65.

55. Mémeteau G. Cours de droit médical. Bordeaux: Les Études Hospitalières; 2003.

56. MACSF Le Sou Médical. Panorama des risques professionnels en santé édition 2014 [Internet]. 2014 Oct. Available from: http://www.risque-medical.fr/img/Panorama_des_risques_pro_en_sante_2013.pdf

57. MACSF Le Sou Médical. Panorama des risques professionnels en santé édition 2013 [Internet]. La Défense; 2013 p. 154. Available from: http://www.risque-medical.fr/img/rapport_2012.pdf

58. MACSF Le Sou Médical. Panorama des risques professionnels en santé édition 2012 [Internet]. 2012. Available from: http://www.risque-medical.fr/img/rapport_2011.pdf

59. LAMBLOT. Décisions de justice : Décisions de justice - MACSF année 2014 [Internet]. [cited 2015 May 7]. Available from: http://www.risque-medical.fr/decisions-justice/rapport-2013/decisions-justice-13

60. COURGEON B. Décisions de justice : Chiffres clés - MACSF année 2012 [Internet]. [cited 2014 Jul 22]. Available from: http://www.risque-medical.fr/decisions-justice/rapport-2012/chiffres-cles-12

61. COURGEON B. Décisions de justice : Décision civiles 1/2 - MACSF [Internet]. [cited 2014 Jul 22]. Available from: http://www.risque-medical.fr/decisions-justice/rapport-2012/decision-civiles-1-2-9

62. Décisions de justice : Décisions civiles 2/2 - MACSF [Internet]. [cited 2015 May 7]. Available from: http://www.risque-medical.fr/decisions-justice/rapport-2013/decisions-civiles-2-2-18

63. Décisions de justice : Décisions civiles 1/2 - MACSF [Internet]. [cited 2015 May 7]. Available from: http://www.risque-medical.fr/decisions-justice/rapport-2013/decisions-civiles-1-2-17

64. Décisions de justice : Décision civiles 2/2 - MACSF [Internet]. [cited 2014 Jul 22]. Available from: http://www.risque-medical.fr/decisions-justice/rapport-2012/decision-civiles-2-2-11

65. COURGEON B. Décisions de justice : Décisions pénales - MACSF [Internet]. [cited 2014 Jul 18]. Available from: http://www.risque-medical.fr/decisions-justice/rapport-2011/decisions-penales-4

66. Décisions de justice : Décision pénales - MACSF [Internet]. [cited 2015 May 7]. Available from: http://www.risque-medical.fr/decisions-justice/rapport-2013/decision-penales-14

67. COURGEON B. Décisions de justice : L'analyse - MACSF [Internet]. [cited 2014 Jul 22]. Available from: http://www.risque-medical.fr/decisions-justice/rapport-2012/analyse-6

68. Décisions de justice : Décisions de condamnation - MACSF [Internet]. [cited 2015 May 7]. Available from: http://www.risque-medical.fr/decisions-justice/rapport-2013/decisions-condamnation-15

69. Cour de Cassation, Chambre criminelle, du 19 septembre 2000, 99-81.067, Inédit [Internet]. [cited 2015 May 14]. Available from: http://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?oldAction=rechJuriJudi&idTexte=JURITEXT000007585374&fastReqId=1048432384&fastPos=1

70. COURGEON B. Décisions de justice : Avis CCI 2012 - MACSF [Internet]. [cited 2014 Jul 23]. Available from: http://www.risque-medical.fr/decisions-justice/rapport-2012/avis-cci-2012-10

71. Décisions de justice : Avis CCI 2013 - MACSF [Internet]. [cited 2015 May 8]. Available from: http://www.risque-medical.fr/decisions-justice/rapport-2013/avis-cci-2013-20

72. Jena AB, Seabury S, Lakdawalla D, Chandra A. Malpractice risk according to physician specialty. N Engl J Med. 2011 Aug 18;365(7):629–36.

73. Upadhyay A, York S, Macaulay W, McGrory B, Robbennolt J, Bal BS. Medical malpractice in hip and knee arthroplasty. J Arthroplasty. 2007 Sep;22(6 Suppl 2):2–7.

74. Le Breton-Lerouvillois G, Romestaing P. Atlas de la démographie médicale en France,Situation au 1er janvier 2012 - Tome II [Internet]. Conseil national de l'ordre des médecins; 2012 p. 220–1. Available from: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas2012_tome2.pdf

75. Le Breton-Lerouvillois G, Romestaing P. Atlas de la démographie médicale en France,Situation au 1er janvier 2011 [Internet]. Conseil national de l'ordre des médecins; 2011. Available from: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas2011.pdf

76. Le Breton-Lerouvillois G, Romestaing P. Atlas de la démographie médicale en France,Situation au 1er janvier 2013 [Internet]. Conseil national de l'ordre des médecins; 2013. Available from: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_2013.pdf

77. Psychiatrie - MACSF sinistres déclarés en 2012 pour la spécialité psychiatrie [Internet]. [cited 2014 Jul 22]. Available from: http://www.risque-medical.fr/responsabilite-civile/2012/psychiatrie-406

78. Psychiatrie - MACSF sinistres déclarés en 2011 pour la spécialité psychiatrie [Internet]. [cited 2014 Jul 18]. Available from: http://www.risque-medical.fr/responsabilite-civile/2011/psychiatrie-406

79. Jurisprudence 1.0 [Internet]. [cited 2015 Mar 9]. Available from: http://www.jurisprudence.ordre.medecin.fr/jurisprudence/index.html

80. Menninger WW. The impact of litigation and court decisions on clinical practice. Bull Menninger Clin. 1989 May;53(3):203–14.

81. American College of Legal Medicine, editor. The medical malpractice survival handbook. Philadelphia, PA: Mosby/Elsevier; 2007. 531 p.

82. Slawson PF. Psychiatric malpractice: a regional incidence study. Am J Psychiatry. 1970 Mar;126(9):1302–5.

83. Morlock LL, Malitz FE, Frank RG. Psychiatric malpractice claims in Maryland. Int J Law Psychiatry. 1991;14(4):331–46.

84. Physician Insurers Association of America. A risk management review of malpractice claims: Psychiatry. Physician Insurers Association of America, Rockville (MD); 2001.

85. Slawson PF, Guggenheim FG. Psychiatric malpractice: a review of the national loss experience. Am J Psychiatry. 1984 Aug;141(8):979–81.

86. Reich J, Schatzberg A. An empirical data comparison of regulatory agency and malpractice legal problems for psychiatrists. Ann Clin Psychiatry Off J Am Acad Clin Psychiatr. 2014 May;26(2):91–6.

87. State Medical Boards Fail to Discipline Doctors With Hospital Actions Against Them [Internet]. [cited 2015 Mar 25]. Available from: http://www.citizen.org/hrg1937

88. Reich JH, Maldonado J. Empirical findings on legal difficulties among practicing psychiatrists. Ann Clin Psychiatry Off J Am Acad Clin Psychiatr. 2011 Nov;23(4):297–307.

89. Morrison J, Wickersham P. Physicians disciplined by a state medical board. JAMA J Am Med Assoc. 1998 Jun 17;279(23):1889–93.

90. Morrison J, Morrison T. Psychiatrists Disciplined by a State Medical Board. Am J Psychiatry. 2001 Mar 1;158(3):474–8.

91. Clay SW, Conatser RR. Characteristics of physicians disciplined by the State Medical Board of Ohio. J Am Osteopath Assoc. 2003 Feb;103(2):81–8.

92. Kohatsu ND, Gould D, Ross LK, Fox PJ. Characteristics associated with physician discipline: a case-control study. Arch Intern Med. 2004 Mar 22;164(6):653–8.

93. Khaliq AA, Dimassi H, Huang C-Y, Narine L, Smego RA. Disciplinary action against physicians: who is likely to get disciplined? Am J Med. 2005 Jul;118(7):773–7.

94. Cardarelli R, Licciardone JC. Factors associated with high-severity disciplinary action by a state medical board: a Texas study of medical license revocation. J Am Osteopath Assoc. 2006 Mar;106(3):153–6.

95. Nanton AG, Mankad MM, Brown CL. Physician impairment across specialties. Poster presented at: 37th Annual Meeting of the American Academy of Psychiatry and the Law; October 26-29, 2006; Chicago, IL.

96. Donaldson LJ. Doctors with problems in an NHS workforce. BMJ. 1994 May 14;308(6939):1277–82.

97. Slawson PF. Psychiatric malpractice: recent clinical loss experience in the United States. Med Law. 1991;10(2):129–38.

98. Meyer DJ. Psychiatry malpractice and administrative inquiries of alleged physician misconduct. Psychiatr Clin North Am. 2006 Sep;29(3):615–28.

99. Taragin MI, Wilczek AP, Karns ME, Trout R, Carson JL. Physician demographics and the risk of medical malpractice. Am J Med. 1992 Nov;93(5):537–42.

100. Schwartz WB, Mendelson DN. Physicians who have lost their malpractice insurance. Their demographic characteristics and the surplus-lines companies that insure them. JAMA J Am Med Assoc. 1989 Sep 8;262(10):1335–41.

101. Physician Insurers Association of America. Risk management review, psychiatry. Rockville, MD: Physician Insurers Association of America. 2006.

102. Brennan TA, Sox CM, Burstin HR. Relation between negligent adverse events and the outcomes of medical-malpractice litigation. N Engl J Med. 1996 Dec 26;335(26):1963–7.

103. Slawson P. Psychiatric malpractice: the low frequency risks. Med Law. 1993;12(6-8):673–80.

104. US Department of Human Services Health Resources and Services Administration. National Practitioner Data Bank 2006 Annual Report. [Internet]. Available from: http://www.npdb.hrsa.gov/resources/reports/2006NPDBAnnualReport.pdf

105. Santiago-Sáez A, Perea-Pérez B, Albarrán-Juan ME, Labajo-González E, Reneses-Prieto B. [Analysis of judicial sentences against psychiatrists dictated by appellate courts in Spain between 1992 and 2007]. Actas Esp Psiquiatr. 2011 Dec;39(6):393–400.

106. Torre D. El seguro de responsabilidad civil. En: Actas del XII Encuentro de Responsabilidad Sanitaria. Madrid: Unidad Editorial, 2008.

107. Alam A, Kurdyak P, Klemensberg J, Griesman J, Bell CM. The characteristics of psychiatrists disciplined by professional colleges in Canada. PloS One. 2012;7(11):e50558.

108. Pontell HN, Jesilow P, Geis G, O'Brien MJ. A demographic portrait of physicians sanctioned by the federal government for fraud and abuse against Medicare and Medicaid. Med Care. 1985 Aug;23(8):1028–31.

109. Gallegos KV, Lubin BH, Bowers C, Blevins JW, Talbott GD, Wilson PO. Relapse and recovery: five to ten year follow-up study of chemically dependent physicians--the Georgia experience. Md Med J Baltim Md 1985. 1992 Apr;41(4):315–9.

110. Bissell L, Skorina JK. One hundred alcoholic women in medicine. An interview study. JAMA. 1987 Jun 5;257(21):2939–44.

111. Gabbard GO, Crisp-Han H. Teaching professional boundaries to psychiatric residents. Acad Psychiatry J Am Assoc Dir Psychiatr Resid Train Assoc Acad Psychiatry. 2010 Oct;34(5):369–72.

112. Association Canadian Psychiatry (2011) Sexual Relationships with Patients: Position Paper. Available: http://publications.cpa-apc.org/browse/documents/69.

113. Jarrett P, Milavic G, Roy A (2007) Vulnerable patients, safe doctors. Royal College of Psychiatrists. Available: www.rcpsych.ac.uk/files/pdfversion/CR146x.pdf.

114. Plakun EM. Sexual misconduct and enactment. J Psychother Pract Res. 1999;8(4):284–91.

115. Dehlendorf CE, Wolfe SM. Physicians disciplined for sex-related offenses. JAMA. 1998 Jun 17;279(23):1883–8.

116. Enbom JA, Thomas CD. Evaluation of sexual misconduct complaints: the Oregon Board of Medical Examiners, 1991 to 1995. Am J Obstet Gynecol. 1997 Jun;176(6):1340–6; discussion 1346–8.

117. Goodwin J, Bemmann K, Zwieg J. Physician sexual exploitation: Wisconsin in the 1980s. J Am Med Womens Assoc 1972. 1994 Feb;49(1):19–23.

118. Wunsch MJ, Knisely JS, Cropsey KL, Campbell ED, Schnoll SH. Women physicians and addiction. J Addict Dis. 2007;26(2):35–43.

119. Smith AR, Witte TK, Teale NE, King SL, Bender TW, Joiner TE. Revisiting Impulsivity in Suicide. Behav Sci Law. 2008;26(6):779–97.

120. Simon RI. Suicide risk assessment: what is the standard of care? J Am Acad Psychiatry Law. 2002;30(3):340–4.

121. Bongar BM. Risk management with suicidal patients. New York: Guilford Press; 1998.

122. Berman AL. Case consultation. Malpractice. Suicide Life Threat Behav. 1989;19(4):395–402.

123. Lake P, Tribbensee N. The emerging crisis of college student suicide: Law and policy responses to serious forms of self-inflicted injury. Stetson Law Review. 2002;32:125–157.

124. Bleich A, Baruch Y, Hirschmann S, Lubin G, Melamed Y, Zemishlany Z, et al. Management of the suicidal patient in the era of defensive medicine: focus on suicide risk assessment and boundaries of responsibility. Isr Med Assoc J IMAJ. 2011 Nov;13(11):653–6.

125. Fischhoff B. Hindsight not equal to foresight: the effect of outcome knowledge on judgment under uncertainty. 1975. Qual Saf Health Care. 2003 Aug;12(4):304–11; discussion 311–2.

126. Henriksen K, Kaplan H. Hindsight bias, outcome knowledge and adaptive learning. Qual Saf Health Care. 2003 Dec;12 Suppl 2:ii46–50.

127. Ronquillo L, Minassian A, Vilke GM, Wilson MP. Literature-based recommendations for suicide assessment in the emergency department: a review. J Emerg Med. 2012 Nov;43(5):836–42.

128. Bostwick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a reexamination. Am J Psychiatry. 2000 Dec;157(12):1925–32.

129. Daniel AE, Fleming J. Suicides in a State Correctional System, 1992-2002: A Review. J Correct Health Care. 2006 Jan 1;12(1):24–35.

130. Isometsä ET, Heikkinen ME, Marttunen MJ, Henriksson MM, Aro HM, Lönnqvist JK. The last appointment before suicide: is suicide intent communicated? Am J Psychiatry. 1995 Jun;152(6):919–22.

131. L'appréciation de la faute de surveillance lors du suicide d'un patient en chambre d'isolement - BNDS [Internet]. [cited 2014 Jun 20]. Available from: http://www.bnds.fr.ezproxy.u-bordeaux2.fr/?action=consultationhtml&contenu=4333

132. Cour Administrative d'Appel de Nantes, 3ème Chambre, 12/04/2012, 10NT01896, Inédit au recueil Lebon [Internet]. [cited 2015 Mar 20]. Available from: http://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?idTexte=CETATEXT000025704413

133. Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 21 juin 2005, 03-18.779, Publié au bulletin [Internet]. [cited 2015 Mar 20]. Available from: http://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT000007051554

134. Responsabilité médicale - BNDS - Revue générale de droit médical n° 17 [Internet]. [cited 2015 Mar 20]. Available from: http://www.bnds.fr.docelec.u-bordeaux.fr/revue/rgdm/rgdm-17/responsabilite-medicale-2557.html#

135. Packman WL, Pennuto TO, Bongar B, Orthwein J. Legal issues of professional negligence in suicide cases. Behav Sci Law. 2004;22(5):697–713.

136. Blanchard J. University tort liability and student suicide: Case review and implications for practice. Journal of Law and Education 2007;36:461–477.

137. Joffe P. An empirically supported program to prevent suicide in a college student population. Suicide Life Threat Behav. 2008 Feb;38(1):87–103.

138. Mumola CJ. Medical causes of death in state prisons, 2001-2004 US Department of Justice 2007.

139. Shaw J, Baker D, Hunt IM, Moloney A, Appleby L. Suicide by prisoners. National clinical survey. Br J Psychiatry J Ment Sci. 2004 Mar;184:263–7.

140. Liebling A. Suicide Amongst Women Prisoners. Howard J Crim Justice. 1994 Feb 1;33(1):1–9.

141. Franks GJ. The conundrum of federal jail suicide case law under Section 1983 and its double bind for jail administrators. Law and Psychology Review. 1993;17:117–133.

142. Slawson PF, Flinn DE, Schwartz DA. Legal responsibility for suicide. Psychiatr Q. 1974;48(1):50–64.

143. Alexander DA, Klein S, Gray NM, Dewar IG, Eagles JM. Suicide by patients: questionnaire study of its effect on consultant psychiatrists. BMJ. 2000 Jun 10;320(7249):1571–4.

144. Rey JM, Walter G, Giuffrida M. Australian psychiatrists today: proud of their profession but stressed and apprehensive about the future. Aust N Z J Psychiatry. 2004 Mar;38(3):105–10.

145. Ruskin R, Sakinofsky I, Bagby RM, Dickens S, Sousa G. Impact of patient suicide on psychiatrists and psychiatric trainees. Acad Psychiatry J Am Assoc Dir Psychiatr Resid Train Assoc Acad Psychiatry. 2004;28(2):104–10.

146. Terranova C, Sartore D. Suicide and psychiatrist's liability in Italian law cases. J Forensic Sci. 2013 Mar;58(2):523–6.

147. Taub S. The limits of liability for psychiatric malpractice. Leg Med. 1985;258–70.

148. Gross B. Death throes: Professional liability after client suicide. Annals of the American Psychotherapy Association. 2005;(Spring):34–35.

149. Jamison KR. Suicide and bipolar disorder. J Clin Psychiatry. 2000;61 Suppl 9:47–51.

150. APA. APA PRACTICE GUIDELINE For The Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors. 2010 [Internet]. [cited 2015 Mar 22]; Available from: http://heinonlinebackup.com/hol-cgi-bin/get_pdf.cgi?handle=hein.nccusl/nccpub03222&section=1

151. Schneider B. Substance use disorders and risk for completed suicide. Arch Suicide Res Off J Int Acad Suicide Res. 2009;13(4):303–16.

152. Simon OR, Swann AC, Powell KE, Potter LB, Kresnow MJ, O'Carroll PW. Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. Suicide Life Threat Behav. 2001;32(1 Suppl):49–59.

153. Joiner TE. Why people die by suicide. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 2005. 276p.

154. Conner KR, Meldrum S, Wieczorek WF, Duberstein PR, Welte JW. The association of irritability and impulsivity with suicidal ideation among 15- to 20-year-old males. Suicide Life Threat Behav. 2004;34(4):363–73.

155. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. Am J Psychiatry. 1999 Feb;156(2):181–9.

156. Simpson S, Stacy M. Avoiding the malpractice snare: documenting suicide risk assessment. J Psychiatr Pract. 2004 May;10(3):185–9.

157. Joiner TE, Steer RA, Brown G, Beck AT, Pettit JW, Rudd MD. Worst-point suicidal plans: a dimension of suicidality predictive of past suicide attempts and eventual death by suicide. Behav Res Ther. 2003 Dec;41(12):1469–80.

158. Garvey KA, Penn JV, Campbell AL, Esposito-Smythers C, Spirito A. Contracting for safety with patients: clinical practice and forensic implications. J Am Acad Psychiatry Law. 2009;37(3):363–70.

159. Kan C-K, Ho T-P, Dong JYS, Dunn ELW. Risk factors for suicide in the immediate post-discharge period. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2007 Mar;42(3):208–14.

160. Franchitto N, Mathur A, Franchitto L, Gavarri L, Telmon N, Rougé D. Emergency suicide care in France: the psychiatrist's liability as seen in case law. Int J Law Psychiatry. 2007 Dec;30(6):472–9.

161. Wagner KD, Pollard R, Wagner RF, Shifren MD. Medical liability claims and lawsuits filed against the University of Texas System involving adult psychiatric patients. Bull Am Acad Psychiatry Law. 1994;22(3):459–69.

162. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Phillips MR, Botega NJ, Vijayakumar L, et al. Repetition of suicide attempts: data from emergency care settings in five culturally different low- and middle-income countries participating in the WHO SUPRE-MISS Study. Crisis. 2010;31(4):194–201.

163. Terranova C, Cardin F, Bruttocao A, Militello C. Analysis of suicide in the elderly in Italy. Risk factors and prevention of suicidal behavior. Aging Clin Exp Res. 2012 Jun;24(3 Suppl):20–3.

164. Leon AC. The revised warning for antidepressants and suicidality: unveiling the black box of statistical analyses. Am J Psychiatry. 2007 Dec;164(12):1786–9.

165. Masi G, Liboni F, Brovedani P. Pharmacotherapy of major depressive disorder in adolescents. Expert Opin Pharmacother. 2010 Feb;11(3):375–86.

166. Schneeweiss S, Patrick AR, Solomon DH, Mehta J, Dormuth C, Miller M, et al. Variation in the risk of suicide attempts and completed suicides by antidepressant agent in adults: a propensity score-adjusted analysis of 9 years' data. Arch Gen Psychiatry. 2010 May;67(5):497–506.

167. Florentine JB, Crane C. Suicide prevention by limiting access to methods: a review of theory and practice. Soc Sci Med 1982. 2010 May;70(10):1626–32.

168. Meehan J, Kapur N, Hunt IM, Turnbull P, Robinson J, Bickley H, et al. Suicide in mental health in-patients and within 3 months of discharge. National clinical survey. Br J Psychiatry J Ment Sci. 2006 Feb;188:129–34.

169. Simon RI. Therapist-patient sex. From boundary violations to sexual misconduct. Psychiatr Clin North Am. 1999 Mar;22(1):31–47.

170. Simon RI. Treatment boundary violations: clinical, ethical, and legal considerations. Bull Am Acad Psychiatry Law. 1992;20(3):269–88.

171. Gutheil TG, Gabbard GO. Misuses and misunderstandings of boundary theory in clinical and regulatory settings. Am J Psychiatry. 1998 Mar;155(3):409–14.

172. Simon RI. Transference in therapist-patient sex: The illusion of patient improvement and consent: II. Psychiatr Ann. 1994;24(11):561–5.

173. Gutheil TG, Gabbard GO. The concept of boundaries in clinical practice: theoretical and risk-management dimensions. Am J Psychiatry. 1993 Feb;150(2):188–96.

174. Gartrell N, Herman J, Olarte S, Feldstein M, Localio R. Psychiatrist-patient sexual contact: results of a national survey. I: Prevalence. Am J Psychiatry. 1986 Sep;143(9):1126–31.

175. Pope KS, Keith-Spiegel P, Tabachnick BG. Sexual attraction to clients. The human therapist and the (sometimes) inhuman training system. Am Psychol. 1986 Feb;41(2):147–58.

176. Simon RI. Bad Men Do What Good Men Dream: A Forensic Psychiatrist Illuminates the Darker Side of Human Behavior. American Psychiatric Pub; 2009. 340 p.

177. Appelbaum PS. Statutes regulating patient-therapist sex. Hosp Community Psychiatry. 1990 Jan;41(1):15–6.

178. Stone EM. American psychiatric glossary. 6th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Press; 1988. 143 p.

179. Winnicott D Hate in the countertransference. Int J Psychoanal 30:69-75, 1949.

180. Gutheil TG. Borderline personality disorder, boundary violations, and patient-therapist sex: medicolegal pitfalls. Am J Psychiatry. 1989 May;146(5):597–602.

181. Smith S. The golden fantasy: a regressive reaction to separation anxiety. Int J Psychoanal. 1977;58(3):311–24.

182. Gabbard GO. On love and lust in erotic transference. J Am Psychoanal Assoc. 1994;42(2):385–403.

183. Vaillant GE, Sobowale NC, McArthur C. Some psychologic vulnerabilities of physicians. N Engl J Med. 1972 Aug 24;287(8):372–5.

184. Gabbard GO. Sexual Exploitation in Professional Relationships. American Psychiatric Pub; 1989. 282 p.

185. Simon RI. Psychological injury caused by boundary violation precursors to therapist-patient sex. Psychiatr Ann. 1991;21(10):614–9.

186. Norris DM, Gutheil TG, Strasburger LH. This couldn't happen to me: boundary problems and sexual misconduct in the psychotherapy relationship. Psychiatr Serv Wash DC. 2003 Apr;54(4):517–22.

187. Garfinkel PE, Bagby RM, Waring EM, Dorian B. Boundary violations and personality traits among psychiatrists. Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr. 1997 Sep;42(7):758–63.

188. Twemlow SW, Gabbard GO (1989) The lovesick therapist, in Sexual Exploitation in Professional Relationships. Washington: American Psychiatric Press, 71–87.

189. Gabbard GO. Psychotherapists who transgress sexual boundaries with patients. Bull Menninger Clin. 1994;58(1):124–35.

190. Schoener GR. Assessment of professionals who have engaged in boundary violations. Psychiatr Ann. 1995;25(2):95–9.

191. Abel GG, Osbom CA, Warberg B: Cognitive-behavioral treatment for professional sexual misconduct. Psychiatr Ann 25106-112,1995.

192. Frick DE, McCartney CF, Lazarus JA. Supervision of sexually exploitative psychiatrists: APA district branch experience. Psychiatr Ann. 1995;25(2):113–7.

193. Gutheil TG, Simon RI. Between the chair and the door: boundary issues in the therapeutic "transition zone." Harv Rev Psychiatry. 1995 Apr;2(6):336–40.

194. Epstein RS, Simon RI. The Exploitation Index: an early warning indicator of boundary violations in psychotherapy. Bull Menninger Clin. 1990;54(4):450–65.

195. Epstein RS, Simon RI, Kay GG. Assessing boundary violations in psychotherapy: survey results with the Exploitation Index. Bull Menninger Clin. 1992;56(2):150–66.

196. APA – Principles of Medical Ethics With Annotations Especially Applicable to Psychiatry | Forensic Psychiatric Associates Medical Corporation | Forensic Psychiatry, Forensic Psychology, Mass Torts, Multi-Plaintiff Lawsuits [Internet]. [cited 2015 Mar 28]. Available from: http://www.fpamed.com/principles-of-medical-ethics-with-annotations-especially-applicable-to-psychiatry/

197. Rosner R. Principles and Practice of Forensic Psychiatry, 2Ed. CRC Press; 2003. 929 p.

198. Conseil d'Etat, Section, du 31 décembre 1976, 97517, publié au recueil Lebon [Internet]. [cited 2015 Apr 18]. Available from: http://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?oldAction=rechJuriAdmin&idTexte=CETATEXT000007653518&fastReqId=255704271&fastPos=7

199. Conseil d'Etat, 3 / 5 SSR, du 12 octobre 1983, 37768 37769 37770, mentionné aux tables du recueil Lebon [Internet]. [cited 2015 Apr 18]. Available from: http://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?oldAction=rechJuriAdmin&idTexte=CETATEXT000007715042&fastReqId=1872598749&fastPos=7

200. Conseil d'Etat, Section, du 13 juillet 1967, 65735, publié au recueil Lebon [Internet]. [cited 2015 May 14]. Available from: http://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?oldAction=rechExpJuriAdmin&idTexte=CETATEXT000007639115&fastReqId=1650747892&fastPos=1

201. Conseil d'Etat, 5 / 3 SSR, du 13 mai 1987, 49199, publié au recueil Lebon [Internet]. [cited 2015 May 14]. Available from: http://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?oldAction=rechExpJuriAdmin&idTexte=CETATEXT000007731516&fastReqId=1035144464&fastPos=1

202. Conseil d'Etat, Section, du 30 juin 1978, 99514 01582, publié au recueil Lebon [Internet]. [cited 2015 Apr 18]. Available from: http://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?oldAction=rechJuriAdmin&idTexte=CETATEXT000007652711&fastReqId=1901949916&fastPos=14

203. Conseil d'Etat, 5 / 3 SSR, du 12 mai 1972, 80283, publié au recueil Lebon [Internet]. [cited 2015 May 14]. Available from: http://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?oldAction=rechExpJuriAdmin&idTexte=CETATEXT000007642764&fastReqId=9535225&fastPos=2

204. Conseil d'Etat, 5 / 3 SSR, du 23 juin 1986, 62339, mentionné aux tables du recueil Lebon [Internet]. [cited 2015 May 14]. Available from: http://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?oldAction=rechExpJuriAdmin&idTexte=CETATEXT000007713075&fastReqId=1251896202&fastPos=1

205. Conseil d'Etat, 1 / 4 SSR, du 21 février 1990, 63293, inédit au recueil Lebon [Internet]. [cited 2015 May 14]. Available from: http://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do;jsessionid=BA03F1AEBD751DA3E0570FFADE7AF259.tpdjo11v_3?oldAction=rechExpJuriAdmin&idTexte=CETATEXT000007756461&fastReqId=243983217&fastPos=10

206. Conseil d'Etat, 3 / 5 SSR, du 15 décembre 1976, 00847, mentionné aux tables du recueil Lebon [Internet]. [cited 2015 May 14]. Available from: http://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?oldAction=rechExpJuriAdmin&idTexte=CETATEXT000007652084&fastReqId=602489708&fastPos=1

207. Conseil d'Etat, 3 / 6 SSR, du 18 décembre 1970, 75204, mentionné aux tables du recueil Lebon [Internet]. [cited 2015 May 14]. Available from: http://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?oldAction=rechExpJuriAdmin&idTexte=CETATEXT000007641210&fastReqId=437836819&fastPos=2

208. Conseil d'Etat, 5 / 3 SSR, du 14 juin 1989, 50512, inédit au recueil Lebon [Internet]. [cited 2015 May 14]. Available from: http://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?oldAction=rechExpJuriAdmin&idTexte=CETATEXT000007753411&fastReqId=153120145&fastPos=1

209. Cour d'appel de Caen, 26 février 2008, 04/1760 [Internet]. 2008 [cited 2015 May 12]. Available from: http://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?oldAction=rechJuriJudi&idTexte=JURITEXT000018997144&fastReqId=1315171373&fastPos=2

210. Conseil d'Etat, Section, du 30 juin 1978, 98940 04985, publié au recueil Lebon [Internet]. [cited 2015 Apr 13]. Available from: http://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?oldAction=rechJuriAdmin&idTexte=CETATEXT000007652696&fastReqId=1950533950&fastPos=1

211. Soulier MF, Maislen A, Beck JC. Status of the psychiatric duty to protect, circa 2006. J Am Acad Psychiatry Law. 2010;38(4):457–73.

212. Herbert PB, Young KA. Tarasoff at twenty-five. J Am Acad Psychiatry Law. 2002;30(2):275–81.

213. Herbert PB. The duty to warn: a reconsideration and critique. J Am Acad Psychiatry Law. 2002;30(3):417–24.

214. Felthous AR. Warning a potential victim of a person's dangerousness: clinician's duty or victim's right? J Am Acad Psychiatry Law. 2006;34(3):338–48.

215. Weinstock R, Vari G, Leong GB, Silva JA. Back to the past in California: a temporary retreat to a Tarasoff duty to warn. J Am Acad Psychiatry Law. 2006;34(4):523–8.

216. Kachigian C, Felthous AR. Court responses to Tarasoff statutes. J Am Acad Psychiatry Law. 2004;32(3):263–73.

217. Mossman D. Critique of Pure Risk Assessment or, Kant Meets Tarasoff. Fac Artic Publ [Internet]. 2006 Jan 1; Available from: http://scholarship.law.uc.edu/fac_pubs/24

218. Geske M. Statutes Limiting Mental Health Professional's Liability for the Violent Acts of Their Patients. 64 Indiana Law J 391 1989 [Internet]. 1989 Apr 1;64(2). Available from: http://www.repository.law.indiana.edu/ilj/vol64/iss2/7

219. Walcott DM, Cerundolo P, Beck JC. Current analysis of the Tarasoff duty: an evolution towards the limitation of the duty to protect. Behav Sci Law. 2001;19(3):325–43.

220. Smith GF. Ewing v. Goldstein and the Therapist's Duty to Warn in California. Gold Gate Univ Law Rev. 2006;36:293.

221. Stone AA. The Tarasoff decisions: suing psychotherapists to safeguard society. Harv Law Rev. 1976 Dec;90(2):358–78.

222. Stone AA. Law, psychiatry, and morality: essays and analysis. Washington, D.C: American Psychiatric Press; 1984. 277 p.

223. Appelbaum PS. Almost a revolution: mental health law and the limits of change. New York: Oxford University Press; 1994. 233 p.

224. EMERICH v. PHILADELPHIA CENTER FOR HUMAN DEVELOPMENT INC [Internet]. Findlaw. [cited 2015 Apr 12]. Available from: http://caselaw.findlaw.com/pa-supreme-court/1309805.html

225. Bellamy WA. Malpractice risks confronting the psychiatrist: a nationwide fifteen-year study of appellate court cases, 1946 to 1961. Am J Psychiatry. 1962 Mar;118:769–80.

226. Slawson PF. Psychiatric malpractice: the California experience. Am J Psychiatry. 1979 May;136(5):650–4.

227. Physician Insurers Association of America. A risk management review of malpractice claims: child psychiatry dataset. Physician Insurers Association of America, Rockville (MD); 2001.

228. Wagner KD, Pollard R, Wagner RF. Malpractice litigation against child and adolescent psychiatry residency programs, 1981-1991. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1993 Mar;32(2):462–5.

229. Schetky DH, Cavanaugh JL. Psychiatric malpractice. J Am Acad Child Psychiatry. 1982 Sep;21(5):521–6.

230. Hollabaugh ES, Wagner RF, Weedn VW, Smith EB. Patient personal injury litigation against dermatology residency programs in the United States, 1964-1988. Implications for future risk-management programs in dermatology and dermatologic surgery. Arch Dermatol. 1990 May;126(5):618–22.

231. Slawson P. Psychiatric malpractice: ten years' loss experience. Med Law. 1989;8(4):415–27.

232. Rappeport J.R.: Malpractice prevention. Presented at Spring Grove State Hospital Center. Catonsville, MD, May 1984.

233. Blumer JL. Off-label uses of drugs in children. Pediatrics. 1999 Sep;104(3 Pt 2):598–602.

234. McIntyre J, Conroy S, Avery A, Corns H, Choonara I. Unlicensed and off label prescribing of drugs in general practice. Arch Dis Child. 2000 Dec;83(6):498–501.

235. Zito JM, Safer DJ, dosReis S, Gardner JF, Boles M, Lynch F. Trends in the prescribing of psychotropic medications to preschoolers. JAMA. 2000 Feb 23;283(8):1025–30.

236. Bross DC, Michaels LF, editors. Foundations of child advocacy: legal representation of the maltreated child. Longmont, Colo: Bookmakers Guild; 1987. 264 p.

237. Scheflin AW, Spiegel D. From courtroom to couch. Working with repressed memory and avoiding lawsuits. Psychiatr Clin North Am. 1998 Dec;21(4):847–67, vii.

238. Slovenko R. Malpractice in psychotherapy. An overview. Psychiatr Clin North Am. 1999 Mar;22(1):1–15, v.

239. Jorgenson L, Appelbaum PS. For whom the statute tolls: extending the time during which patients can sue. Hosp Community Psychiatry. 1991 Jul;42(7):683–4.

240. Robinson GO. The medical malpractice crisis of the 1970's: a retrospective. Law Contemp Probl. 1986;49(2):5–35.

241. Sage WM. The Forgotten Third: Liability Insurance And The Medical Malpractice Crisis. Health Aff (Millwood). 2004 Jul 1;23(4):10–21.

242. Danzon PM. The "crisis" in medical malpractice: a comparison of trends in the United States, Canada, the United Kingdom and Australia. Law Med Health Care Publ Am Soc Law Med. 1990 Spring-Summer;18(1-2):48–58.

243. Rosser WW. Threat of litigation. How does it affect family practice? Can Fam Physician Médecin Fam Can. 1994 Apr;40:645–8, 655–8.

244. Page L. Are soaring US malpractice rates just a memory now? BMJ. 2015 Jan 27;350:h394.

245. Mello MM, Studdert DM, Kachalia A. The medical liability climate and prospects for reform. JAMA. 2014 Nov 26;312(20):2146–55.

246. Oblinger WL. The malpractice suit and you. Ill Med J. 1958 Dec;114(6):267–70.

247. Pownall KF. Malpractice--it only happens to someone else. Compend Contin Educ Dent. 1984 Jun;5(6):504–11.

248. End your malpractice problems--work for the government. Leg Aspects Med Pract. 1978 Apr;6(4):34–5.

249. Tillis BP. Editorial: Defensive practice--an antidote to malpractice. N Y State Dent J. 1976 Jan;42(1):4–5.

250. Miller JB. Defensive dentistry. Your Okla Dent Assoc J. 1976 Jul;67(1):9–10.

251. Kobayashi S. [Defensive practice in clinical dentistry]. Nihon Shika Ishikai Zasshi. 1980;33(4):360–6.

252. McQuade JS. The Medical Malpractice Crisis-Reflections on the Alleged Causes and Proposed Cures: Discussion Paper. J R Soc Med. 1991 Jul 1;84(7):408–11.

253. Mullen R, Admiraal A, Trevena J. Defensive practice in mental health. N Z Med J. 2008 Nov 28;121(1286):85–91.

254. Tellefsen C. Commentary: lawyer phobia. J Am Acad Psychiatry Law. 2009;37(2):162–4.

255. Summerton N. Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners. BMJ. 1995 Jan 7;310(6971):27–9.

256. Simon RI. Coping strategies for the defensive psychiatrist. Med Law. 1985;4(6):551–61.

257. Studdert DM, Mello MM, Sage WM, DesRoches CM, Peugh J, Zapert K, et al. Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. JAMA. 2005 Jun 1;293(21):2609–17.

258. Cunningham W, Dovey S. Defensive changes in medical practice and the complaints process: a qualitative study of New Zealand doctors. N Z Med J. 2006;119(1244):U2283.

259. Elmore JG, Taplin SH, Barlow WE, Cutter GR, D'Orsi CJ, Hendrick RE, et al. Does litigation influence medical practice? The influence of community radiologists' medical malpractice perceptions and experience on screening mammography. Radiology. 2005 Jul;236(1):37–46.

260. Katz DA, Williams GC, Brown RL, Aufderheide TP, Bogner M, Rahko PS, et al. Emergency physicians' fear of malpractice in evaluating patients with possible acute cardiac ischemia. Ann Emerg Med. 2005 Dec;46(6):525–33.

261. Symon A. Litigation and defensive clinical practice: quantifying the problem. Midwifery. 2000 Mar;16(1):8–14.

262. Glassman PA, Rolph JE, Petersen LP, Bradley MA, Kravitz RL. Physicians' personal malpractice experiences are not related to defensive clinical practices. J Health Polit Policy Law. 1996;21(2):219–41.

263. Dickman RL. Alternatives to defensive medicine. Hosp Med Staff. 1979 Sep;8(9):2–7.

264. McKerrow LW. Litigation and the health care professional--defensive practice is not the answer. Health Law Can. 1984;5(2):35–8.

265. Hayes LF. Defensive medicine the incorrect solution. Mich Med. 1977 May;76(14):267–8.

266. Kelley JJ. In defense of defensive medicine. Pharos Alpha Omega Alpha-Honor Med Soc Alpha Omega Alpha. 1995;58(2):45–6.

267. Anderson RE. Billions for defense: the pervasive nature of defensive medicine. Arch Intern Med. 1999 Nov 8;159(20):2399–402.

268. Fillion E, Barbot J. La « médecine défensive » : critique d'un concept à succès. Sci Soc Santé. 2006;24(2):5–33.

269. Parsons T. The social system. New Orleans, LA: Quid Pro Books; 2012.

270. Lawthers AG, Localio AR, Laird NM, Lipsitz S, Hebert L, Brennan TA. Physicians' perceptions of the risk of being sued. J Health Polit Policy Law. 1992;17(3):463–82.

271. Brodsky SL. Fear of Litigation in Mental Health Professionals. Crim Justice Behav. 1988 Dec 1;15(4):492–500.

272. Defensive medicine: Who bears the cost? Lancet. 1982 Jun 26;1(8287):1449.

273. Medical Malpractice Systems around the Globe: Examples from the US tort liability system and the Swedish no fault system. Washington, DC: World Bank. 2004 [Internet]. Available from: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2004/09/16/000090341_20040916114459/Rendered/INDEX/290110English0malpractice1systems.txt

274. Roberts B, Hoch I. Malpractice litigation and medical costs in Mississippi. Health Econ. 2007 Aug;16(8):841–59.

275. Rubin RJ, Mendelson DN. How much does defensive medicine cost? J Am Health Policy. 1994 Aug;4(4):7–15.

276. Kessler DP, Summerton N, Graham JR. Effects of the medical liability system in Australia, the UK, and the USA. Lancet. 2006 Jul 15;368(9531):240–6.

277. Medical Malpractice Implications of Rising Premiums on Access to Health Care [Internet]. Washington: United States General Accounting Office; 2003 août. Available from: http://www.gao.gov/new.items/d03836.pdf

278. Fisher TL. A malpractice suit: what should you do? Can Med Assoc J. 1966 Dec 3;95(23):1197–200.

279. Baird PM, Jacobs B. Malpractice: your day in court. Food Manage. 1981 Feb;16(2):40–3, 72, 76 passim.

280. Leitch RM. There are six basic steps to avoiding a malpractice suit. Med Econ. 1984 Mar 19;61(6):41, 45–8.

281. Garbett A. Informed consent: your shield against a malpractice suit. Physicians Manage. 1985 Apr;25(4):158–60, 163–4, 168.

282. Bryant LE. Avoiding and surviving malpractice claims. Otolaryngol Clin North Am. 1982 Nov;15(4):939–46.

283. Jacobson HL, Tucker RD. How to defend yourself in an ophthalmic malpractice suit. Arch Ophthalmol. 1985 Dec;103(12):1793–4.

284. Davidson AT, Coleman AH. Helpful hints to lessen risk of a malpractice suit. J Natl Med Assoc. 1981 Mar;73(3):281–2.

285. Mangels LS. Tips from doctors who've never been sued. Med Econ. 1991 Feb 18;68(4):56–8, 60–4.

286. Bradford EW. Don't send a patient running to a lawyer. Med Econ. 1999 May 10;76(9):202, 207.

287. Teichman PG. Documentation tips for reducing malpractice risk. Fam Pract Manag. 2000 Mar;7(3):29–33.

288. Whitmore MR. Help! I've been sued: a guide to surviving a physician's nightmare. Minn Med. 2005 Jun;88(6):40–1.

289. Zurad EG. Don't be a target for a malpractice suit. Fam Pract Manag. 2006 Jun;13(6):57–64.

290. Lichtstein DM, Materson BJ, Spicer DW. Reducing the risk of malpractice claims. Hosp Pract 1995. 1999 Jul 15;34(7):69–72, 75–6, 79.

291. Sanders PS, McBride DL. Malpractice prevention: good doctor-patient communication. Minn Med. 1998 Feb;81(2):28–30.

292. Crane M. What to say if you made a mistake. Med Econ. 2001 Aug 20;78(16):26–8, 33–6.

293. Eastaugh SR. Reducing litigation costs through better patient communication. Physician Exec. 2004 Jun;30(3):36–8.

294. Farr PO. Effective communication can reduce liability risk. Mich Med. 2006 Dec;105(6):40.

295. Wu AW. Handling hospital errors: is disclosure the best defense? Ann Intern Med. 1999 Dec 21;131(12):970–2.

296. Lamb R. Open disclosure: the only approach to medical error. Qual Saf Health Care. 2004 Feb 1;13(1):3–5.

297. Shapiro RS, Simpson DE, Lawrence SL, Talsky AM, Sobocinski KA, Schiedermayer DL. A survey of sued and nonsued physicians and suing patients. Arch Intern Med. 1989 Oct;149(10):2190–6.

298. Mozaffarieh M, Wedrich A. Malpractice in ophthalmology: guidelines for preventing pitfalls. Med Law. 2006 Jun;25(2):257–65.

299. Blendon RJ, DesRoches CM, Brodie M, Benson JM, Rosen AB, Schneider E, et al. Views of practicing physicians and the public on medical errors. N Engl J Med. 2002 Dec 12;347(24):1933–40.

300. Virshup BB, Oppenberg AA, Coleman MM. Strategic risk management: reducing malpractice claims through more effective patient-doctor communication. Am J Med Qual Off J Am Coll Med Qual. 1999 Aug;14(4):153–9.

301. Phillips RL, Bartholomew LA, Dovey SM, Fryer GE, Miyoshi TJ, Green LA. Learning from malpractice claims about negligent, adverse events in primary care in the United States. Qual Saf Health Care. 2004 Apr;13(2):121–6.

302. Berlin L. Will Saying "I'm Sorry" Prevent a Malpractice Lawsuit? AJR Am J Roentgenol. 2006 Jul;187(1):10–5.

303. Wu AW, Folkman S, McPhee SJ, Lo B. Do house officers learn from their mistakes? JAMA J Am Med Assoc. 1991 Apr 24;265(16):2089–94.

304. Vincent JL. Information in the ICU: are we being honest with our patients? The results of a European questionnaire. Intensive Care Med. 1998 Dec;24(12):1251–6.

305. Vincent C. Understanding and Responding to Adverse Events. N Engl J Med. 2003 Mar 13;348(11):1051–6.

306. Kim SYH. Evidence-based ethics for neurology and psychiatry research. NeuroRX. 2004 Jul;1(3):372–7.

307. Greenberg MA. The consequences of truth telling. JAMA J Am Med Assoc. 1991 Jul 3;266(1):66.

308. Berlinger N, Wu AW. Subtracting insult from injury: addressing cultural expectations in the disclosure of medical error. J Med Ethics. 2005 Feb;31(2):106–8.

309. Kraman SS, Hamm G. Risk management: extreme honesty may be the best policy. Ann Intern Med. 1999 Dec 21;131(12):963–7.

310. Gallagher TH, Levinson W. Disclosing harmful medical errors to patients: a time for professional action. Arch Intern Med. 2005 Sep 12;165(16):1819–24.

311. Petronio S, Torke A, Bosslet G, Isenberg S, Wocial L, Helft PR. Disclosing medical mistakes: a communication management plan for physicians. Perm J. 2013;17(2):73–9.

312. Hobgood C, Tamayo-Sarver JH, Elms A, Weiner B. Parental preferences for error disclosure, reporting, and legal action after medical error in the care of their children. Pediatrics. 2005 Dec;116(6):1276–86.

313. Mazor KM, Simon SR, Yood RA, Martinson BC, Gunter MJ, Reed GW, et al. Health plan members' views on forgiving medical errors. Am J Manag Care. 2005 Jan;11(1):49–52.

314. Baggett P. I'm sorry: apologizing for a mistake might prevent a lawsuit. Tex Med. 2005 Jan;101(1):56–9.

315. Nicole G, GARC, Government Affairs and Reimbursement Committee of the AAPA. Apologizing for adverse outcomes. JAAPA Off J Am Acad Physician Assist. 2007 Sep;20(9):47–8.

316. Cesare-Murphy M. It's important to say you're sorry. Healthcare's "shame and blame" culture deemphasizes apologies, but they are important for improving patient care and avoiding liability. Behav Healthc. 2007 Nov;27(11):38–9.

317. MacDonald N, Attaran A. Medical errors, apologies and apology laws. CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can. 2009 Jan 6;180(1):11, 13.

318. Robbennolt JK. Apologies and medical error. Clin Orthop. 2009 Feb;467(2):376–82.

319. Bismark MM. The power of apology. N Z Med J. 2009 Oct 9;122(1304):96–106.

320. Cohen ML. The power of apology. Fam Pract Manag. 2010 Feb;17(1):40.

321. Zimmerman R. Doctors' new tool to fight lawsuits: saying "I"m sorry.' Malpractice insurers find owning up to errors soothes patient anger. "The risks are extraordinary." J Okla State Med Assoc. 2004 Jun;97(6):245–7.

322. Taft L. Apology and Medical Mistake: Opportunity or Foil? Ann Health Law. 2005 Jan 1;14(1):55.

323. Robbennolt JK. Apologies and Legal Settlement: An Empirical Examination. Mich Law Rev. 2003 Dec;102(3):460.

324. Brown J, Rayne JT. Some ethical considerations in defensive psychiatry: a case study. Am J Orthopsychiatry. 1989 Oct;59(4):534–41.

325. Waltzer H. Malpractice liability in a patient's suicide. Am J Psychother. 1980 Jan;34(1):89–98.

326. Halleck SL. Malpractice in psychiatry. Psychiatr Clin North Am. 1983 Dec;6(4):567–83.

327. Gutheil TG, Bursztajn H. Ways of dealing with a malpractice hazard. Am J Psychiatry. 1988 Nov;145(11):1492–3.

328. Bourgeois M, Benezech M, Daubech MJ. [Defensive psychiatry and repressive psychiatry]. Ann Méd-Psychol. 1980 Oct;138(8):954–66.

329. Bourgeois M, Yesavage J, Benezech M, Mas F. [Toward a defensive practice of psychiatry]. Ann Méd-Psychol. 1980 May;138(5):566–74.

330. Passmore K, Leung W-C. Defensive practice among psychiatrists: a questionnaire survey. Postgrad Med J. 2002 Nov;78(925):671–3.

331. Chevrier-Fatome C. Le système de santé en Angleterre, Actions concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire. Inspection générale des affaires sociales; 2002 juin. Report No.: 2002 105.

332. Jin C, Novik S, Saravay S. Consultation-liaison psychiatry training and supervision results in fewer recommendations for constant observation. Gen Hosp Psychiatry. 2000 Oct;22(5):359–64.

333. Meyerson AT, Moss JZ, Belville R, Smith H. Influence of experience on major clinical decisions. Training implications. Arch Gen Psychiatry. 1979 Apr;36(4):423–7.

334. Mulcahy L, Selwood M. Consultants' response to clinical complaints. BMJ. 1995 May 6;310(6988):1200.

335. Buchanan-Barker P, Barker P. Observation: the original sin of mental health nursing? J Psychiatr Ment Health Nurs. 2005 Oct;12(5):541–9.

336. Ministry of Health (New Zealand). Guidelines for clinical risk assessment and management in mental health services. Wellington: Ministry of Health; 1998.

337. Thornton T. Tacit knowledge as the unifying factor in evidence based medicine and clinical judgement. Philos Ethics Humanit Med. 2006 Dec 1;1(1):1–10.

338. Crowe M, Carlyle D. Deconstructing risk assessment and management in mental health nursing. Journal of Advanced Nursing. 2003;43:19–27.

339. Hickson GB, Federspiel CF, Pichert JW, et al. Patient complaints and malpractice risk. JAMA. 2002;287:2951–7.

340. Sackett DL. Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM. Edinburgh; New York: Churchill Livingstone; 2000.

341. Patfield M. Creeping Custodialism. Australas Psychiatry. 2000 Dec 1;8(4):370–2.

342. Black N. Medical litigation and the quality of care. Lancet. 1990 Jan 6;335(8680):35–7.

343. Kreitman N. Kreitman N. The clinical assessment and management of the suicidal patient. In: Roy A, ed, Suicide. London: Williams and Wilkins; 1986:181–95. 1986;181–95.

344. Bismark MM, Brennan TA, Paterson RJ, Davis PB, Studdert DM. Relationship between complaints and quality of care in New Zealand: a descriptive analysis of complainants and non-complainants following adverse events. Qual Saf Health Care. 2006 Feb;15(1):17–22.

345. Cunningham W, Dovey S. The effect on medical practice of disciplinary complaints: potentially negative for patient care. N Z Med J. 2000 Nov 10;113(1121):464–7.

346. Cunningham W, Crump R, Tomlin A. The characteristics of doctors receiving medical complaints: a cross-sectional survey of doctors in New Zealand. N Z Med J. 2003 Oct 10;116(1183):U625.

347. Paterson R. Complaints and quality: handle with care! N Z Med J. 2004 Jul 23;117(1198):U970.

348. Studdert DM, Mello MM, Brennan TA. Medical malpractice. N Engl J Med. 2004 Jan 15;350(3):283–92.

349. Collins J. Impact of patient suicide on clinicians. J Am Psychiatr Nurses Assoc. 2003;9:159–62.

350. Chiplin J, Bos V, Harris C, Codyre D. Clinical Accountability Within The Mental Health Sector The Results Of A Review Conducted On Behalf Of The Mental Health Commission. Wellington: Mental Health Commission; 1998.

351. Chalmers I, Hey E. Open letter to the chief medical officer. BMJ. 2001 Aug 4;323(7307):280.

352. Krawitz R, Batcheler M. Borderline personality disorder: a pilot survey about clinician views on defensive practice. Australas Psychiatry Bull R Aust N Z Coll Psychiatr. 2006 Sep;14(3): 320–2.

353. Simon RI, Shuman DW. Therapeutic risk management of clinical-legal dilemmas: should it be a core competency? J Am Acad Psychiatry Law. 2009;37(2):155–61.

354. Haute Autorité de Santé. Audition publique - Recommandations de la commission d'audition Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur [Internet]. 2011 [cited 2014 Sep 3]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-07/evaluation_de_la_dangerosite_psychiatrique_-_recommandations_2011-07-06_15-48-9_213.pdf