



LES ASPECTS MÉDICO-LÉGAUX
EN PSYCHIATRIE :
DE LA PRÉVENTION À LA RÉPARATION

Juin 2023

SOMMAIRE

PRÉAMBULE	3
-----------------	---

FOCUS 1.

LE DIAGNOSTIC DE LA PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE

A. Le diagnostic de la maladie	5
1. L'erreur non fautive de diagnostic du psychiatre	6
2. L'erreur fautive de diagnostic du psychiatre	7
B. L'évaluation de la dangerosité	12
1. Précisions sur la notion de dangerosité	12
2. Les facteurs de risque de violence	12
3. Un contentieux abondant : Illustrations jurisprudentielles	13
C. Le respect des droits fondamentaux du patient dans le cadre de la prise en charge psychiatrique	15
1. L'évaluation de la nécessité des soins psychiatriques	16
2. Le défaut de prise en charge	20

FOCUS 2.

LE DÉFAUT DE SURVEILLANCE DU PROFESSIONNEL DE SANTÉ

A. Une obligation renforcée selon la spécialisation de l'établissement et le mode d'hospitalisation	23
1. Etablissements spécialisés en psychiatrie.....	23
2. Etablissements non spécialisés en psychiatrie	29
B. L'appréciation du défaut de surveillance	29
C. L'évaluation du dommage lié au défaut de surveillance	35

FOCUS 3.

L'INFORMATION DU PATIENT, DES PROCHES ET DES PROFESSIONNELS INTERVENANT DANS LA PRISE EN CHARGE

A. Une obligation d'information <i>intuitue personae</i>	37
1. La particularité de l'acte médical.....	37
2. La personnalité du patient	38
3. Information sur la prise en charge psychiatrique	41
B. La transmission de l'information entre professionnels de santé et non-professionnels	46
1. L'information aux proches	46
2. L'information entre professionnels de santé	48
3. L'information entre non-professionnels de santé	48

FOCUS 4.

L'IMPUTABILITÉ DES SÉQUELLES PSYCHIATRIQUES À L'ACCIDENT MÉDICAL ET L'ÉTAT ANTÉRIEUR

A. Le dommage psychique résultant d'un accident médical	51
B. Les prédispositions de la victime	53

PRÉAMBULE

La psychiatrie est une discipline médicale destinée à l'étude, à la prévention et au traitement des maladies mentales¹.

Enjeu majeur de la santé publique, elle fait l'objet du livre II du code de la santé publique².

La particularité de cette discipline est caractérisée par le fait qu'elle 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 il existe un lien de causalité entre la carence, la négligence du médecin et l'action qui a conduit au dommage.

Ainsi, en 2021, les 9 846 sociétaires psychiatres de la MACSF ont adressé 31 déclarations de sinistres corporels, soit une sinistralité de 0,31 % contre 0,26 % en 2020. Les 3 832 psychiatres libéraux ont adressé 20 déclarations. Leur sinistralité s'établit à 0,52 % contre 0,39 % en 2020³.

Dans cette brochure, destinée aux juristes et aux médecins, la COREME revient sur différentes problématiques juridiques rencontrées par le médecin psychiatre lors de son exercice. Ainsi, il verra sa responsabilité mise en jeu en cas d'erreur de diagnostic fautive (Focus 1), de défaut de surveillance (Focus 2), de manquement à son obligation d'information (Focus 3).

Cette brochure est également l'occasion pour la COREME de revenir sur le rôle déterminant du médecin psychiatre expert dont l'analyse médico-psychologique permet d'établir le diagnostic des séquelles psychiatriques et leur imputabilité à un accident médical (Focus 4).

1. Dictionnaire médical de l'Académie de médecine.

2. « *Lutte contre les maladies mentales* » (articles L.3211-1 à L.3251-6 du code de la santé publique).

3. Psychiatres : les motifs de réclamations des patients en 2021 - site MACSF : <https://www.macsf.fr/le-risque-des-professionnels-de-sante-en-2021/risque-des-professions-de-sante/p/psychiatrie>.

FOCUS 1

LE DIAGNOSTIC DE LA PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE

Le psychiatre a pour mission principale d'établir un diagnostic et de proposer une prise en charge. Son expertise touche également à la dangerosité du patient pour lui-même et pour les autres.

A. LE DIAGNOSTIC DE LA MALADIE

Le diagnostic est l'acte par lequel le professionnel de santé va identifier la maladie de son patient.

En psychiatrie, ce diagnostic est essentiellement basé sur l'analyse des données cliniques.

En effet, « *il n'existe pas de critère de validation externe des diagnostics. Les mécanismes étiologiques en cause demeurent mal connus et ne sont pas objectivables à l'aide d'examen paracliniques suffisamment fiables et reproductibles* »¹.

Ce diagnostic est d'autant plus important dans le cadre des **indications opératoires**, notamment en matière de chirurgie bariatrique où il est indispensable.

La jurisprudence a par ailleurs précisé qu'il convenait de vérifier si l'absence de cette consultation psychiatrique préopératoire avait engendré une carence dans la prise en charge du patient.

La **décision du 21 mars 2013² de la Cour d'appel de Paris** nous en offre une parfaite illustration.

« *En ce qui concerne la neurologie et la psychiatrie : Maître Y. a maintenu ses réserves quant à l'incertitude de la consultation psychiatrique préopératoire. Maître E. a dit que la CPAM avait donné son accord de prise en charge, cela signifie que cette consultation a bien eu lieu.*

Mme Z. a été opérée le 12 mai 2009 d'un by pass gastrique et un large bilan préopératoire a été pratiqué qui n'a pas montré de contre-indication à cette chirurgie bariatrique laquelle était tout à fait justifiée pour une obésité morbide (IMC de 42).

Cependant le résultat de la consultation psychiatrique, qui est un élément très important dans le bilan préopératoire, ne figure pas au dossier.

Rappelons que cette consultation est décisive dans l'indication de la chirurgie ».

Dans le même sens, le **Tribunal administratif de Montpellier** a rendu un arrêt le **24 décembre 2009³**, dans lequel, il précise que : « *[...] si la requérante invoque le défaut de consultation préopératoire en psychiatrie, il résulte de l'instruction et, notamment, du rapport d'expertise, que cette absence de consultation ne saurait, en l'espèce, révéler une carence dans la prise en charge de la patiente* ». Dans cette affaire, l'absence de consultation préopératoire n'a pas constitué une carence dans la prise en charge de la patiente.

Par ailleurs, l'annonce du diagnostic de la maladie est un acte médical également délicat en ce qu'elle doit être adaptée à la **personnalité du patient**.

Le code de la santé publique, dans son **article R.4127-33⁴**, énonce que « *le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées et, s'il y a lieu, de concours appropriés* ».

1. HAS – Recommandations Juillet 2022, « *Processus d'annonce d'un diagnostic psychiatrique sévère à un patient majeur : enjeux, principes, place de l'entourage* ».

2. CA Paris, 21 mars 2013, n° 12/07913.

3. TA Montpellier, 24 décembre 2009, n° 0702250.

4. Article 33 du code de déontologie médicale.

En contrepartie, le patient doit loyalement révéler au praticien toutes les informations utiles, et même collaborer aux choix thérapeutiques en application de l'article L. 1111-4 du code de la santé publique.

Ainsi, on observe que le diagnostic est personnel et qu'une simple erreur de diagnostic ne saurait suffire à engager la responsabilité du professionnel de santé⁵.

En effet, on peut imaginer qu'un médecin ait établi son diagnostic avec toute la prudence, la compétence et la diligence nécessaires, mais que ce diagnostic ne corresponde pas à la réalité. Bien que le médecin ait employé tous les moyens mis à sa disposition, il n'est pas parvenu au résultat. On parle alors d'erreur non fautive (1) notamment en raison de la rareté de la pathologie⁶, de la difficulté du diagnostic différentiel et de la probabilité qu'elle soit commise par un autre médecin de la même spécialité normalement diligent et placé dans les mêmes circonstances⁷.

À l'inverse, dans les autres situations, l'erreur de diagnostic sera considérée comme fautive et engagera la responsabilité du professionnel de santé (2).

1. L'erreur non fautive de diagnostic du psychiatre

En psychiatrie, l'erreur de diagnostic est la situation dans laquelle un professionnel de santé établit un diagnostic incorrect ou inexact concernant un trouble psychiatrique chez un patient. Il peut s'agir d'un mauvais diagnostic, d'une sous-estimation, ou encore, d'une surestimation de la gravité du trouble.

L'erreur de diagnostic peut entraîner des conséquences importantes pour le patient, notamment en termes de traitement et de prise en charge. Elle peut également engendrer des préjudices économiques, sociaux et professionnels pour le patient et pour ses proches.

En général, ces erreurs de diagnostic s'expliquent par des biais cognitifs⁸, des erreurs d'évaluation, des diagnostics différentiels complexes, ou des difficultés à diagnostiquer certains troubles psychiatriques.

Le médecin doit donc établir son diagnostic selon les données acquises de la science et mettre en œuvre tous les moyens à sa disposition.

Pour autant, la simple erreur de diagnostic ne suffit pas à engager la responsabilité d'un professionnel de santé. En effet, la jurisprudence prend en compte l'incertitude qui entoure l'élaboration de tout diagnostic pour constater la faute du médecin, cette incertitude étant prépondérante en matière de psychiatrie par rapport aux autres spécialités.

À titre d'exemple jurisprudentiel, dans une **décision du 25 juin 2009**⁹, la première chambre civile de la Cour de cassation écarte la responsabilité du psychiatre pour absence de faute de diagnostic. En l'espèce, à la suite de son accouchement, la patiente a présenté des troubles psychiatriques qui ont justifié sa prise en charge par un médecin psychiatre. Dans une crise de délire paroxystique, la mère a défenestré le nourrisson qui, gravement blessé, demeure handicapé. Les parents de l'enfant ont recherché la responsabilité du gynécologue-obstétricien ainsi que celle du médecin psychiatre afin d'obtenir la réparation de leur préjudice moral et du dommage subi par l'enfant.

La Cour de cassation approuve la cour d'appel pour avoir débouté les parents de leurs demandes contre le médecin psychiatre : « *Mais attendu que l'arrêt relève, d'abord, qu'avant le passage à l'acte rien ne permettait de déterminer si les symptômes présentés par la patiente permettraient de privilégier l'hypothèse d'une psychose puerpérale plutôt que celle*

5. CA Douai, 15 septembre 2022, n° 21/03786 : la cour écarte la responsabilité du psychiatre au motif que « le comportement du docteur [U] dans la recherche d'un diagnostic n'est ainsi pas fautif, en l'absence de manquement dans son établissement ».

6. Cass., 1^{ère} civ., 16 juin 1998, n° 97-18.509.

7. Cass., 1^{ère} civ., 25 juin 2009, n° 08-15.560 : n'est pas fautif le psychiatre qui n'a pas diagnostiqué une psychose puerpérale en raison de la difficulté entourant le diagnostic de cette pathologie.

8. Un biais cognitif est une déviation dans le traitement cognitif d'une information. Le terme biais fait référence à une déviation systématique de la pensée logique et rationnelle par rapport à la réalité. Les biais cognitifs conduisent le sujet à accorder des importances différentes à des faits de même nature et peuvent être repérés lorsque des paradoxes ou des erreurs apparaissent dans un raisonnement ou un jugement.

9. Cass., 1^{ère} civ., 25 juin 2009, n° 08-15.560.

d'une dépression post puerpérale ; qu'ensuite, la psychose puerpérale présente des difficultés de diagnostic mises en évidence dans la documentation médicale, en raison tant de la rareté de cette maladie (2/1000) que de l'absence de sémiologie caractéristique de celle-ci, la difficulté étant aggravée, en l'espèce, compte tenu du tableau clinique que présentait Mme X... qui s'apparentait à celui de la dépression post partum ; qu'ayant retenu, ensuite, que M. Z..., intervenu sans retard, avait mis en œuvre tous les moyens et précautions nécessaires pour parvenir à un bon diagnostic, en consacrant du temps et toute son attention à sa patiente et à son entourage à deux reprises entre le 30 et le 31 janvier, la cour d'appel a pu en déduire l'absence de faute de nature à engager la responsabilité de M. Z... dans l'établissement du diagnostic ; qu'enfin, en présence d'une pathologie non diagnostiquée, la cour d'appel qui ne pouvait que déduire l'absence de manquement du praticien à son obligation d'information à l'égard de l'entourage familial de la patiente, a par ces motifs légalement justifié sa décision ».

De la même manière, un **jugement rendu par le Tribunal administratif de Toulouse le 23 mars 2010**¹⁰ écarte la responsabilité du psychiatre. En l'espèce, le patient, accueilli aux urgences après une tentative de suicide, logeait chez ses parents, bénéficiait d'un fort soutien familial, tenait des propos cohérents et avait accepté la prescription d'un anxiolytique ainsi qu'un traitement psychiatrique ambulatoire dont la première consultation était programmée pour le lendemain. Le juge retient que, dans ces circonstances, le défaut de diagnostic de l'imminence d'un passage à l'acte suicidaire n'est pas fautif.

Ou encore, dans une **décision du 16 décembre 2022, la Cour administrative d'appel de Nantes**¹¹, écarte la responsabilité de l'établissement en l'absence de faute due à un retard de diagnostic. La cour énonce que « *si M. B... soutient que le doute émis par les médecins de l'EPSM dès son arrivée au sein de cet établissement sur la pathologie qui avait amené l'autorité judiciaire à le déclarer pénalement irresponsable aurait dû conduire les praticiens*

de l'établissement à poser le diagnostic plus tôt, il résulte de l'instruction, en particulier du caractère divergent des différentes expertises psychiatriques réalisées, que les troubles de la personnalité présentés par l'intéressé étaient très complexes à appréhender et que ce n'est qu'en 2008, après une fugue de l'intéressé, peu de temps avant sa mise en chambre d'isolement, que les psychiatres de l'établissement de santé mentale ont sérieusement remis en cause ce diagnostic. Il s'ensuit que M. B... n'est pas fondé à soutenir que les praticiens de l'EPSM de F... auraient commis un retard de diagnostic fautif susceptible d'engager la responsabilité de cet établissement à son égard ».

A contrario, la responsabilité du psychiatre peut être engagée dès lors qu'est constatée une carence dans le diagnostic.

2. L'erreur fautive de diagnostic du psychiatre

La faute médicale, qui ne saurait être une simple erreur, peut intervenir à différents stades de la relation de soins et en psychiatrie, cette faute peut prendre des formes spécifiques. Elle réside le plus souvent dans une mauvaise analyse des symptômes ou dans la mise en œuvre de moyens d'investigation insuffisants.

En effet, en matière psychiatrique, un certain nombre de dossiers aboutissent à l'engagement de la responsabilité d'un médecin à la suite de négligences entraînant un défaut de diagnostic d'une maladie somatique. Une affaire ayant donné lieu à une décision judiciaire l'illustre parfaitement, bien que cette dernière ne concerne pas un psychiatre¹². Le médecin, appelé au domicile du patient qui présentait des troubles de comportement, s'est contenté d'adresser celui-ci à l'hôpital psychiatrique de son secteur sous prétexte que ce malade avait des antécédents psychiatriques. Il n'a pas réalisé d'examen somatique, ni biologique, et n'a pas fait connaître ce fait à l'hôpital destinataire, ce qui a eu pour effet qu'un diagnostic de méningite n'a pas pu être porté à temps et que le patient en est décédé alors que, selon les experts, « *l'association de la fièvre et des troubles du comportement permet-*

10. Tribunal administratif de Toulouse, 23 mars 2010, n° 0504879.

11. CAA Nantes, 16 décembre 2022, n° 19NT04325.

12. Crim., 15 février 2000, n° 98-87.984.

tait à elle seule de suspecter une atteinte cérébro-méningée ». L'exemple est particulièrement démonstratif d'une faute aboutissant à une erreur de diagnostic.

Il n'est pas rare de retrouver dans la jurisprudence judiciaire ou administrative des situations dans lesquelles des pathologies méningées ou tumorales sont passées inaperçues, les troubles du comportement du patient ayant été trop rapidement attribués à une perturbation psychique plutôt qu'à la pathologie somatique.

Ainsi, l'erreur de diagnostic est dite fautive lorsqu'elle procède d'une ignorance grave ou qu'elle résulte d'une négligence dans l'examen clinique conduit de manière rapide, superficielle ou incomplète¹³.

Dans une telle situation, le psychiatre engage sa responsabilité civile professionnelle et peut faire l'objet de sanctions civiles, pénales et/ou disciplinaires.

a) Sanctions civiles

La Cour d'appel d'Orléans, dans une décision du 20 janvier 2020¹⁵, retient la responsabilité civile du psychiatre pour avoir sous-estimé la gravité du trouble du patient.

En l'espèce, à la suite d'une rupture d'anévrisme, un médecin généraliste a développé un état dépressif qui l'a conduit à consulter un psychiatre pendant plusieurs années. Cet état dépressif s'aggravant, le médecin psychiatre, avec l'accord du patient, avait pris la décision qu'il soit hospitalisé trois jours après la consultation. Durant ces quelques jours, le psychiatre avait choisi de confier le patient à la surveillance de sa famille. Le lendemain de la consultation, le patient s'est suicidé.

Ainsi, son épouse a assigné en responsabilité le psychiatre qui, selon elle, connaissait la propension suicidaire de son époux et aurait dû privilégier une hospitalisation dans un service d'urgence plutôt qu'un retour dans sa famille.

Dans cette affaire, « les magistrats ne voient, chez le psychiatre, aucune légèreté dans son appréciation de l'état de santé du malade et de ses conséquences probables compte tenu des don-

nées acquises de la science ; en revanche, ils lui reprochent de s'être mépris sur l'efficacité de la surveillance familiale et sur l'impossibilité, à ses yeux, d'une hospitalisation d'office sans même l'avoir tentée. Cela dit, et les juges d'appel le reconnaissent, même en l'absence de faute, il ne pouvait être tenu pour certain que le malade ne se serait pas suicidé au sein de l'hôpital ».

Pour engager la responsabilité civile du psychiatre, la victime doit démontrer que la faute de ce dernier est en lien de causalité direct et certain avec son préjudice.

Ainsi, la Cour d'appel d'Aix-en-Provence, dans une décision du 21 septembre 2017¹⁴, retient la responsabilité civile du psychiatre en raison des fautes commises par celui-ci qui sont « en lien direct et certain de causalité avec la défenestration qui aurait pu être empêchée par une analyse appropriée du risque suicidaire et par des mesures adaptées de sorte que les préjudices subis par M. D. et son épouse doivent être réparés en intégralité et non au titre d'une perte de chance. Mme B. et la SA Clinique de l'E. et la société ... doivent en conséquence être condamnées in solidum à indemniser M. Z. et Mme Z. de leurs préjudices ».

En l'espèce, M. Z. a été hospitalisé, à sa demande, au sein d'une clinique psychiatrique à la suite d'une tentative de suicide. Il a, par la suite, été de nouveau hospitalisé dans le même établissement à la demande de son fils. Le lendemain de cette seconde hospitalisation, M. Z. s'est défenestré à partir de la chambre située au premier étage de l'établissement, ce qui lui a occasionné des lésions aux vertèbres et aux pieds. Le juge des référés, saisi par la victime, a alors désigné un expert. Les opérations d'expertise ont ensuite été étendues au Docteur G. et au Docteur B., psychiatres exerçant leur activité au sein de la clinique psychiatrique où M. Z. a été examiné lors des deux premières hospitalisations.

L'entretien d'admission a été mené par le Docteur B. en présence d'un infirmier. Ce praticien a noté dans le compte-rendu de la consultation que M. Z. présentait une tristesse de l'humeur, une culpabilité, une recrudescence des troubles après consul-

13. Crim., 29 juin 1999, n° 98-81.326.

14. CA Aix-en-Provence, 21 septembre 2017, n° 16/07773.

tation d'un avocat, une anxiété massive avec un sentiment de catastrophe imminente et a conclu à une dépression d'allure mélancoliforme.

M. Z. a été placé dans une chambre où il était seul, au premier étage de la clinique, avec une fenêtre sans barreaux, non verrouillée et s'ouvrant sans système de sécurité.

Selon l'expert, « Mme B. qui disposait du dossier médical de M. Z. mentionnant ses antécédents récents de tentative de suicide par ingestion de médicaments et d'atteinte à son intégrité physique par taillage des veines et qui lors de l'entretien d'admission avait perçu chez ce patient une anxiété massive a commis une erreur de diagnostic dans l'appréciation du risque suicidaire qui était réel et important, qui s'est effectivement réalisé, elle a été négligente en ne prescrivant pas les mesures de surveillance physique adaptées pour prévenir ce risque, telles que le placement dans une chambre sécurisée ; compte tenu des antécédents de M. Z. il ne peut être considéré que la défenestration était totalement imprévisible ou insurmontable et Mme B. ne peut se décharger de sa responsabilité en invoquant qu'au cours des hospitalisations précédentes M. Z. n'avait pas poursuivi dans sa voie suicidaire ou d'automutilation alors que le risque existait dès les premiers instants de la prise en charge, ni qu'elle avait mis en place une surveillance clinique laquelle n'était pas exclusive d'une sécurisation de la chambre ».

En revanche, dès lors que ce lien de causalité entre la faute du praticien et le dommage subi par la victime ne peut être établi, la responsabilité du professionnel de santé est écartée.

En ce sens, la **Cour d'appel de Grenoble, dans une décision rendue le 16 mai 2023**¹⁶, écarte la responsabilité du psychiatre mis en cause.

15. CA d'Orléans, 20 janvier 2020, n° 18/00552.

16. CA Grenoble, 16 mai 2023, n° 21/02583.

17. **Article 221-6 du code pénal** : « Le fait de causer, dans les conditions et selon les distinctions prévues à l'article 121-3, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement, la mort d'autrui constitue un homicide involontaire puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende. En cas de violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement, les peines encourues sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 75 000 euros d'amende. » (Homicide involontaire).

18. **Article 222-19 du code pénal** : « Le fait de causer à autrui, dans les conditions et selon les distinctions prévues à l'article 121-3, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement, une incapacité totale de travail pendant plus de trois mois est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende. En cas de violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement, les peines encourues sont portées à trois ans d'emprisonnement et à 45 000 euros d'amende. » (Atteinte involontaire à l'intégrité de la personne).

En l'espèce, la victime a assigné son psychiatre en responsabilité pour avoir rédigé deux certificats médicaux sans l'avoir examinée ce qui, selon lui, a entraîné son hospitalisation sous contrainte et sa privation de liberté. Il lui appartient donc de démontrer que la faute de ce psychiatre est en lien de causalité certain et direct avec son préjudice.

Le psychiatre reconnaît qu'il n'a pas examiné son patient en raison de l'état d'agitation que celui-ci présentait. Ainsi, en attestant de l'imminence d'un danger pour la sécurité de ses proches sur la seule foi des déclarations de ceux-ci sans examiner le patient, le psychiatre a commis une faute incontestable dont il ne peut s'exonérer en prétendant qu'il le connaissait depuis longtemps.

Toutefois, le lien de causalité entre cette faute et l'hospitalisation sans consentement du patient n'est pas démontré.

Ainsi, la cour énonce que « dès lors, en l'absence de démonstration du lien de causalité entre la faute du Docteur [Y] et l'hospitalisation de M. [R] parfaitement justifiée par sa pathologie paranoïaque, c'est à bon droit que le tribunal l'a débouté de l'ensemble de ses demandes à l'encontre de l'intimé ».

b) Sanctions pénales

Depuis quelques années, nous pouvons constater un nombre important de mises en cause pénales des médecins psychiatres, notamment sur le fondement des **articles 221-6**¹⁷ ou **222-19**¹⁸ du code pénal, du fait d'actes commis par leur patient à risque de gestes auto-agressifs (suicide) ou hétéro-agressifs (homicide) en lien avec sa pathologie.

Par ailleurs, l'**article 121-3 alinéa 4 du code pénal** prévoit que les personnes physiques qui « n'ont

pas causé directement le dommage, mais qui ont créé ou contribué à créer la situation qui a permis la réalisation du dommage ou qui n'ont pas pris les mesures permettant de l'éviter, sont responsables pénalement s'il est établi qu'elles ont, soit violé de façon manifestement délibérée une obligation particulière de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement », dite faute délibérée, soit commis « une faute caractérisée et qui exposait autrui à un risque d'une particulière gravité qu'elles ne pouvaient ignorer ».

L'évaluation des soins prodigués doit se faire *in concreto* et suppose, pour le juge, de disposer de l'éclairage d'experts psychiatres, afin de mesurer l'écart éventuellement fautif entre le comportement du médecin mis en cause et le comportement standard défini comme des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, au besoin avec l'aide de tiers compétents¹⁹.

Dans une **décision du 22 octobre 2019**²⁰, la chambre criminelle de la Cour de cassation retient la responsabilité pénale du psychiatre pour homicide involontaire, celui-ci ayant commis une faute caractérisée au sens de l'article 121-3 alinéa 4 du code pénal en n'ayant pas accompli les diligences normales compte tenu de la nature de ses missions ou de ses fonctions, de ses compétences ainsi que du pouvoir et des moyens dont il disposait.

En l'espèce, un homme a été mortellement poignardé par un patient, M. G., qui s'était échappé de l'hôpital psychiatrique où il était soigné, depuis 2006, pour une psychose délirante chronique et placé sous le régime de l'hospitalisation sans consentement. Une information judiciaire a été ouverte du chef d'homicide volontaire à l'encontre de M. G. et le juge d'instruction a rendu une ordonnance de non-lieu en raison de l'abolition du discernement de l'auteur des faits. Les ayants droit de la victime ont porté plainte et se sont constitués partie civile du chef d'homicide involontaire.

Dans cette affaire, la chambre criminelle de la Cour de cassation approuve la décision de la cour d'appel qui, pour retenir la faute pénale du psychiatre, énonce qu'« après avoir relevé les

nombreux antécédents, dont certains récents, et la dangerosité de M. G..., le rôle médical prépondérant de M. F... au sein du pavillon psychiatrique n° 101 dont M. G... était l'un des patients, et le fait que le médecin avait établi de nombreux certificats et documents relatifs au placement sous hospitalisation d'office de M. G..., à ses sorties et à une fugue du 23 octobre 2008, que la collégialité des décisions ne peut exonérer ses membres de leur obligation d'y participer en ayant eux-mêmes accompli leurs propres tâches ; que les juges retiennent encore que M. T..., psychiatre ayant assuré le suivi de M. G..., n'était pas habilitée, par son statut de praticien associé attaché, à signer les autorisations de sortie de ce patient, que ce soit au sein du parc de l'hôpital ou à l'extérieur, et que la faute de M. F... ne saurait être légitimée par la confiance qu'il avait en ce médecin auquel la réglementation ne reconnaît pas une compétence suffisante pour apprécier elle-même les mesures à prendre ; que la cour d'appel conclut que M. F... a commis une faute caractérisée consistant à s'être abstenu, avant toute décision relative à la mise en place ou au maintien d'une autorisation de sortie non surveillée de M. G... dans le parc non clos de l'établissement, d'approfondir le parcours du patient, de prendre connaissance de ses antécédents psychiatriques et de procéder à un ou plusieurs examens approfondis, ladite faute exposant autrui à un risque d'une particulière gravité, en l'espèce celui résultant des conséquences d'un nouveau passage à l'acte violent de M. G... lors d'une sortie sans surveillance ; Attendu qu'en l'état de ces énonciations, d'où il résulte que le prévenu, qui n'a pas accompli les diligences normales compte tenu de la nature de ses missions ou de ses fonctions, de ses compétences ainsi que du pouvoir et des moyens dont il disposait, a commis une faute caractérisée au sens de l'article 121-3, alinéa 4 du code pénal, la cour d'appel a justifié sa décision ».

Alors qu'il aurait dû personnellement procéder à son évaluation régulière, le psychiatre a pris des décisions importantes d'un point de vue thérapeutique et sécuritaire (autorisation de sortie sans accompagnement dans le parc non clôturé de l'établissement de soins lui permettant

19. Article R.4127-32 du code de la santé publique.

20. Crim., 22 octobre 2019, n° 18-84.001.

secondairement de fuguer) sans connaître parfaitement le profil dangereux du patient et sans l'évaluer en personne.

Le juge du fond considère ce comportement professionnel comme « *inacceptable* » et en déduit la faute caractérisée. La chambre criminelle approuve, en relevant, d'une part, le manque de diligence du médecin, et, d'autre part, le fait que la collégialité de la décision (le suivi quotidien du patient était assuré par un praticien associé attaché non-habilité à signer l'autorisation de sortie) ne pouvait exonérer le psychiatre de son obligation d'assurer lui-même les tâches qui lui incombent, sa faute ne pouvant être légitimée par la confiance qu'il avait en son collègue.

De la même manière, la chambre criminelle de la Cour de cassation, dans une **décision rendue le 25 septembre 1996**²¹, retient la responsabilité pénale de deux psychiatres du fait de **négligences dans l'élaboration de leur diagnostic**.

« [...] Attendu que, pour les déclarer coupables de ce délit, les juges d'appel énoncent que le patient a été victime d'une complication du syndrome de Guillain-Barré, affection que n'avait pas décelée les médecins qui ont posé un diagnostic psychiatrique erroné et ont persisté dans cette erreur ; qu'ils retiennent que les prévenus ont chacun commis des négligences en manquant d'esprit critique face à un diagnostic « aberrant » au regard de la personnalité du malade et en ne tenant pas compte des doléances de celui-ci et de sa famille alors que les symptômes de l'affection étaient apparents ; que les juges ajoutent que ces négligences ont permis l'issue fatale qui aurait pu être évitée par la surveillance cardiaque normalement mise en place en cas de déclaration de cette maladie ;

Attendu qu'en l'état de ces motifs procédant de son appréciation souveraine des faits et circonstances de la cause, la cour d'appel a justifié sa décision sans encourir les griefs allégués ; [...] ».

c) Sanctions disciplinaires

Le médecin psychiatre peut également être sanctionné en cas de manquement à ses obliga-

tions déontologiques. En application de l'article **L.4124-6 du code de santé publique**, il peut faire l'objet d'un avertissement, d'un blâme, d'une interdiction temporaire ou non d'exercer, ou encore, être radié de l'ordre des médecins.

En ce sens, la **chambre disciplinaire nationale du Conseil National de l'Ordre des Médecins, dans une décision rendue le 27 septembre 2012**²², soumet le psychiatre à un avertissement pour manquement à ses obligations déontologiques.

En l'espèce, il s'agit d'un patient qui, accueilli en hospitalisation libre, exprimant le souhait de quitter l'établissement pour passer la fin de la semaine à son domicile, a été vu par le médecin en cause en compagnie de ses deux enfants majeurs. Après avoir reçu un accord de sortie, avec un retour programmé au centre hospitalier spécialisé quelques jours plus tard, ce patient s'est suicidé à son domicile dès le lendemain matin. Le praticien, qui connaissait ses idées suicidaires et n'ignorait pas la situation pathologique de son couple, aurait dû se référer au confrère psychiatre qui lui avait adressé ce patient et qui, dans le cadre de sa formation de psychiatre, était son « *médecin référent* » pour solliciter son avis ou du moins ses conseils avant de donner une autorisation de retour à domicile.

Ainsi, selon la chambre disciplinaire nationale du Conseil National de l'Ordre des Médecins : « *en procédant comme il l'a fait, le Docteur R. a méconnu ses obligations déontologiques telles qu'elles résultent notamment des articles R. 4127-32 et -33 du code de la santé publique précités ; que Mlle L. est dès lors fondée à soutenir que c'est à tort que la chambre disciplinaire de première instance de Basse-Normandie a rejeté sa plainte ; que, dans les circonstances de l'affaire, il sera fait une juste appréciation du comportement fautif du Docteur R. en lui infligeant la peine de l'avertissement* ».

Le psychiatre pourra donc engager sa responsabilité en cas d'erreur fautive commise dans le diagnostic de la maladie.

Il aura également à se prononcer sur la dangerosité du patient, tant pour lui-même que pour les autres.

21. Crim., 25 septembre 1996, n° 95-86.076.

22. Conseil national de l'ordre des médecins, Chambre disciplinaire nationale, 27 septembre 2012, n° 11218.

B. L'ÉVALUATION DE LA DANGÉROSITÉ

1. Précisions sur la notion de dangerosité

La dangerosité est une perception subjective qui connaît des évolutions en fonction des temps et des lieux, au regard des exigences variables du droit pénal positif et des attentes de la société en termes de sécurité et de protection²³.

Le mot dangerosité renvoie au caractère dangereux, qui se définit comme « *ce qui constitue un danger* ». Le danger est ce qui menace ou compromet la sûreté, l'existence de quelqu'un ou de quelque chose²⁴.

La dangerosité est habituellement abordée comme un risque de violence. Pour l'Organisation mondiale de la Santé, la violence est « *l'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal-développement ou une carence* »²⁵.

La Fédération Française de Psychiatrie, dans ses recommandations²⁶, a défini la dangerosité psychiatrique comme une « *manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie mentale* » et la dangerosité criminologique comme « *prenant en compte l'ensemble des facteurs environnementaux et situationnels susceptibles de favoriser l'émergence du passage à l'acte* ».

La notion de dangerosité psychiatrique est indéniablement au cœur du métier de psychiatre, qui est, au quotidien, amené à s'interroger sur le risque que pourrait représenter le patient qu'il rencontre. La crainte d'une dangerosité pour lui-même ou pour autrui, en raison de l'expression, à un instant T, d'une pathologie psychiatrique peut conduire à la mise en place d'une mesure de soins sans consentement.

L'évaluation de la dangerosité psychiatrique constitue ainsi une partie importante de l'activité du psychiatre dans son exercice quotidien. À chaque décision de soins qu'il prend, et notamment en termes de sortie d'hospitalisation, il lui est demandé d'évaluer la capacité du patient à se réadapter à son environnement. Une erreur de diagnostic psychiatrique pourrait entraîner une sur ou sous-évaluation de la dangerosité du patient.

2. Les facteurs de risque de violence

Le psychiatre s'appuie à cet effet sur la connaissance de facteurs de risque mis en évidence par la littérature. On peut notamment citer la Haute Autorité de Santé (HAS) dans un rapport de mars 2011, dans lequel elle répertorie les facteurs de dangerosité psychiatrique chez les personnes présentant un trouble schizophrénique ou un trouble de l'humeur.

Les facteurs de risques de violence mis en évidence sont les suivants :

- des facteurs sociodémographiques : un âge jeune, le sexe masculin, le statut économique précaire, le faible niveau d'éducation, le célibat, l'absence de soutien social ;
- les antécédents personnels et familiaux de violences commises et les antécédents personnels de violences subies ;
- les antécédents de troubles des conduites dans l'enfance et l'adolescence ;
- les comorbidités de type addictives (alcool et autres substances psychoactives) et personnalités psychopathiques ou antisociales sous-jacentes ;
- les troubles neuropsychologiques de type confusion mentale, trouble cognitif, retard mental ;
- les facteurs liés aux soins : le défaut d'accès aux soins, une évolution longue avant le début des

23. Recommandations de la Haute Autorité de Santé – « *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* », mars 2011.

24. Recommandations de la Haute Autorité de Santé – « *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* », mars 2011.

25. Krug E. G. et collab. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2002.

26. Recommandations présentées lors de l'audition publique organisée en janvier 2007 par la Fédération française de psychiatrie sur l'expertise psychiatrique pénale.

soins, le faible insight²⁷, le déni des troubles, la mauvaise observance médicamenteuse seront des facteurs de risque tandis que la capacité à demander de l'aide, la qualité du suivi psychiatrique et l'alliance thérapeutique peuvent être des facteurs de protection ;

- les facteurs contextuels de violences subies, de séparation, ou encore de perte d'emploi dans l'année ;
- des facteurs cliniques, notamment une symptomatologie dépressive ou mélancolique, avec des idées suicidaires et d'incurabilité, ou une symptomatologie délirante avec idées de ruine, de culpabilité, de grandeur ou de persécution.

Les facteurs de risques cliniques varient quelque peu d'un trouble à l'autre. On ajoute (par exemple pour les patients présentant un trouble schizophrénique) : un syndrome d'influence, la présence d'une idéation, d'un fantasme, d'une rêverie diurne, d'un propos de violence, des menaces écrites ou verbales, une fascination pour les armes, la réticence, la méfiance, la participation émotionnelle intense ou l'émoussement affectif, la désorganisation, les hallucinations auditives impératives, des projets irréalisables, l'exposition à des facteurs déstabilisants. Pour les patients présentant un trouble de l'humeur, on pense également à la présence d'un état mixte, l'impulsivité ou l'hostilité.

Ces indices recouvrent bon nombre des éléments de sémiologie qui sont classiquement recherchés à l'examen clinique d'un patient présentant les différents types de pathologies évoqués.

L'abus de substances et les antécédents de violence, subies et commises, ressortent comme des facteurs de risque majeurs de dangerosité chez les personnes présentant une pathologie psychiatrique. L'abus de substance est notamment flagrant dans les passages à l'acte des patients bipolaires.

Pour autant, bien que des facteurs de risques de violence aient été identifiés, aucun n'est absolu. La présence de facteurs de risques ne doit pas

faire perdre de vue que la violence s'inscrit dans l'histoire évolutive des troubles cliniques de la personne entre des périodes critiques et des périodes de stabilisation²⁸.

3. Un contentieux abondant : Illustrations jurisprudentielles

La jurisprudence abonde d'affaires portant sur la dangerosité des patients.

En effet, cette question est source de contentieux, notamment parce qu'elle est l'élément central de la décision d'hospitalisation d'office des patients, de maintien en hospitalisation ou d'absence de sorties.

Ainsi, l'appréciation du caractère dangereux du patient permet au préfet de fonder sa décision de maintien en hospitalisation complète.

Les éléments explicités par le médecin, que peut reprendre le préfet, peuvent permettre ensuite au Juge des libertés et de la détention d'apprécier le bien-fondé de cette mesure, sans qu'il ait besoin de recourir à une expertise.

La décision du **16 octobre 2020 rendue par la Cour d'appel de Toulouse**²⁹ nous en offre une parfaite illustration.

En l'espèce, « *M. Y. a fait l'objet d'une mesure d'hospitalisation complète sans consentement sur décision du représentant de l'État au sein d'un centre hospitalier en 2020 à la suite d'un certificat médical dressé par le Docteur X. du même jour en considération de troubles du comportement manifestant une dangerosité à l'égard de l'équipe soignante.*

Saisi par requête présentée par le préfet tendant au maintien de la mesure d'hospitalisation complète de M. Y., le juge des libertés et de la détention a constaté que la procédure était régulière et a maintenu le patient sous le régime de l'hospitalisation complète sous contrainte.

M.Y. interjette appel de la décision du juge des libertés et de la détention.

27. *Insight* est un terme anglais qui est employé en psychologie pour définir le moment au cours duquel nous prenons conscience de quelque chose. C'est la conscience du trouble (définition cairn.info).

28. Recommandation n° 3 – HAS, Dangerosité psychiatrique : « *Etude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur* », mars 2011.

29. CA Toulouse, 16 octobre 2020, n° 20/00057.

[...]

L'arrêté du 29 septembre 2020 a décidé la forme de la prise en charge en maintenant M. Y. en hospitalisation complète en s'appropriant expressément les termes du certificat médical de 72 heures établi par le Docteur L. M. G. qui était visé dans l'arrêté et que le préfet n'avait pas pour obligation de reprendre littéralement. Ce certificat, loin d'être stéréotypé ou laconique a, tout au contraire, précisé la chronologie de l'évolution de l'état du patient qui avait pu présenter une amélioration autorisant des projets de soins extrahospitaliers et même des permissions de sortie mais qui a connu par la suite une dégradation progressive avec une 'recrudescence de symptômes hallucinatoires de tonalité négative' au point de générer des épisodes d'hétéro-agressivité tant à l'égard des soignants que des autres patients avec des troubles caractéristiques de cette agressivité tels que des hurlements, se taper la tête contre les murs, se mordre la main. Il est aussi souligné des 'idées délirantes de préjudice' vis à vis du projet de soins et des idées de persécution à l'encontre de l'équipe médicale, l'intéressé étant selon ce certificat, convaincu que son dossier médical est falsifié pour justifier son envoi en UMD. Il est suivi une description de son état actuel marqué par une instabilité clinique et une présentation fluctuant dans la même journée avec des moments où il manifeste des troubles du comportement avec des cris, des imitations de bruits d'animaux, des coups portés sur les murs, des soliloquies et des menaces hétéro-agressives implicites.

Ce médecin énumère ensuite précisément les critères de dangerosité psychiatrique justifiant pleinement le régime juridique de l'hospitalisation confirmée par cet arrêté qui retient, sans erreur manifeste d'appréciation des éléments médicaux auxquels il se réfère expressément, la nécessité de poursuivre les soins médicaux sous la forme de l'hospitalisation complète ».

Par ailleurs, l'hospitalisation d'office ne sera possible qu'en cas de dangerosité avérée et ne saurait être décidée dans le seul but d'évaluer une éventuelle dangerosité.

Dans une telle situation, le Tribunal de grande instance de Créteil dans un jugement du 15 avril 2014³⁰, a considéré que l'hospitalisation était abusive et constituait une faute de nature à engager la responsabilité de l'établissement de soin.

En effet, ce jugement énonce que « l'hospitalisation d'office n'est possible qu'en présence d'une dangerosité avérée liée à un trouble mental ; qu'en préconisant dans ses observations psychiatriques d'entrée et dans son certificat des vingt-quatre heures le maintien de l'hospitalisation d'office, sans avoir constaté l'existence d'un trouble mental compromettant la sûreté des personnes ou portant gravement atteinte à l'ordre public, dans le seul but d'évaluer une "éventuelle" dangerosité auto ou hétéro-agressive et de permettre à Monsieur Y. "de prendre du recul vis-à-vis de sa situation", et en attendant le quatrième jour d'hospitalisation pour établir un certificat demandant l'abrogation de la mesure, le Docteur Z. a commis une faute de nature à engager la responsabilité de l'établissement de soins dont il est salarié, cette faute ayant été commise dans l'exercice de ses fonctions et ayant contribué à l'hospitalisation abusive de Monsieur Y. ».

Il est intéressant de noter que le simple passage à l'acte du patient ne peut suffire à caractériser la faute de l'établissement.

En ce sens, le Tribunal administratif de Toulouse, dans une décision rendue le 27 avril 2010³¹, ne retient pas la responsabilité d'un établissement au sein duquel une patiente a été agressée par un autre patient.

Le Fonds de Garantie, qui s'est substitué à l'auteur des faits pour indemniser la victime, doit donc démontrer que l'intéressé présentait des signes évocateurs d'une dangerosité pour autrui avant la date de l'agression : « Considérant que le simple fait que l'agression se soit produite ne révèle pas l'existence d'une faute de l'établissement de soins, de nature à engager sa responsabilité ; que, pour soutenir que M. R. D. aurait dû faire l'objet d'une surveillance accrue, le FGVATI se fonde sur les procès-verbaux d'audition de membres

30. TGI Créteil, 15 avril 2014, n° 10/02846.

31. TA Toulouse, 27 avril 2010, n° 0603894.

du personnel de l'établissement en date du 19 et 23 septembre 2003, selon lesquels « M. R. D. est une personne délirante, manipulatrice et psychopathe », qu'il présente aussi une psychose avec altération de la pensée, qu'il n'a pas une perception correcte de la réalité, qu'il lui arrive d'avoir des hallucinations, qu'il est « assez calculateur et manipulateur » et immature ; que, cependant, il ne résulte ni de ces procès-verbaux ni d'aucune autre pièce du dossier que l'intéressé aurait présenté des signes évocateurs d'une dangerosité pour autrui avant la date à laquelle il a commis les faits pour lesquels il a été condamné ; que, par suite, en ne mettant pas en place de mesure spécifique de surveillance de M. R. D., qui était en hospitalisation libre, le CH Z. A. n'a pas commis de faute de nature à engager sa responsabilité. Considérant qu'il résulte de tout ce qui précède que la requête du FGVATI doit être rejetée ».

De la même manière, le **Tribunal administratif de Dijon** a considéré qu'un centre hospitalier spécialisé n'avait pas commis de faute bien qu'un patient ait mis le feu à son logement après avoir quitté l'établissement sans autorisation. Dans son **jugement du 16 novembre 2010**³², le tribunal retient que le patient ne remplissait pas les critères de dangerosité.

« Considérant qu'il résulte de l'instruction, et en particulier du rapport du Docteur X., que l'état de santé de M. Z. avant le passage à l'acte ne présentait pas les trois conditions nécessaires pour une hospitalisation d'office et que par ailleurs les actes et traitements médicaux successifs étaient pleinement justifiés ; que, si M. Z. n'a pas fait l'objet d'une convocation après sa sortie d'hôpital sans autorisation le 9 janvier 2004, cette circonstance n'est pas de nature à constituer une erreur du centre hospitalier dans la mesure où, d'une part, de telles sorties de ce type étaient déjà survenues par le passé sans entraîner systématiquement un

arrêt des soins, et où, d'autre part, les éléments classiquement retenus comme facteurs de dangerosité n'étaient pas tous réunis ; que les rapports des Docteurs Y. et A. produits par la Société O. pour contester les conclusions parfaitement claires de l'expert judiciaire ne sont pas de nature à les remettre en cause ; que le Docteur X. a d'ailleurs répondu aux observations formulées par le Docteur Y. en confirmant son analyse initiale ; qu'il résulte de ce qui précède que le centre hospitalier spécialisé n'a pas commis de faute de nature à engager sa responsabilité et que la requête présentée par la société O. doit être rejetée ».

Ainsi, le psychiatre doit, dans sa mission d'évaluation du diagnostic et de la dangerosité, adapter les soins tout en respectant les droits et les libertés du patient. En effet, toute administration abusive de soins psychiatriques au patient porterait atteinte à ses droits fondamentaux.

C. LE RESPECT DES DROITS FONDAMENTAUX DU PATIENT DANS LE CADRE DE LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE

Les soins psychiatriques requièrent, par principe, comme toute autre intervention sur la personne malade, le libre consentement de celle-ci³³. Lorsqu'il est nécessaire de recourir aux procédures de soins psychiatriques sans consentement (sur décision du directeur d'établissement³⁴, du représentant de l'État³⁵, ou encore, sur décision de justice³⁶), la personne malade bénéficie de mesures de protection garantissant ses droits et libertés.

La question de la conciliation des droits et libertés est au cœur de la réflexion concernant la prise en charge psychiatrique. En effet, il importe de s'efforcer de concilier deux exigences qui peuvent apparaître contradictoires, d'une part les droits et libertés fondamentaux du patient, et

32. TA Dijon, 16 novembre 2010, n° 0802356.

33. Pour aller plus loin, confère le Focus 3 « L'information des proches et des professionnels intervenant dans la prise en charge » de cette brochure.

34. Article L.3212-1 du code de la santé publique : consécutivement à la demande d'un tiers, en urgence ou non, ou sans demande de tiers en cas de péril imminent.

35. Admission sur décision préfectorale « directe » (article L.3213-1 du code de la santé publique) ou admission sur arrêté provisoire du maire (article L.3213-2 du code de la santé publique).

36. Article 706-135 du code de procédure pénale : lorsque la personne est déclarée irresponsable pénalement le juge peut ordonner une admission en soins psychiatriques. Le préfet de département en est immédiatement avisé.

d'autre part, la nécessité de le protéger, contre ses propres agissements, mais également de protéger les tiers.

L'article **L.3211-2 du code de la santé publique** dispose qu'« *une personne faisant l'objet de soins psychiatriques avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en soins psychiatriques libres. Elle dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades soignés pour une autre cause. Cette modalité de soins est privilégiée lorsque l'état de la personne le permet.* »

En d'autres termes, tout patient bénéficiant de soins psychiatriques, hospitalisé ou non, dispose des mêmes droits et libertés que n'importe quel autre patient. Seuls les patients bénéficiant de soins psychiatriques dits « sans consentement » connaissent des tempéraments dans l'aménagement de ces droits, les mesures concernées étant intrinsèquement réductrices des libertés individuelles.

A cet égard, l'article **L.3211-3 du code de la santé publique** dispose que « *lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux fait l'objet de soins psychiatriques en application des dispositions des chapitres II et III du présent titre ou est transportée en vue de ces soins, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis. En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée. [...]* ».

Le Conseil constitutionnel et la Cour européenne des droits de l'Homme ont également largement insisté sur la nécessité de garantir le caractère proportionné des restrictions³⁷. En effet, aucune mesure de soins ne peut conduire à la négation absolue des droits et libertés d'un individu, de sorte que ce régime est strictement encadré par le code de la santé publique dans **ses articles L.3211-2-1 et suivants**.

Ainsi, puisque l'hospitalisation psychiatrique consentie demeure le principe, le patient bénéficiant de ce type de soins ne saurait se voir oppo-

ser une ingérence dans sa vie privée et dans ses droits de manière générale.

A titre d'illustration jurisprudentielle, nous pouvons citer la **décision rendue par la première chambre civile de la Cour de cassation du 6 avril 2022**³⁸ qui écarte, pour absence de faute, la responsabilité de l'établissement qui n'a pas procédé à une fouille du patient sans nécessité avérée.

« *Ayant retenu, au regard des éléments de fait et de preuve qui lui étaient soumis et notamment des conclusions du rapport d'expertise, que l'association hospitalière avait pris les mesures de surveillance appropriées à l'état de santé de [J] [U] et que le seul fait qu'il ait pu se procurer une ceinture en trompant la vigilance du personnel hospitalier ne pouvait, même au regard du risque encouru, être imputé à faute au centre hospitalier, alors que, en hospitalisation libre, il ne pouvait légitimement faire l'objet d'une fouille sans nécessité avérée, la cour d'appel a procédé à la recherche prétendument omise.* »

1. L'évaluation de la nécessité de soins psychiatriques

Le principe est que tout patient faisant l'objet de soins psychiatriques avec son consentement pour des troubles mentaux dispose des mêmes droits et libertés que tout autre patient. La question délicate réside alors dans l'évaluation du risque, par le médecin, que présente le patient pour lui-même mais également pour autrui. Ce risque pourra alors justifier une admission en soins psychiatriques sans consentement (soins sur demande d'un tiers, soins pour péril imminent ou soins sur décision du représentant de l'Etat).

Ces décisions d'admission reposent généralement sur différents critères, à savoir :

- que la personne soit atteinte de « *troubles mentaux qui rendent impossible son consentement* ».
- que l'état mental résultant de ces troubles « *impose des soins immédiats assortis soit d'une surveillance médicale justifiant une hospitalisation complète, soit d'une surveillance médicale régulière justifiant une prise en charge sous la forme d'un programme de soins* »,

37. CEDH, 19 mai 2004, aff. 44568/98, R. L. et M.-J. D. c/ France ; Cons. const., décembre, 26 novembre 2010, n° 2010-70 QPC, Mlle Danielle S.

38. Cass., 1^{ère} civ., 6 avril 2022, n° 20-22.148.

La Haute autorité de santé a élaboré des recommandations de bonnes pratiques dans lesquelles elle prévoit des **critères d'évaluation de la capacité à consentir**, critères que les tribunaux ont tendance à mobiliser³⁹.

Cette autorité estime alors que la capacité à consentir doit être évaluée à partir des cinq dimensions suivantes : capacité à recevoir une information adaptée, capacité à comprendre et à écouter, capacité à raisonner, capacité à exprimer librement sa décision et capacité à maintenir sa décision dans le temps.

En outre, la Haute autorité de santé recommande aux professionnels de santé, pour apprécier la sévérité des troubles mentaux et la nécessité de soins immédiats, de rechercher : un **risque suicidaire**, un **risque d'atteinte potentielle à autrui**, une **prise d'alcool ou de toxiques** associée, un **délire ou des hallucinations**, des **troubles de l'humeur**, le **degré d'incurie**.

Pour le cas particulier d'admission sur décision du représentant de l'Etat, celle-ci peut être prononcée à l'encontre « *des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public* »⁴⁰. Cette décision est prise sur la base d'un certificat médical établi par un médecin, qui ne peut être un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil du patient. Il peut néanmoins s'agir d'un médecin non-psychiatre exerçant dans cet établissement⁴¹. Le médecin ne doit pas nécessairement se prononcer sur le fait que les troubles mentaux « *compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public* » mais il peut se contenter d'établir que ceux-ci nécessitent des soins. En effet, **l'appréciation de l'atteinte à l'ordre public relèvera du représentant de l'Etat**⁴².

La Cour administrative d'appel de Paris, dans une **décision du 25 septembre 2014**⁴³, écarte la responsabilité du préfet. En s'abstenant d'intervenir tout en connaissant la gravité des risques encourus, l'établissement psychiatrique a com-

mis une faute de nature à engager sa responsabilité à la suite d'un homicide commis par un patient plus d'un an après sa sortie. En revanche, le préfet n'est pas responsable dans la mesure où il a été induit en erreur par les informations données par les médecins de l'hôpital dans leurs certificats.

Ainsi, pour les cas de soins sur demande d'un tiers et soins pour péril imminent, l'avis des médecins psychiatres est primordial puisque le directeur d'établissement doit choisir la forme de soins adéquate (hospitalisation complète ou programme de soins) en se fondant sur l'avis du psychiatre établi dans le certificat dès 72 heures. Il en est de même si le psychiatre conclut à la prolongation des soins. Cet avis est moins contraignant dans les soins sur décision du représentant de l'Etat puisque ce dernier prend en compte des données non médicales, notamment le risque d'atteinte à l'ordre public.

Les décisions d'hospitalisation complète, en ce qu'elles constituent une privation de liberté, relèvent du directeur de l'établissement et sont contrôlées par le juge de la liberté et de la détention. L'avis des psychiatres permettra d'éclairer et de justifier de telles décisions.

S'agissant du programme de soins, il revient au psychiatre de l'élaborer. Il doit alors déterminer les types de soins, leur périodicité et les lieux de ces traitements. Le médecin doit s'efforcer de recueillir l'avis du patient, même en cas de simple modification du programme. Le praticien est libre de proposer des évolutions à tout moment, en fonction de son diagnostic, de l'efficacité des traitements, de l'attitude du patient, etc.

Ainsi, l'opportunité de soins ambulatoires ou hospitaliers, d'une hospitalisation libre ou sans consentement, du choix et des modalités d'administration du traitement sont autant de critères examinés par le juge. Un psychiatre a ainsi été relaxé du chef d'homicide involontaire du fait du suicide d'une patiente, au motif que les soins prodigués avaient été adaptés. L'expert a considéré que la mesure de soins libres dans une unité

39. HAS, Recommandations pour la pratique clinique, « *Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux* », Avril 2005.

40. Article L.3213-1 du code de la santé publique.

41. Cass., 1^{ère} civ., 15 juin 2017, n° 17-50.006.

42. Cass., 1^{ère} civ., 28 mai 2015, n° 14-15.686.

43. CAA Paris, 25 septembre 2014, n° 10PA01714.

ouverte était « conforme aux bonnes pratiques applicables dans le cas spécifique »⁴⁴.

• Focus sur l'isolement et la contention :

La loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 a modifié certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge afin de renforcer le respect des droits des patients. Cette loi de 2011 avait notamment institué un magistrat, le juge de la liberté et de la détention (JLD), statuant en matière civile, chargé de contrôler et d'autoriser les hospitalisations sans consentement. Ce magistrat, institué dans le cadre pénal, reste un juge civil. Il a vu ses possibilités d'intervention assez largement étendues par la loi de 2013.

Ces mesures s'appliquent aux patients faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement⁴⁵. Elles constituent une limitation à la liberté d'aller et venir reposant sur une décision médicale qui relève du psychiatre, si possible le psychiatre traitant. Cette décision doit être motivée, adaptée, nécessaire et proportionnée au risque lié à l'état mental du patient, après évaluation clinique de celui-ci. Elle doit être émise soit d'emblée, soit dans l'heure qui suit le début de la mesure.

La motivation doit faire apparaître toutes les alternatives mises en œuvre au préalable sans succès, démontrant que la décision médicale est prise **en dernier recours**.

Ces mesures font l'objet d'une surveillance stricte, somatique et psychiatrique, confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin et tracée dans le dossier patient⁴⁶.

L'article **L. 3222-5-1 du code de la santé publique** définit l'isolement et la contention comme des « pratiques de dernier recours », uniquement destinées à « prévenir un dommage immédiat ou

imminent pour le patient ou autrui », et rappelle qu'elles ne peuvent être décidées que par un psychiatre « pour une durée limitée ».

L'isolement concerne le placement du patient à visée de protection, lors d'une phase critique de sa prise en charge thérapeutique, dans un espace dont il ne peut sortir librement et qui est séparé des autres patients. Il s'agit d'un lieu dédié et adapté à l'état de santé du patient. L'isolement relève de la décision du psychiatre, moyennant la prescription d'une surveillance et d'un accompagnement. La décision d'isolement ne peut être prise que pour une durée maximale de 12 heures, renouvelable par périodes maximales de 12 heures, dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités, si l'état de santé du patient le nécessite. En toutes hypothèses, elle ne peut excéder une durée totale de 48 heures.

Le Conseil constitutionnel a jugé, à la suite de deux questions prioritaires de constitutionnalité en 2020⁴⁷ et 2021⁴⁸, que le législateur ne peut, au regard des exigences de l'article 66 de la Constitution aux termes duquel « nul ne peut être arbitrairement retenu », autoriser le maintien à l'isolement ou en contention en psychiatrie au-delà d'une certaine durée sans l'intervention systématique du juge judiciaire.

L'isolement ne peut être que médical et non punitif. Ainsi, **la Cour administrative d'appel de Marseille a jugé, dans une décision rendue le 21 mai 2015**⁴⁹, que les établissements de soins, et tout particulièrement ceux d'entre eux qui sont amenés à accueillir des patients fragilisés par des troubles mentaux, sont soumis à l'obligation générale de respecter leur dignité et de veiller à ce que les modalités d'exécution des mesures de placement en chambre d'isolement ne les soumettent pas à une épreuve qui excède le niveau de souffrance inhérent à toute mesure d'isolement non librement décidée. En l'espèce, les conditions de séjour du patient en chambre d'isolement doivent être regardées comme excé-

44. Crim., 12 juillet 2016, n° 16-80.337.

45. Il est possible, de manière exceptionnelle et dans les situations d'urgence, que ces mesures s'appliquent aux patients en soins libres.

46. Les logiciels d'informatisation du dossier médical du patient doivent prévoir la traçabilité de la décision médicale et du suivi de la mesure (soins, surveillance...).

47. Décision n° 2020-844 QPC du 19 juin 2020.

48. Décision n° 2021-912/913/914 QPC du 4 juin 2021.

49. CAA Marseille, 21 mai 2015, n° 13MA03115.

dant le niveau de souffrance inhérent à une telle mesure et, dès lors, attentatoires à sa dignité.

Dans le même sens, la **Cour administrative d'appel de Nantes, dans une décision du 16 décembre 2022**⁵⁰, retient la responsabilité de l'établissement de soins au sein duquel le patient a été mis en isolement dans des conditions portant atteinte à sa dignité.

Dans cette affaire, la cour énonce que « le maintien injustifié de M. B... de manière continue pendant une durée cumulée de 725 jours, largement excessive, en chambre d'isolement au sein de l'établissement public de santé mentale (EPSM) de F... et les conditions matérielles rappelées au point précédent de cette mise à l'isolement, caractérisent un traitement dégradant portant atteinte à la dignité du patient prohibé tant par les stipulations de l'article 3 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales que par les dispositions de l'article L. 3211-3 du code de la santé publique. La responsabilité pour faute de l'EPSM de F... doit donc être engagée à ce titre ».

La **Cour d'appel de Rennes, dans sa décision du 28 avril 2023**⁵¹, énonce que : « concernant l'absence de dommage imminent, les constatations de menace, agitation, agressivité, vécu délirant persécutif avec intolérance aux signes et règles du service, persistance de l'agressivité et des menaces à l'encontre du personnel **suffisant à justifier un maintien de la mesure d'isolement**. Que tel est le cas en l'espèce puisque le dernier certificat médical du 26 avril 2023 fait état d'une pathologie psychiatrique chronique avec forte comorbidité addictive, avec comportements hétéro-agressifs. L'ordonnance du juge des libertés et de la détention sera donc confirmée ».

S'agissant de la **contention**, on distingue :

- La **contention physique (manuelle)** : maintien ou immobilisation du patient en ayant recours à la force physique ;

- La **contention mécanique** : utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements empêchant ou limitant les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps dans un but de sécurité pour un patient dont le comportement présente un risque grave pour son intégrité ou celle d'autrui. C'est ce type de contention qui est visé par la loi et les recommandations émises par la Haute autorité de santé⁵².

Pour la mesure de contention prise dans le cadre d'une mesure d'isolement, il est fixé une durée initiale maximale de 6 heures, renouvelable lorsque l'état de santé du patient le nécessite, par périodes maximales de 6 heures, dans la limite d'une durée totale de 24 heures.

Par ailleurs, l'article **R. 4311-6** du même code donne compétence à un infirmier, dans le domaine de la santé mentale, pour accomplir « la surveillance des personnes en chambre d'isolement ». L'infirmier doit également mettre en œuvre les « protocoles d'isolement » décidés par le psychiatre⁵³.

Ces mesures peuvent être levées sur décision médicale, dès lors que le maintien n'est plus cliniquement justifié. A l'inverse, la **Cour d'appel de Versailles, dans une décision du 7 décembre 2022**⁵⁴, a jugé que la mesure de soins psychiatriques du patient doit être maintenue dès lors que l'état de celui-ci nécessite des soins et une surveillance constante :

« Initialement l'état de Monsieur X. a nécessité la mise en place d'une **contention mécanique et d'une mesure d'isolement**. La mesure d'isolement a pris fin le 10 novembre 2022. [...] Si le médecin psychiatre n'a pas conclu expressément au maintien de l'hospitalisation complète et si l'état de Monsieur X. s'est amélioré avec la prise quotidienne de traitement, il ressort néanmoins de ce certificat que le médecin ne parle pas de mainlevée de l'hospitalisation mais uniquement d'une permission de sortie accompagnée. Ce dernier parle d'absence de dangerosité aiguë, indiquant par là même que l'état du patient pré-

50. CAA Nantes, 16 décembre 2022, n° 19NT04325.

51. CA Rennes, 28 avril 2023, n° 23/00219.

52. HAS - « Isolement et contention en psychiatrie générale », Février 2017.

53. Article R. 4311-7 du code de la santé publique.

54. CA Versailles, 7 décembre 2022, n° 22/06955.

sente encore une dangerosité pouvant redevenir aiguë en cas d'arrêt du traitement, dangerosité qui s'est manifestée avant que le patient ne soit hospitalisé et pendant plusieurs jours à l'hôpital puisqu'une mesure d'isolement a été nécessaire. Le risque de trouble à l'ordre public est donc encore existant, risque accru en cas d'arrêt des traitements et d'absence de suivi, suivi qui sera difficile à mettre en œuvre compte tenu de la situation précaire du patient.

Ce certificat médical est donc suffisamment précis pour justifier les restrictions à l'exercice des libertés individuelles de Monsieur [I] [E] [Y], qui demeurent adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis, l'intéressé se trouvant dans l'impossibilité de consentir aux soins en raison des troubles décrits, son état nécessitant des soins assortis d'une surveillance constante. L'ordonnance sera donc confirmée en ce qu'elle a maintenu la mesure de soins psychiatriques de Monsieur [I] [E] [Y] sous la forme d'une hospitalisation complète ».

La contention peut être levée indépendamment de la mesure d'isolement.

2. Le défaut de prise en charge

Une fois l'évaluation terminée, le psychiatre, comme tout professionnel de santé, est dans l'obligation de prendre en charge les patients qui nécessitent des soins.

L'article L.1110-5 du code de la santé publique dispose à cet égard que : « Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir, sur l'ensemble du territoire, les traitements et les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire et le meilleur apaisement possible de la souffrance au regard des connaissances médicales avérées. »

Ainsi, l'obligation de soins constitue l'obligation essentielle de tout médecin. Bien que tout médecin dispose d'un droit de refuser les soins, le devoir d'assistance prime toujours.

Le manquement à ce devoir peut naturellement engager la responsabilité des professionnels de santé, et ce, également en psychiatrie. Le défaut de prise en charge peut prendre différentes formes susceptibles d'engager la responsabilité des médecins.

En ce sens, le **Tribunal correctionnel de Marseille, dans une décision du 18 décembre 2012⁵⁵**, retient la faute d'un psychiatre pour ne pas avoir posé de diagnostic, privant ainsi le patient de soins adaptés.

Dans cette espèce, un patient avait assassiné le compagnon de sa grand-mère. Après que son irresponsabilité pénale a été reconnue, sa psychiatre a été mise en cause pour homicide involontaire.

Les charges relevées contre le médecin sont les suivantes : « avoir refusé de poser le moindre diagnostic de maladie mentale privant ainsi l'intéressé de soins adaptés alors qu'un diagnostic de schizophrénie paranoïde avait été arrêté par l'ensemble des experts et psychiatres ayant eu à examiner ; n'avoir pris aucune disposition effective pour ramener à exécution de manière contraignante la mesure d'hospitalisation d'office alors qu'elle disposait des moyens en personnel pour le faire ; que ce patient avait multiplié par le passé des manifestations de dangerosité croissante ; qu'elle avait été alertée par la famille d'un risque de passage à l'acte dans le cadre d'un conflit familial et qu'enfin Monsieur G. avait été hospitalisé dans un service d'urgence pour une blessure à l'arme blanche dans des conditions particulièrement troubles. »

Dans cette affaire, en l'absence de diagnostic, le patient n'a pas pu bénéficier de soins adaptés à sa pathologie psychiatrique, puisque celle-ci n'a pas été identifiée. Le patient a fugué de la consultation peu de temps avant le meurtre, alors que le médecin lui annonçait sa réintégration à l'hôpital après une sortie d'essai dans le cadre d'une hospitalisation d'office. La permission de sortie n'a pas été reprochée au psychiatre, mais le juge a considéré qu'il n'avait pas pris les mesures effectives pour ramener à exécution, de manière contraignante, la mesure d'hospitalisation, alors même qu'il disposait des moyens en

55. Tribunal correctionnel de Marseille, 18 décembre 2012, n° 08000450026.

personnels pour le faire et que la dangerosité de son patient évoluait de manière croissante. Cette défaillance a été qualifiée de faute caractérisée.

En l'espèce, la condamnation a été évitée pour prescription de l'action publique. Néanmoins, ce défaut de prise en charge aurait été susceptible d'engager sa responsabilité.

Tout professionnel doit donc s'assurer de la qualité de la prise en charge des patients. A défaut, il est susceptible d'engager sa responsabilité. Cette prise en charge devra, par la suite, faire l'objet d'une surveillance.

FOCUS 2

LE DÉFAUT DE SURVEILLANCE DU PROFESSIONNEL DE SANTÉ

La question de la surveillance des patients bénéficiant de soins psychiatriques est au cœur de leur prise en charge. En effet, au-delà du risque qu'ils peuvent présenter pour eux-mêmes, certaines pathologies peuvent également mettre en danger autrui et l'ordre public.

L'article **L.1142-1 du code de la santé publique** dispose : « *I. - Hors le cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé, les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du présent code, ainsi que tout établissement, service ou organisme dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute. [...]* »

Ainsi, tout professionnel de santé qui commettrait une faute dans l'exercice de son art peut voir sa responsabilité engagée à ce titre.

La nature de l'obligation qui pèse sur les professionnels de santé est une obligation de moyens¹ selon une jurisprudence constante². Ainsi, le médecin est tenu de donner à son patient des soins consciencieux, attentifs et, réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science.

En matière psychiatrique, la faute peut consister en un **défaut de surveillance** du patient, ce dernier ayant engendré un dommage à autrui³ ou à lui-même. La victime peut alors se retourner contre le psychiatre pour engager sa responsabilité, et obtenir la réparation du dommage subi.

C'est d'ailleurs ce qu'affirme la première chambre civile de la Cour de cassation, dans sa **décision du 13 octobre 1999**⁴, qui énonce qu'un établissement psychiatrique n'est tenu que d'une obligation de surveillance de moyens en fonction de la pathologie du malade et de sa situation administrative.

Par ailleurs, ce devoir est apprécié plus ou moins strictement selon le mode d'hospitalisation du patient.

A. UNE OBLIGATION RENFORCÉE SELON LA SPÉCIALISATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET LE MODE D'HOSPITALISATION

1. Etablissements spécialisés en psychiatrie

L'obligation de surveillance est renforcée lorsque le patient est hospitalisé dans un établissement spécialisé en psychiatrie. A cet égard, il incombe à tout établissement spécialisé de prendre les mesures nécessaires afin d'éviter la survenance de tout dommage du fait de ses patients.

C'est en ce sens que la première chambre civile de la Cour de cassation a rendu **une décision le 11 juillet 1961**⁵ dans laquelle elle a pris en compte la spécialisation de l'établissement pour retenir sa responsabilité.

En l'espèce, une mineure avait été hospitalisée sur demande de son père, en raison de son syndrome schizophrénique. Après avoir tenté une première fugue qui fut un échec, elle s'est défenestrée le lendemain en se jetant des toi-

1. Civ., 20 mai 1936, Epoux Mercier.

2. Cass., 1^{ère} civ., 8 novembre 2000, n° 99-11.735 ; Cass., 1^{ère} civ., 22 novembre 2007, n° 05-20.974 ; TA Rennes, 10 mars 2023, n° 2000531 ; CAA Bordeaux, 2 mars 2023, n° 21BX00304.

3. CE, 16 avril 1980, *Ghelaf*, 04667 : patient blessé à la suite de son agression par un voisin de chambre.

4. Cass., 1^{ère} civ., 13 octobre 1999, n° 97-16.216 : affirmation de l'obligation de moyens incombant aux professionnels de santé dans la surveillance des patients.

5. Cass., 1^{ère} civ., 11 juillet 1961, n° 395.

lettres. La cour d'appel avait écarté la responsabilité de la clinique. La Cour de cassation casse cette décision en énonçant : « *Attendu qu'en cas d'hospitalisation dans un établissement psychiatrique, cet établissement est tenu vis-à-vis du malade d'une obligation de soins et d'une obligation de surveillance ; celle-ci doit se traduire par des mesures appropriées à son état et à ses réactions connues en vue d'assurer sa sécurité contre lui-même* ».

Le risque de tentative de suicide est élevé dans les établissements spécialisés en psychiatrie. Il est fréquent que le patient ou ses ayants droit, dans le cas d'un passage à l'acte, agissent en responsabilité en invoquant le défaut de surveillance qui a rendu possible le geste suicidaire⁶.

Lorsque le suicide survient dans un **établissement public**, l'action contre l'établissement reposera soit sur le fondement d'une faute médicale de surveillance commise par un médecin hospitalier, soit sur le fondement d'un défaut d'organisation ou de fonctionnement du service public hospitalier⁷.

Le Tribunal administratif de Montpellier⁸ a, par exemple, retenu la responsabilité d'un centre hospitalier pour défaut de prise en charge. En l'espèce, le patient a été admis au centre hospitalier après avoir été retrouvé inanimé dans son véhicule, victime d'une autolyse par intoxication médicamenteuse. Il n'a pas pu être vu par un médecin psychiatre à son arrivée car l'ingestion de somnifères et d'antidépresseurs le plaçait dans un état de somnolence. Le lendemain, à son réveil, le patient a demandé une telle consultation. Dans l'attente, la prise en charge depuis son admission s'est limitée à un examen clinique et biochimique et à la surveillance de ses constantes vitales. Ainsi, la cour énonce que « *dans ces conditions, en ne mettant pas en place une prise en charge spécialisée plus rapide au moment*

de son réveil, permettant d'évaluer le risque de récurrence suicidaire du patient et de prendre les mesures de prévention adaptée, sans justifier de raisons y ayant fait obstacle autres que son état de somnolence à son arrivée la veille en fin de journée, le centre hospitalier a commis une faute de nature à engager sa responsabilité ».

Lorsque le suicide survient dans un **établissement privé**, l'action peut être exercée sur le fondement d'un manquement à l'obligation de surveillance dont l'établissement est débiteur en vertu du contrat hospitalier. Pour rappel, il s'agit d'une obligation de moyens appréciée de manière plus ou moins stricte par les juridictions, et qui dépend de la personnalité du patient et des informations portées à la connaissance de l'établissement⁹.

La Cour d'appel de Paris a, par exemple, retenu la responsabilité d'une clinique pour manquement à l'obligation de surveillance dans une hypothèse où son personnel avait laissé un patient angoissé, pour lequel le médecin traitant n'avait fait aucune recommandation particulière, dans une pièce dont les fenêtres n'étaient pas munies de vitres incassables¹⁰.

Dans une affaire publiée au bulletin, la **première chambre civile de la Cour de cassation**¹¹ énonce qu'en vertu du contrat d'hospitalisation et de soins le liant à son patient, un établissement de santé privé est notamment tenu de prendre les mesures nécessaires pour veiller à sa sécurité, les exigences afférentes à cette obligation étant fonction de l'état du patient : « *Encourt dès lors la cassation l'arrêt qui, bien qu'ayant constaté que la patiente d'une clinique psychiatrique, ligotée sur son lit en raison de la gravité de son état, avait été laissée sans surveillance, aucun membre du personnel de la clinique psychiatrique ne se trouvant à l'étage où se situait sa chambre, et que seul l'appel d'un autre malade*

6. F. Chabas, « *Remarques sur la responsabilité des médecins psychiatres et des cliniques psychiatriques en droit privé* » : Gaz. Pal. 1980, 2, doct. p. 486. – C. Denambride, « *La responsabilité pénale dans le domaine de la psychiatrie du fait du passage à l'acte de patients* » : RGDM, n° 16, 2017, p. 106. – J. Leroy, « *Le médecin face au suicide de son patient* » : JCP G 2020, 937. – D. Viriot-Barrial, « *La responsabilité du psychiatre dans sa mission d'évaluation de la dangerosité* » : RGDM 2013, 109.

7. CE, 5 janvier 1966 ; CE, 9 juillet 1969 ; CE, 29 avril 1983 ; CE, 27 février 1985.

8. TA Montpellier, 6 septembre 2019, n° 1701895.

9. CA Aix-en-Provence, 9 décembre 2009, n° 08/14707 : existence d'une faute pour avoir laissé un rasoir en possession d'une personne suicidaire ; CA Grenoble, 20 juin 2017, n° 16/02993 : la cour évoque une obligation de surveillance renforcée compte tenu des antécédents du patient.

10. CA Paris, 18 décembre 1961.

11. Cass., 1^{ère} civ., 18 juillet 2000, n° 99-12.135.

avait permis de se rendre compte que la patiente avait mis le feu à son lit pour se suicider, estime néanmoins que cet établissement de santé n'avait commis aucune faute de surveillance ».

D'autres décisions apprécient au cas par cas la probabilité de l'acte suicidaire et n'engagent la responsabilité de la clinique psychiatrique que si cette probabilité est élevée. La Cour de cassation a, par exemple, considéré que le fait de laisser à un patient une ceinture avec laquelle il s'était suicidé par pendaison ne constituait pas une faute dès lors que rien ne permettait de prévoir un tel geste¹². Allant dans le même sens, la Cour d'appel de Paris a estimé qu'il n'existait aucune raison de craindre un geste suicidaire d'un patient dont la dernière tentative de suicide remontait à dix ans, malgré plusieurs séjours en clinique effectués depuis pour état dépressif¹³. De même, le fait de laisser un patient sortir de l'établissement sans accompagnement ne constitue pas une faute de la part de la clinique, dès lors que ces autorisations de sortie s'inscrivent dans le cadre de la prise en charge thérapeutique du patient par le médecin¹⁴.

En revanche, dès lors que le patient a été hospitalisé après une tentative de suicide ou présente des antécédents, la clinique manque à son obligation de surveillance si elle ne met pas en œuvre toutes les précautions nécessaires pour assurer la sécurité du patient et éviter un nouveau geste suicidaire¹⁵.

Ainsi, le **Conseil d'Etat**, dans une **décision rendue le 18 juin 2018**¹⁶, retient la responsabilité d'un centre hospitalier spécialisé pour défaut de prise en charge et de surveillance du malade qui avait déjà tenté de se suicider.

Dans cette affaire, à la suite d'une tentative de suicide, une patiente a été prise en charge par un centre hospitalier spécialisé à la demande de ses parents. Quelques semaines plus tard, cette patiente s'est échappée de l'établissement et a tenté à nouveau de se suicider. Elle est devenue paraplégique.

Le Conseil d'Etat annule la décision de la cour d'appel au motif que « *considérant qu'il ressort des pièces du dossier soumis au juge du fond que Mme D., qui souffrait depuis deux ans d'anorexie mentale, avait commis trois tentatives de suicide, dont une immédiatement antérieure à son admission au CHS de Caen, et avait fugué au cours d'une hospitalisation précédente ; qu'elle se trouvait encore, dans les jours ayant précédé les faits en litige, dans un état psychiatrique particulièrement préoccupant, qui s'était traduit par une tentative d'auto-strangulation, comme l'attestent les comptes-rendus d'hospitalisation cités par l'expert désigné par le juge des référés du tribunal administratif ; que si le CHS de Caen n'est pas spécialisé dans la prise en charge des mineurs, il n'en est pas moins un établissement psychiatrique, en mesure d'accueillir des patients présentant un risque suicidaire élevé, qu'afin de limiter les risques de fugue de l'intéressée, le psychiatre de l'établissement qui la suivait avait prescrit la plus grande vigilance dans son suivi, décidant en particulier qu'elle devrait rester en pyjama, en dehors des périodes où elle participait aux activités thérapeutiques qui lui avaient été prescrites ; que les vêtements de ville de Mme D. lui ont été remis, le matin de sa fugue, afin de lui permettre de prendre part à l'une de ces activités ; que cependant, ces vêtements ne lui ont pas été repris lorsqu'elle a finalement exprimé à l'infirmier qui venait la chercher son souhait de rester dans sa chambre ; que l'adolescente, pourtant affaiblie, a ensuite pu s'échapper de l'établissement en passant notamment devant un bloc vitré où étaient censés se trouver deux agents de surveillance, chargés de contrôler les sorties des patients, en profitant, selon l'expert Judiciaire, d'une « inattention momentanée » de ces derniers ; qu'en retenant, en dépit de ces circonstances, qu'aucun manquement fautif ne pouvait être reproché au CHS dans la prise en charge et la surveillance de Mme D., la cour a inexactement qualifié les faits de l'espèce ; que, par suite, sans qu'il soit besoin d'examiner les autres moyens du pourvoi, son arrêt doit être annulé ».*

12. Cass., 1^{ère} civ., 4 mai 1970, n° 68-11.767, Publié au bulletin.

13. CA Paris, 6 mars 1972.

14. CA Orléans, 18 mai 1998, n° 96001702.

15. Cass., 1^{ère} civ., 26 janvier 1971 ; Cass., 1^{ère} civ., 12 novembre 1985 ; CA Bordeaux, 13 janvier 1999, n° 9600623 ; CA Paris, 1^{er} avril 2011, n° 09/0828 ; CA Aix-en-Provence, 21 septembre 2017, n° 16/07773.

16. CE, 18 juin 2018, n° 411049.

Dans le cadre d'une hospitalisation sous contrainte, l'obligation de surveillance est appréciée plus strictement.

En ce sens, le **Conseil d'Etat**, dans une décision du 12 octobre 1983¹⁷, retient une faute dans l'organisation du service d'un établissement en cas de fugue d'un patient violent placé d'office.

Dans cette affaire, « 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, 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 disposaient le centre, un défaut dans l'organisation du service et un défaut de surveillance qui engagent la responsabilité de cet établissement.** »

Pour autant, l'analyse du défaut de surveillance s'effectuera au regard des obligations mises à la charge de l'établissement. Ainsi, en l'absence de texte prévoyant la réalisation de fouilles corporelles dans les établissements hospitaliers, il ne peut être retenu à l'encontre d'un établissement un défaut de surveillance à raison de l'absence de recherche de médicaments¹⁸.

De la même manière, la simple fugue ne suffit pas à caractériser le défaut de surveillance d'un centre hospitalier, y compris lorsque la situation du patient commandait de procéder à une surveillance rapprochée. **Le Tribunal administratif de Lyon**¹⁹ a ainsi considéré qu'il n'y avait pas de défaut de surveillance du centre hospitalier aux motifs que « le jour de l'incident, M.X. était calme, coopérant et n'indiquait pas de

volonté suicidaire. En outre, au moment de la fugue de M.X., les agents du service, en nombre suffisant, étaient mobilisés autour d'une urgence vitale alors que le départ de l'intéressé a été rapidement constaté ».

En revanche, **le Tribunal administratif de Caen**²⁰ a condamné un centre hospitalier spécialisé pour défaut de surveillance et pour ne pas avoir entrepris les démarches nécessaires en vue de retrouver un patient fugueur, lui reprochant notamment de ne pas avoir pris contact avec les personnes chez lesquelles il avait résidé auparavant.

Par ailleurs, le simple fait de placer un patient en isolement ne justifie pas la mise en place de mesures de surveillance particulières²¹.

Ainsi, l'absence de fouille de la chambre d'un patient placé en isolement ne révèle pas une faute de surveillance de l'établissement, y compris lorsque l'absence de fouille a facilité la réalisation du suicide du patient²².

En revanche, la mise en place de mesures de contention renforce l'obligation de surveillance de l'établissement à l'égard de son patient.

C'est notamment le cas lorsque le patient a été victime, dans sa chambre, d'une suffocation mortelle alors qu'il avait été attaché à son lit en raison de son état de santé et qu'il n'avait pas été jugé utile de lui administrer un sédatif. **La Cour administrative d'appel de Nantes** a ainsi jugé que cette situation révèle une prise en charge inadaptée et un défaut de surveillance de nature à engager la responsabilité du centre hospitalier²³.

Il en est de même lorsque le patient a été victime, dans sa chambre, d'un incendie alors qu'il avait été attaché à son fauteuil en raison de son état de santé. Cet incendie suffit, quelles qu'en soient les causes, à révéler un défaut de surveillance constitutif d'un dysfonctionnement dans l'organisation du service hospitalier²⁴ ; Idem lorsqu'un patient faisant l'objet d'une mesure de contention décède d'asphyxie par étouffement avec

17. CE, 12 octobre 1983, n° 37768.

18. CAA Bordeaux, 23 février 2021, n° 19BX00139.

19. TA Lyon, 9 décembre 2014, n° 1202835.

20. TA Caen, 30 décembre 2009, n° 0702704.

21. TA Orléans, 1^{er} décembre 2011, n° 1002946.

22. TA Grenoble, 18 avril 2017, n° 1507694.

23. CAA Nantes, 24 mai 2012, n° 10NT01952.

24. CAA Nantes, 8 décembre 2011, n° 10NT0009947.

une sangle abdominale du fait d'un manque de surveillance alors que son état d'agitation et les risques d'étouffement bien connus induits par les mesures de contention nécessitaient une surveillance renforcée²⁵.

Dans le même sens, la **Cour administrative d'appel de Bordeaux, dans sa décision du 9 juin 2020**²⁶, retient la responsabilité de l'établissement au titre d'un défaut de surveillance lors d'une mesure de contention d'un patient : « *il doit être tenu pour établi que le défaut de surveillance du dispositif de contention en cause est à l'origine de la survenance du syndrome de canal carpien droit présenté par Mme H... I...* ».

Il est utile de souligner que le **Tribunal de grande instance de Draguignan**²⁷ a énoncé que le personnel infirmier commet une faute en relevant à deux reprises un état de « délirium » sans pour autant prévenir un médecin, seul habilité à prescrire un sédatif et une mesure de contention (patient ayant sauté par une fenêtre ouverte en pleine nuit dans une chambre voisine). Un défaut d'organisation du service est également imputable à la clinique, faute d'avoir établi une conduite à tenir en cas d'incident de ce type avec le nom du médecin référent.

L'obligation de surveillance demeure même lorsque le patient bénéficie de **soins psychiatriques dits libres**²⁸. Elle est toutefois appréciée avec plus de souplesse.

A ce titre, la **deuxième chambre civile de la Cour de cassation, dans une décision du 8 mars 2018**²⁹, rappelle qu'en présence d'un contrat d'hospitalisation libre liant la victime à un établissement de santé privé, la responsabilité de ce dernier ne pouvait être recherchée que sur le fondement d'un manquement à ses obligations contractuelles de sécurité et de surveillance.

Dans cette affaire, pour condamner l'établissement l'arrêt d'appel retient que « *la fondation (qui gère l'établissement de santé privé), dans*

la mesure où elle avait pour mission d'organiser et de contrôler à titre permanent le mode de vie de M. X..., ne peut qu'être déclarée responsable des conséquences dommageables de la faute commise par celui-ci sur le fondement de la responsabilité générale du fait d'autrui édictée par l'article 1384, alinéa 1, du code civil, quand bien même, d'une part, la victime séjournait elle-même dans l'établissement depuis juin 1999, d'autre part, l'auteur de l'agression y aurait, à l'instar de celle-ci, été admis sous contrat d'hospitalisation libre ;

Qu'en statuant ainsi, alors qu'en présence d'un contrat d'hospitalisation libre liant la victime, M. Z..., à la fondation, la responsabilité de cette dernière ne pouvait être recherchée que sur le fondement d'un manquement à ses obligations contractuelles de sécurité et de surveillance, la cour d'appel a violé le premier des textes susvisés par refus d'application et le second par fausse application ». La responsabilité d'un établissement ne peut être recherchée pour un défaut de surveillance renforcée d'un patient atteint de troubles mentaux dès lors que ce dernier est hospitalisé sous le régime de l'hospitalisation libre. Dans cette hypothèse, le principe applicable est celui de la liberté d'aller et venir. Il ne peut être porté atteinte à cette liberté de manière contraignante par voie de protocolisation des règles de sortie de l'établissement³⁰.

De la même manière, le **Tribunal administratif de Melun** reconnaissait en 2013³¹ que dans le cadre du régime d'hospitalisation libre, un centre hospitalier disposait de pouvoirs limités, de sorte que l'absence de mise en chambre d'isolement ou d'administration d'un traitement par voie intramusculaire ne constituait pas une faute de nature à engager sa responsabilité.

Pour le **Tribunal administratif de Toulouse, dans une décision du 20 octobre 2011**³², la circonstance que la patiente, admise deux jours plus tôt en hospitalisation libre en psychiatrie, se soit suicidée au moyen d'un objet non dangereux par

25. CAA Toulouse, 15 mars 2022, n° 19TL23060.

26. CAA Bordeaux, 9 juin 2020, n° 18BX01743.

27. TGI Draguignan, 27 mars 2012, n° 10/05647.

28. CE, 30 juin 1978, n° 99514.

29. Cass., 2^{ème} civ., 8 mars 2018, n° 16-17.624.

30. Cass., 1^{ère} civ., 29 mai 2013, n° 12-21.194, Publié au bulletin.

31. TA Melun, 3 mai 2013, n° 1102141/1.

32. TA Toulouse, 20 octobre 2011, n° 0805264.

nature (débris de pot de confiture), ne suffit pas à établir qu'elle aurait été victime d'un défaut de surveillance, l'établissement de soins n'étant tenu qu'à une obligation de moyens et non de résultat, et ce d'autant plus que la surveillance mise en place était adaptée à l'état de la malade.

Dans le même sens, le **Tribunal administratif de Nancy, dans une décision du 28 juin 2013**³³, ne retient pas la responsabilité de l'établissement. En l'espèce, la patiente admise en hospitalisation libre qui fugue et qui se fracture trois vertèbres en sautant de la fenêtre voit sa requête indemnitaire contre le centre hospitalier rejetée au motif qu'elle était libre de quitter l'établissement à tout moment sans prendre le risque de se blesser et qu'elle n'en a jamais exprimé le souhait.

Le **Conseil d'Etat, dans une décision du 12 mars 2012**³⁴, affirme qu'une cour ne commet pas d'erreur de droit en prenant en compte, pour juger qu'un centre hospitalier n'a pas commis de faute en n'adoptant pas des méthodes coercitives de surveillance, la circonstance que l'intéressé, qui avait demandé son hospitalisation, relevait du régime de l'hospitalisation libre.

Pour autant, le régime d'hospitalisation libre n'empêche pas la mise en œuvre de mesures graduées, médicamenteuses et/ou matérielles, adaptées à l'état d'un patient et permettant d'éviter un passage à l'acte. Ainsi, le passage à l'acte d'une patiente qui a mis fin à ses jours avec le cordon de son appareil audio et qui a eu la possibilité de s'enfermer dans sa chambre au domicile accessible aux soignants qui sont passés à deux reprises le soir des faits, ne saurait révéler un défaut d'organisation du service susceptible d'engager la responsabilité du centre hospitalier, en l'absence d'éléments laissant présager un passage à l'acte (aggravation de l'état dépressif, manifestation d'idées suicidaires, comportement anormal)³⁵.

Dans une décision de la **Cour administrative d'appel de Marseille, rendue le 17 juin 2013**³⁶,

la responsabilité civile du centre hospitalier est engagée malgré l'hospitalisation libre. L'arrêt retient que ce n'est pas parce que la patiente était déjà connue du service que l'examen clinique et la surveillance devaient être allégés : « *En s'abstenant de procéder dans les délais utiles à une évaluation clinique, médicale et infirmière de l'état d'une patiente, susceptible de rendre possible une prise en charge adaptée et, le cas échéant, une adaptation de son régime d'hospitalisation, un centre hospitalier commet une faute de nature à engager sa responsabilité* ».

De la même manière, la circonstance qu'une patiente, dont l'hospitalisation n'était plus justifiée mais qui demeurait en attente de transfert vers un établissement adapté, se soit retrouvée seule dans sa chambre avec un gant en latex qu'elle a ingéré, révèle une faute de nature à engager la responsabilité civile du centre hospitalier, dès lors que le risque d'ingestion d'objet divers de la part de la jeune fille était connu et avait justifié la mise en place de mesures particulières notamment l'aménagement de sa chambre afin qu'elle ne puisse avoir à sa disposition aucun objet susceptible d'être ingéré³⁷.

Par ailleurs, la signature par la victime d'un certificat de refus d'hospitalisation n'est pas, compte tenu des négligences relevées dans la prise en charge, de nature à atténuer la responsabilité de l'établissement³⁸.

A titre d'illustration jurisprudentielle :

Le **Cour administrative de Lyon, dans une décision du 8 novembre 2012**³⁹, retient la responsabilité de l'établissement : « *En n'engageant aucune tentative de rétablissement d'un lien thérapeutique avec le patient "en fugue" et en ne prévenant pas son entourage, alors même qu'ils connaissaient sa vulnérabilité et sa dangerosité en situation de rupture thérapeutique et médicamenteuse, les services du centre hospitalier spécialisé dans lequel*

33. TAA Nancy, 28 juin 2013, n° 1101026.

34. CE, 12 mars 2012, n° 342774 et 342898.

35. TA Orléans, 31 juillet 2013, n° 1203165.

36. CAA Marseille, 17 juin 2013, n° 11MA00769.

37. TA Rennes, 16 octobre 2013, n° 1004650.

38. TA Rouen, 7 janvier 2010, n° 0701945.

39. CAA Lyon, 8 novembre 2012, n° 11LY00331.

l'intéressé était hospitalisé en service libre, et alors même qu'une telle hospitalisation ne constitue pas une méthode thérapeutique créant un risque spécial pour les tiers, ont commis une faute de nature à engager la responsabilité de l'établissement ».

2. Etablissements non spécialisés en psychiatrie

Lorsque le dommage corporel intervient dans une clinique non spécialisée en psychiatrie, la jurisprudence engage la responsabilité de l'établissement pour manquement à son obligation de surveillance si des éléments objectifs laissent craindre que le patient risquait d'attenter à sa vie⁴⁰.

Ainsi, la première chambre civile de la **Cour de cassation**⁴¹, a rejeté le pourvoi formé à l'encontre d'un arrêt rendu par la Cour d'appel de Grenoble ayant retenu la responsabilité d'un centre de cure et de post-cure où une patiente s'était jetée par la fenêtre. La Cour a considéré que l'établissement avait manqué à son obligation contractuelle de prudence et de diligence envers la patiente admise au sein de l'établissement en vue de poursuivre un traitement médical commencé après une première tentative de suicide. Elle relève que l'établissement connaissait exactement les antécédents suicidaires de la malade dont le cas avait fait l'objet d'une correspondance psychiatrique de l'hôpital et le personnel médical avait lui-même constaté une évolution défavorable et une aggravation de l'état dépressif de la patiente. La cour d'appel a retenu que bien que non spécialisé dans le traitement des cas psychiatriques, le centre aurait dû exercer une surveillance spéciale sur sa pensionnaire.

Le Tribunal administratif de Bastia, dans une **décision du 17 avril 2014**⁴², retient la responsabilité du centre hospitalier pour défaut de surveillance d'un patient avec des antécédents suicidaires : « *Le fait qu'un patient admis à la suite d'une tentative de suicide ait pu échapper à la vigilance du service et mettre fin à ses jours en accédant facilement au toit de l'hôpital révèle*

une défaillance dans la surveillance et une faute dans l'organisation du service. Dès lors que des défaillances dans l'organisation du service ont rendu possible le suicide du patient, la responsabilité civile du Centre Hospitalier se trouve pleinement et entièrement engagée et non seulement à concurrence d'une simple perte de chance ».

A contrario, la Cour de cassation n'a pas retenu la responsabilité d'une clinique lorsqu'aucun antécédent ne laissait redouter une tentative de suicide ou lorsque ni les proches du patient, ni le médecin traitant, n'avaient averti le personnel soignant de son état psychique précaire et qu'aucune réaction de sa part ne laissait prévoir une tentative de suicide⁴³.

De la même manière, le juge, pour écarter la responsabilité du centre hospitalier intercommunal, retient que « *compte tenu de l'absence de risque suicidaire de la victime, du renforcement des mesures de surveillance mises en place par le centre hospitalier et des missions incombant à un service de médecine générale, la défenestration de Mme X. ne peut être regardée comme révélant un défaut d'organisation ou de fonctionnement du service de nature à engager la responsabilité du centre hospitalier »*⁴⁴.

Finalement, quel que soit le débiteur de l'obligation de surveillance, le Conseil d'Etat est venu rappeler, dans une **décision du 29 septembre 2021**⁴⁵, que celle-ci devait être appréciée *in concreto* par les juges du fond.

B. L'APPRÉCIATION DU DÉFAUT DE SURVEILLANCE

Il est de jurisprudence constante qu'un **devoir spécial de surveillance incombe tout particulièrement au médecin psychiatre**, puisque c'est à lui qu'il revient de **prescrire les mesures de surveillance appropriées** en fonction du diagnostic posé. Ainsi, le respect d'une consigne donnée

40. Cass., 1^{ère} civ., 23 février 1982 ; CA Nîmes, 15 juin 2010, n° 08/02761 : concernant une maison de convalescence ; Cass., 1^{ère} civ., 9 juin 2011, n° 10-18.002 ; CA Paris, 16 novembre 2012, n° 10/19711 : dommage subi par une personne hospitalisée dans un service de gériatrie et ayant fait une fugue ; Cass., 1^{ère} civ., 9 juin 2011, n° 10-18.002 ; CA Paris, 3 octobre 2019, n° 17/16286.

41. Cass., 1^{ère} civ., 23 février 1982, n° 80-16.708, publié au bulletin.

42. TA Bastia, 17 avril 2014, n° 1300123.

43. Cass., 1^{ère} civ., 31 mars 1965, n° 63-11.990, Publié au bulletin.

44. TA Toulouse, 3 juillet 2014, n° 1101259.

45. CE, 29 septembre 2021, n° 432627.

par le psychiatre libéral, telle que de laisser la fenêtre ouverte, exonère la clinique de toute responsabilité envers le patient⁴⁶.

La première chambre civile de la Cour de cassation, dans sa **décision du 20 janvier 1982**⁴⁷, retient la faute du psychiatre pour ne pas avoir prescrit au personnel de la clinique psychiatrique une vigilance accrue d'un malade qui s'est suicidé :

« [...] Que la cour d'appel a déclaré le docteur Z... responsable du préjudice subi par les consorts X..., aux motifs qu'il avait reçu, la veille des faits, une communication téléphonique du mari de la malade le mettant en garde à la suite de propos significatifs tenus par Mme X... pendant sa précédente sortie, qu'il lui appartenait ainsi de vérifier le bien fondé des inquiétudes du mari et de prescrire au personnel une vigilance accrue, qu'ayant négligé de le faire, il n'avait pas montré une conscience et une attention suffisantes dans l'exécution de ses obligations vis-à-vis de sa cliente et qu'il avait donc commis une faute en relation directe avec le décès ;

[...]

Mais attendu, en premier lieu, que les juges du second degré ont énoncé qu'un régime de liberté relative jugé bénéfique dans l'état actuel des données de la science et propre à favoriser la réadaptation était en vigueur dans l'établissement où exerçait le Docteur Z..., que les risques inhérents à cette méthode avaient été acceptés par l'entourage de la malade, mais qu'une fois mis en garde par le mari, comme il le reconnaissait lui-même malgré son désaccord sur la façon dont ces inquiétudes avaient été exprimées, le **médecin se devait non pas seulement d'examiner la patiente, mais aussi, ce qu'il n'a pas fait, de prescrire au personnel de la clinique, à toute éventualité, une vigilance accrue** et ce, d'autant plus que le régime libéral de cette clinique était de nature à Mme Y... de fuite ou suicide ; Que la cour d'appel en a déduit que le **Docteur Z... avait**

manqué à ses obligations contractuelles de prudence et de diligence [...] ».

En effet, le psychiatre doit surveiller l'état du patient en analysant de manière sérieuse et approfondie les risques suicidaires.

Pour cela, il tiendra compte des antécédents du malade, de son état actuel et des renseignements fournis par son entourage. Ainsi, la Cour d'appel d'Aix-en-Provence ne retient pas de faute du psychiatre qui ne pouvait suspecter, compte tenu des éléments qu'il avait à disposition, un risque de défenestration⁴⁸.

Dès lors qu'il ne se livre pas à cette analyse ou qu'il ne prescrit pas les mesures de soins et de surveillance les plus appropriées, le médecin commet une faute technique.

Ainsi, le médecin, mis en garde par le mari de la patiente des intentions suicidaires de cette dernière, commet une faute s'il n'informe pas le personnel de la nécessité de renforcer la surveillance des faits et gestes de la patiente⁴⁹ ou s'il prend, à la suite de cette information, des mesures inadaptées, telles que la décision de laisser la fenêtre de la patiente ouverte malgré les risques suicidaires⁵⁰, ou encore, le fait de ne pas placer le patient dans une chambre sécurisée⁵¹. Il en est de même pour le psychiatre qui ne modifie pas les conditions d'hospitalisation du malade, alors que l'état de celui-ci s'était dégradé⁵².

Néanmoins, la jurisprudence a pu préciser que cette obligation de surveillance renforcée pesant sur le médecin psychiatre était subordonnée au constat d'éléments permettant au praticien de déceler une intention suicidaire chez le patient, constat justifiant des mesures particulières de surveillance.

C'est ainsi que la **première chambre civile de la Cour de cassation, dans une décision rendue le 1^{er} mars 2005**⁵³, relève l'importance de caracté-

46. Cass., 1^{ère} civ., 17 juin 2010, n° 09-10.334.

47. Cass., 1^{ère} civ., 20 janvier 1982, n° 80-17.229.

48. CA Aix-en-Provence, 17 juin 2009, n° 99/14943.

49. Cass., 1^{ère} civ., 20 janvier 1982, n° 80-17.229.

50. Cass. 1^{ère} civ., 17 juin 2010, n° 09-10.334.

51. CA Aix-en-Provence, 21 septembre 2017, n° 16/07773.

52. Cass., 1^{ère} civ., 10 juin 1997 ; CA Bordeaux, 13 janvier 1999, n° 96006235 ; CA Poitiers, 5 novembre 2008, n° 07/00544.

53. Cass., 1^{ère} civ., 1^{er} mars 2005, n° 03-18.481.

ser un constat de l'état du patient nécessitant des mesures particulières de vigilance.

« Attendu que le lendemain de son admission, avec son accord, à la clinique psychiatrique, Mme Z... a tenté de mettre fin à ses jours ; qu'ayant subi différentes blessures, elle a recherché la responsabilité de l'établissement qui a appelé en garantie M. X..., médecin psychiatre exerçant à titre libéral au sein de la clinique ;

Attendu que pour déclarer M. X... solidairement responsable avec la clinique du dommage subi par Mme Z..., l'arrêt attaqué relève que la patiente se trouvait dans un contexte délirant déjà connu et était dépressive, de sorte qu'il appartenait au praticien de prendre toutes les mesures et précautions nécessaires et d'alerter la clinique, afin d'éviter un suicide toujours possible chez une personne dans cet état, hospitalisée dans un établissement spécialisé à la demande de son psychiatre ;

Qu'en statuant ainsi, sans constater l'existence d'éléments devant permettre à M. X..., lorsqu'il avait vu Mme Z..., de déceler une intention suicidaire justifiant des mesures de surveillance particulières, la cour d'appel n'a pas donné de base légale à sa décision ; [...] »

Par ailleurs, l'action en responsabilité peut également être intentée contre l'établissement psychiatrique dans lequel séjournait le patient, notamment pour défaut de surveillance, qui peut répondre de toute ou partie de l'indemnisation.

Ce devoir de surveillance demeurant une obligation de moyens, le juge mobilise divers critères afin de déterminer le caractère approprié, ou non, de la surveillance mise en place par l'établissement.

A cet égard, les juges tiennent compte du **comportement du patient, le caractère prévisible ou imprévisible du fait générateur commis par le patient, les tendances ou antécédents suicidaires en cas de suicide du patient, ou l'organisation matérielle du service.**

A titre d'illustrations jurisprudentielles :

- CAA Nantes, 30 décembre 1999, n° 96NT02160 : **prise en compte de la prévisibilité de l'acte pour apprécier la faute.**

« [...] Considérant que si quatre jours avant l'accident susrelaté, M. Eric X... avait manifesté

une inquiétude tenant à la perspective d'un changement d'établissement et à la mécontente entre ses parents, il résulte de l'instruction qu'eu égard à l'absence de manifestation anormalement exacerbée de son anxiété, et au caractère tout à fait habituel, dans le cadre de sa pathologie, de son comportement le soir même précédant sa défenestration, son geste était imprévisible et ne peut être imputé à une sous-estimation de son état constitutive d'une erreur de diagnostic ; [...] »

- TA Grenoble, 20 décembre 2013, n°1100725SD : **prise en compte de la prévisibilité de l'acte dangereux.**

Si la nature exacte des faits commis était imprévisible, un passage à l'acte dangereux pour lui-même ou pour autrui était en revanche très vraisemblable au regard de l'état de confusion mentale du patient. Dans ces circonstances, le transfert du patient, contre avis médical, vers une unité ne disposant pas de chambre d'isolement, et l'absence de la seule infirmière de garde au moment des faits, ont directement permis la réalisation de l'agression. Il appartenait en dernier lieu au centre hospitalier de choisir l'orientation à donner au patient, en dépit de l'opposition de la famille à un transfert vers un établissement spécialisé.

- CAA Lyon, 10 juin 2010, n° 08LY00867 : **Un traitement pour déprime et une tentative de suicide avant l'hospitalisation ne sauraient suffire à établir un défaut de surveillance. En l'absence de tout risque connu, le centre hospitalier n'était pas tenu d'alerter immédiatement les services de secours (information de la famille en temps utile).**

« Considérant qu'il résulte de l'instruction que ni les antécédents médicaux de Mme A. ni son comportement, qualifié de calme lors de son admission, ne permettaient de présumer qu'elle pourrait fuguer de l'établissement, alors qu'elle avait consenti à intégrer le service de psychiatrie en secteur ouvert, et mettre fin à ses jours ; que dès lors, si le centre hospitalier d'Aurillac n'a pas pris de mesures de surveillance spécifiques à son égard, le seul fait, qu'avant son hospitalisation, Mme A. était traitée pour une déprime et qu'elle aurait, une première fois, tenté de mettre fin à ses jours, ne saurait suffire à établir qu'il aurait commis une faute dans l'organisation ou le

fonctionnement du service ; que dans les circonstances de l'espèce, et en l'absence de tout risque connu, le centre hospitalier, qui n'était pas tenu d'alerter immédiatement les services de secours de la fuite de l'intéressée mais qui en a informé sa famille en temps utile, n'a pas davantage commis de faute dans l'organisation ou le fonctionnement du service ; que pour aucun de ces motifs sa responsabilité ne saurait donc être engagée ».

- CAA Marseille, 19 octobre 2006, n° 05MA00624 : **prise en compte des tendances ou antécédents suicidaires pour apprécier la faute.**

« [...] Considérant qu'il résulte de l'instruction, notamment des déclarations de l'entourage de M. X. corroborant celles du praticien du centre hospitalier, que M. X. ne présentait à son admission, ni antécédent, ni symptôme particulier semblant le prédisposer à un comportement suicidaire et n'était pas jusqu'alors agité ; que si les requérants allèguent avoir alerté les praticiens sur le fait que M. X. était traité sur le plan psychiatrique pour état phobique, **une telle circonstance ne suffit pas à établir l'existence d'un risque particulier de suicide ; [...]** »

- CA Besançon, 12 septembre 2012, n° 10/02297 : **prise en compte de la bonne appréhension du risque suicidaire par l'établissement.**

« Attendu que A. B. a été adressée au centre hospitalier de Clairefontaine par le service des urgences de l'hôpital de Vesoul à la suite d'une tentative de suicide par pendaison ; qu'elle y a été admise le 18 mai 2006, sous le régime de l'hospitalisation à la demande d'un tiers (sa fille) ; qu'elle avait manifesté 48 heures auparavant le même type de passage à l'acte par ingestion toxico-médicamenteuse ;

Attendu que les conclusions de l'entretien d'entrée effectué par le Docteur Z. font état d'un syndrome dépressif majeur avec idées suicidaires et risque majeur de passage à l'acte nécessitant une surveillance par rapport à l'acte suicidaire ; [...]

Attendu que A. B. a été placée dans une chambre d'isolement dite « ouverte », sa ceinture et ses collants lui étant retirés ;

Attendu que A. B. a été examinée le 18 mai par le Docteur Y., puis le 19 mai par le Docteur X. ; que l'état de la patiente semblait s'améliorer aux termes des entretiens avec les médecins ; que les deux premières nuits se sont passées sans difficultés ; qu'elle a été placée dans une chambre dite classique (non verrouillée contrairement aux chambres d'isolement) au premier étage, dont la surveillance est assurée la nuit par quatre rondes ; que la première ronde, effectuée à 21h30 par l'équipe de jour, n'a mis en évidence aucun problème ; qu'il est sans emport qu'elle ait été effectuée par un aide-soignant ; qu'à 00h 10 C. D., infirmier, a découvert le corps sans vie de A. B. ;

[...]

Attendu qu'il apparaît des pièces produites **que le risque suicidaire a été bien appréhendé et a été l'objet d'une surveillance en application du protocole en vigueur dans ce cas ; qu'il n'est pas démontré que le placement de la patiente dans une chambre sécurisée aurait permis d'éviter son passage à l'acte ; qu'aucune faute en lien avec le suicide de la patiente ne peut ainsi être reprochée à l'hôpital ;**

La faute de surveillance peut également être corrélée à une faute dans l'aménagement du service, en raison des risques intrinsèques du secteur psychiatrique ».

Par ailleurs, la Cour administrative d'appel de Bordeaux⁵⁴ affirme que la décision de placement sous le régime de l'hospitalisation à la demande d'un tiers n'implique pas nécessairement le placement du patient en milieu fermé, ni sa surveillance permanente.

- CAA Versailles, 14 octobre 2009, n° 07VE00960 : **Le maintien de la patiente en service de cardiologie malgré ses antécédents suicidaires et l'expression répétée et insistante d'idées suicidaires constitue une erreur dans le choix du service hospitalier le mieux à même de soigner son état dépressif : responsabilité de l'établissement engagée.**

« Considérant qu'il résulte de l'instruction que, lors de son hospitalisation, Mme Sylvie A. a été prise en charge par le service de cardiologie et non par le service de psychiatrie

54. CAA Bordeaux, 25 février 2014, n° 12BX02882.

du centre hospitalier, alors que le praticien qui l'avait examinée venait de constater une réapparition de la symptomatologie dépressive avec, notamment, angoisse et idéation morbide et que l'intéressée avait tenté à deux reprises de se donner la mort, à l'âge de 15 ans puis de 29 ans ; qu'il résulte des constatations des deux experts successivement désignés par le tribunal administratif que Mme A. a présenté, au cours de son hospitalisation, la persistance d'une angoisse importante ainsi que des pleurs fréquents et a exprimé à plusieurs reprises et de façon insistante des idées suicidaires ; qu'en dépit du risque de suicide auquel elle était exposée et que le centre hospitalier ne pouvait ignorer compte tenu de ses antécédents, elle a été maintenue dans un service de cardiologie au lieu d'être transférée dans le service de psychiatrie où elle aurait bénéficié d'un accueil dans un environnement protégé et de la mise en œuvre d'un traitement et d'une surveillance mieux adaptés à son état ; que la circonstance que l'intéressée ait eu une ceinture à sa disposition et ait été en mesure de se pendre au portemanteau de la salle de bains dans laquelle elle s'était enfermée révèle, contrairement à ce que soutient le centre hospitalier, une erreur dans le choix du service hospitalier le mieux à même de soigner son état dépressif ainsi qu'un défaut de surveillance constitutif d'une faute dans l'organisation et le fonctionnement du service, de nature à engager la responsabilité de l'établissement hospitalier ; que, par suite, et sans qu'il soit besoin de statuer sur la fin de non-recevoir opposée par les consorts A, l'établissement hospitalier n'est pas fondé, par la voie de l'appel incident, à contester sa responsabilité ».

- TA Dijon, 13 novembre 2008, n° 0603098 : **prise en compte des antécédents suicidaires pour adapter les mesures de surveillance.**

« M. X. était bien connu des services médicaux du centre hospitalier spécialisé, eu égard à ses multiples tentatives de suicide et hospitalisations ; que M. X. ne souffrait pas d'une maladie mentale franche, mais plutôt d'une grande dépendance à l'égard de sa femme ; que le traitement prescrit était adapté pour traiter l'anxiété et l'abattement de M. X. ; qu'ainsi Mme Y. et autres ne peuvent se prévaloir d'un diagnostic ou d'un traitement inadapté lors de l'hospitalisation de M. X. au centre hospitalier spécialisé ;

Sur la mesure d'hospitalisation sous contrainte : Considérant qu'il résulte, de l'instruction et notamment du rapport de l'expert, que M. X. avait déjà, par plusieurs tentatives, souhaité mettre fin à ses jours ; que dans ce contexte de risque de récurrence, il convenait de maintenir l'hospitalisation ; qu'eu égard au refus de M. X. de rester hospitalisé, la mesure d'hospitalisation sous contrainte était justifiée ; qu'ainsi Mme Y. et autres ne peuvent se prévaloir d'une mesure d'hospitalisation inadaptée de M. X. au centre hospitalier spécialisé de la Charité-sur-Loire ».

- Crim., 23 avril 2013, n° 12-85.027 : **si le patient a pu conserver sa ceinture et n'a pas été placé en chambre d'isolement malgré ses antécédents suicidaires, la succession des précautions et soins pratiqués à son égard témoigne d'une préoccupation constante de l'évolution de celui-ci. Aucune négligence dans la surveillance, dans les soins n'étant caractérisée, l'infraction d'homicide involontaire ne peut être retenue.**

« Et alors que, lorsqu'un patient est admis dans un hôpital psychiatrique, lorsqu'il est notoire qu'il est habité par des idées suicidaires, lorsqu'il est avéré que la veille et le jour des faits il avait clairement déclaré préférer mourir que de vivre et en avoir marre de la vie, l'hôpital se devait de faire en sorte d'éviter que le patient ait à portée de main ce qui lui permettrait de passer à l'acte ; et ce, ne serait-ce qu'au titre d'une organisation normale du service et de soins normaux à apporter aux patients eu égard à leur propre état de crise ; qu'en estimant que le fait d'avoir finalement laissé le patient seul dans une chambre double et de l'avoir laissé avec une ceinture qu'il utilisera pour mettre fin à ses jours au motif qu'il n'est pas d'usage d'ôter aux malades leurs effets personnels susceptibles d'être dangereux afin de ne pas les déshumaniser, la chambre de l'instruction retient là encore une motivation inopérante, contraire à ce que postulent des soins adaptés et des mesures de surveillance adaptées à la situation d'un patient schizophrène, voulant mettre fin à ses jours, l'ayant clairement exprimé et en réalité se trouvant seul dans une chambre qui était double, en statuant comme elle l'a fait, la cour viole de plus fort les textes cités au moyen.

Attendu que les énonciations de l'arrêt attaqué mettent la Cour de cassation en mesure

de s'assurer que, pour confirmer l'ordonnance de non-lieu entreprise, la chambre de l'instruction, après avoir analysé l'ensemble des faits dénoncés dans la plainte et répondu aux articulations essentielles du mémoire produit par la partie civile appelante, a exposé, par des motifs exempts d'insuffisance comme de contradiction, que l'information était complète et qu'il n'existait pas de charges suffisantes contre quiconque d'avoir commis le délit reproché, ni toute autre infraction ».

- CAA Nancy, 29 janvier 1998, n° 95NC00177 : **faute d'un établissement au titre d'un aménagement défectueux des locaux.**

« [...] qu'il est en outre constant que l'intéressée a pu se rendre seule aux toilettes, d'où elle a franchi sans difficulté excessive le vasistas, protégé par un grillage extérieur dont la conception s'est révélée impropre à empêcher la chute de la patiente ; que les circonstances susrelatées de l'accident survenu à Mme B... révèlent ainsi tant un défaut de surveillance qu'un aménagement défectueux des locaux constitutif d'un défaut d'organisation du service de nature à engager la responsabilité du centre de soins et d'hygiène mentale U. A., établissement recevant habituellement des malades mentaux ; [...] ».

- TA Châlons-en-Champagne, 26 mai 2011, n° 0802134-1, n° 0802135-1 et n° 0802165-1 : **L'absence de dispositif de sécurité dans une unité spécialisée en psychiatrie est, en l'espèce, constitutive d'une faute dans l'aménagement des locaux de nature à engager la responsabilité civile du centre hospitalier.**

« Considérant qu'il résulte de l'instruction que les motifs de l'admission de Mme Y. au service des urgences du centre hospitalier de T. puis son transfert dans des services spécialisés du centre hospitalier, ainsi que les éléments figurant dans son dossier médical, révèlent un état psychologique très fragilisé caractérisé par des idées suicidaires particulièrement relevées par les médecins l'ayant examinée ; que, dans ces conditions, même si Mme Y. n'aurait manifesté, dans les heures qui ont précédé son geste aucun signe qui aurait permis de présumer celui-ci, et si son état a été jugé compatible avec une hospitalisation libre selon les modalités sus analysées, la circonstance que l'établissement qui l'a accueillie n'ait pas été muni de disposi-

tifs de sécurité alors qu'il constitue une unité spécialisée en psychiatrie et notamment pour sécuriser la chambre située au deuxième étage affectée à Mme Y., doit être regardée comme constitutive d'une faute dans l'aménagement des locaux de nature à engager la responsabilité du centre hospitalier ».

- CAA Nancy, 27 janvier 2005, n° 00NC00459 : **analyse du comportement du malade et absence de défaut d'aménagement des locaux : pas de faute de l'établissement pour défaut de surveillance.**

« Considérant qu'il ressort des pièces du dossier qu'à l'issue d'une hospitalisation de trois semaines dans le service de neurochirurgie du centre hospitalier universitaire de Nancy consécutive à une tentative de suicide le 6 avril 1994, Mlle Y. a été transférée le 28 avril 1994 au sein du même établissement dans une chambre du service d'ophtalmologie dépendant, sur le plan médical, du service de neurochirurgie en attendant son transfert dans le service de psychologie médicale prévu pour le 2 mai suivant à 14 heures ; que le 2 mai 1994, dans les minutes qui ont suivi son retour d'une consultation d'ophtalmologie vers 13 heures, Mlle Y. s'est jetée par la fenêtre d'une chambre voisine de celle qu'elle occupait et est décédée sur le coup ; que son compagnon a demandé au centre hospitalier universitaire de Nancy réparation des préjudices subis du fait de la faute qu'aurait commise cet établissement en ne surveillant pas de façon appropriée la malade et de celle commise à raison du transfert tardif dans le service de psychologie médicale ; que par le jugement attaqué, les premiers juges ont rejeté sa demande ;

Considérant, d'une part, que l'établissement hospitalier a pris en compte l'état de santé de Mlle Y., lors de son transfert au service d'ophtalmologie, tant sur le plan physiologique qu'en raison de son comportement qui pouvait laisser penser qu'elle pouvait, à nouveau, tenter de se suicider, en plaçant cette malade dans une chambre dont les fenêtres étaient verrouillées et en lui administrant les soins appropriés à son état ;

Considérant, d'autre part, qu'il n'est pas établi, ainsi que l'ont d'ailleurs relevé les premiers juges, que Mlle Y. aurait manifesté dans les heures qui ont précédé son décès un comportement néces-

sitant un renforcement de la surveillance alors exercée selon les seules exigences du placement libre, voire un transfert accéléré ; qu'il résulte de l'instruction qu'à son retour de consultation, elle a été reconduite dans sa chambre par une infirmière qui n'a relevé aucun trouble de comportement ; que dans ces conditions, alors qu'elle était apparue sereine à la perspective de son transfert, rien ne permettait de laisser penser que Mlle Y. profiterait de ce court laps de temps pour gagner la chambre voisine ; que contrairement à ce que soutient M. X., la circonstance que la fenêtre de cette chambre n'était pas verrouillée n'est pas constitutive, eu égard aux caractéristiques de l'établissement, d'un défaut d'aménagement des locaux ;

Considérant qu'il résulte de tout ce qui précède que, dans les circonstances dans lesquelles le suicide de Mlle Y. s'est produit, cet accident ne saurait être imputé ni à une faute médicale, ni à une absence de surveillance du personnel ou à un défaut d'organisation du service et que, par suite, M. X. n'est pas fondé à soutenir que c'est à tort que, par le jugement attaqué, le Tribunal administratif de Nancy a rejeté sa demande ».

• CAA Bordeaux, 6 mai 2014, n° 12BX02255 :

En l'absence d'éléments rendant prévisible un passage à l'acte (tentative de suicide résultant d'un raptus) et alors que la tentative s'est produite entre deux passages d'une infirmière dans la chambre, qui se sont succédés à environ 1/4 d'heure l'un de l'autre, aucun défaut de surveillance ne peut être retenu à l'encontre du centre hospitalier, ce d'autant que le transfert du patient dans une unité psychiatrique plus contraignante ne présentait pas de caractère d'urgence.

Par ailleurs, le simple fait qu'un patient ait été agressé par un autre ne révèle pas un défaut d'organisation du service⁵⁵. S'agissant du retard dans le signalement d'une fugue (aux services de police et à la famille), il n'est source de responsabilité pour un centre hospitalier spécialisé que s'il a été préjudiciable à la victime (perte de chance d'avoir pu être retrouvé avant son suicide)⁵⁶.

C. L'ÉVALUATION DU DOMMAGE LIÉ AU DÉFAUT DE SURVEILLANCE

Il est fréquent, en matière de psychiatrie, que le dommage réparable ne soit pas le dommage corporel (subi par le patient ou le tiers) mais la perte de chance d'échapper au dommage ou de présenter un dommage de moindre gravité. La réparation se fera alors à hauteur de la probabilité qu'aurait eu le dommage de se réaliser si aucune faute n'avait été commise dans la surveillance du patient⁵⁷.

Le Conseil d'Etat, dans un arrêt de principe du 6 novembre 2013⁵⁸, affirme que la chance perdue doit être sérieuse c'est-à-dire que la perte de chance ne sera exclue que s'il est tenu pour certain que la faute n'a pas eu de conséquence sur l'état de santé du patient : « s'il n'est pas certain qu'en l'absence de faute le dommage ne serait pas advenu, le préjudice qui résulte directement de la faute commise par l'établissement et doit être intégralement réparé n'est pas le dommage corporel constaté, mais la perte d'une chance de l'éviter, que la réparation qui incombe à l'hôpital doit alors être évaluée à une fraction du dommage corporel déterminée en fonction de l'ampleur de la chance perdue ».

En l'espèce, une personne est conduite par les pompiers dans un établissement psychiatrique. Elle quitte ensuite le centre hospitalier contre l'avis de l'interne de garde. Le lendemain matin, elle met fin à ses jours. Ses ayants droit engagent la responsabilité de l'hôpital et obtiennent de la cour d'appel une réparation intégrale de leurs préjudices en raison de la prise en charge fautive du patient. En effet, l'interne de garde n'avait ni consulté le dossier médical de la patiente, ni informé le médecin dont il relevait. Le Conseil d'Etat, qui constate l'existence d'une faute de l'établissement hospitalier dans la prise en charge du patient, énonce que la réparation incombant à l'hôpital devra être évaluée à une fraction du dommage corporel déterminée en fonction de l'ampleur de la chance perdue d'éviter ce dommage.

55. CAA Bordeaux, 14 novembre 2006, n° 03BX02353.

56. TA Paris, 16 novembre 2010, n°0820591/6-2.

57. CAA Lyon, 1^{er} mars 2018, n° 16LY03055.

58. CE, 6 novembre 2013, n° 352043 ; voir également : CE, 10 mars 2016, n° 386362 ; Cass., 1^{re} civ., 5 juillet 2017, n° 16-21510.

La Cour administrative d'appel de Versailles, dans une décision du 8 juillet 2022⁵⁹, retient une perte de chance d'éviter le dommage subi par la patiente liée à un défaut de surveillance et à une sous-estimation de la gravité de la situation de cette dernière.

« 5. Dans le cas où la faute commise lors de la prise en charge ou du traitement d'un patient dans un établissement public hospitalier a compromis ses chances d'obtenir une amélioration de son état de santé ou d'échapper à son aggravation, le préjudice résultant directement de la faute commise par l'établissement et qui doit être intégralement réparé n'est pas le dommage corporel constaté, mais la perte de chance d'éviter que ce dommage advienne, la réparation qui incombe à l'hôpital devant alors être évaluée à une fraction du dommage corporel déterminée en fonction de l'ampleur de la chance perdue.

[...]

7. En second lieu, Mme D. soutient également que les fautes du centre hospitalier dont le tribunal administratif de Versailles a admis l'existence, tenant à un défaut de surveillance dans le service de psychiatrie et à un retard de prise en charge par le service des urgences sont la cause directe de ses dommages corporels.

Toutefois il ne résulte pas de l'instruction, et notamment des rapports d'expertise du Dr A. C. et du Dr E., ce dernier se bornant à indiquer qu'« une prise en charge plus précoce aurait peut-être permis un séjour en réanimation plus court et moins invasif », que les séquelles dont souffre la requérante puissent être regardés comme la conséquence directe et certaine du défaut de surveillance et du retard de prise en charge médicale.

A cet égard, le Dr B., expert de l'assureur de Mme D. dans l'expertise amiable contradictoire, avait estimé en 2012 que la sous-estimation de la gravité de la situation et le défaut de surveillance avaient entraîné une perte de chance d'éviter de voir survenir un syndrome de détresse respiratoire aiguë, l'ex-

pert fixant cette perte de chance à 50 %. Il suit de là que Mme D. n'est pas fondée à soutenir que le tribunal administratif de Versailles aurait à tort indemnisé une fraction du dommage corporel déterminée en fonction de l'ampleur de la chance perdue. Il ne résulte par ailleurs pas de l'instruction que les premiers juges auraient, au regard des fautes commises par le centre hospitalier, inexactement apprécié l'ampleur de la perte de chance subie par Mme D. en la fixant à 50 % ».

Par ailleurs, dans une décision du 20 janvier 2020⁶⁰, dans laquelle il est reproché au psychiatre d'avoir sous-estimé la gravité des troubles du patient alors qu'il aurait dû choisir une hospitalisation d'office, la Cour d'appel d'Orléans énonce que : « même en l'absence de faute, il ne pouvait être tenu pour certain que le malade ne se serait pas suicidé au sein de l'hôpital. Le préjudice subi s'analyse donc bien en une perte de chance, celle-ci se mesurant au regard de l'ampleur de la chance perdue et non en fonction de la nature et de la gravité de la faute (voir en ce sens, Cass., 1^{ère} civ., 12 septembre 2018, n° 17-22.311). D'où le taux retenu, nettement inférieur à celui choisi par les premiers juges ».

Dans le même sens, voir :

• TA Melun, 7 mai 2010, n° 0702949/1 et 0702181/1 :

Le maintien d'un patient dans une structure dont la surveillance était inadaptée à son état et le défaut de surveillance consécutif, sont indirectement à l'origine du décès du patient dont la cause est liée à son alcoolisme chronique (mort subite à la suite d'une épilepsie ou pancréatite aiguë) : indemnisation d'une perte de chance d'éviter le décès à hauteur de 50%.

59. CAA Versailles, 8 juillet 2022, n° 18VE01933.

60. CA d'Orléans, 20 janvier 2020, n° 18/00552.

FOCUS 3

L'INFORMATION DU PATIENT, DES PROCHES ET DES PROFESSIONNELS INTERVENANT DANS LA PRISE EN CHARGE

A. UNE OBLIGATION D'INFORMATION INTUITU PERSONAE

L'obligation d'information du médecin doit être adaptée à la particularité de l'acte médical (1) et à la personnalité du patient (2). Cette obligation demeure lors d'une prise en charge psychiatrique (3).

1. La particularité de l'acte médical

L'article L. 1111-2 du code de la santé publique prévoit que « toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé ».

Cet article précise également que « cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus ».

Les tempéraments à l'obligation d'information du psychiatre sont les mêmes que pour tout autre médecin : le refus du patient d'être informé¹, l'urgence et l'impossibilité d'informer².

Par un arrêt rendu le 23 mai 2000³, la Cour de cassation avait estimé que le médecin pouvait être dispensé de son obligation d'information dans l'intérêt même du patient.

En l'espèce, le médecin n'avait pas informé son patient d'une psychose maniaco-dépressive pour laquelle il était traité. La Cour de cassation approuve la cour d'appel d'avoir écarté la responsabilité du médecin psychiatre au motif que l'intérêt du patient justifiait la limitation de l'information quant au diagnostic.

Selon la cour, « l'article 42 du Code de déontologie médicale issu du décret du 28 juin 1979 applicable en la cause autorise le médecin à limiter l'information de son patient sur un diagnostic ou un pronostic grave ; (...) une telle limitation doit être fondée sur des raisons légitimes et dans l'intérêt du patient, cet intérêt devant être apprécié en fonction de la nature de la pathologie, de son évolution prévisible et de la personnalité du malade (...) ».

Toutefois, cet arrêt, antérieur à l'entrée en vigueur de la loi Kouchner, statuait au regard des anciennes dispositions de l'article R.4127-35 du code de la santé publique qui disposait que :

« Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.

Toutefois, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-7, dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave, sauf dans les cas où l'affection dont il est atteint expose les tiers à un risque de contamination.

Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite. »

Cet alinéa 2 a été supprimé par le décret n° 2012-694 du 7 mai 2012 et remplacé par cette nouvelle

1. Articles L. 1111-2 et L. 1111-4 du code de la santé publique.

2. Article L. 1111-2 du code de la santé publique.

3. Cass., 1^{ère} civ., 23 mai 2000, n° 98-18.513.

disposition : « Toutefois, lorsqu'une personne demande à être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, sa volonté doit être respectée, sauf si des tiers sont exposés à un risque de contamination ».

En effet, « l'information a été longtemps une prérogative exercée par un médecin qui appréciait en conscience si son patient devait en recevoir la délivrance. Le pouvoir du praticien résidait alors dans sa libre décision de donner ou non l'information.

La reconnaissance, dans la loi nouvelle, d'un droit du malade à être informé, implique en contrepartie le pouvoir d'exiger du thérapeute la délivrance de l'information, celui de lui imposer une fois informé le choix de sa décision »⁴.

La tenue dans l'ignorance d'un diagnostic a donc été supprimée afin de permettre au patient seul de limiter l'information qu'il reçoit.

Le médecin doit donc délivrer au patient une information préalable qui éclaire ce dernier sur la nature et les conséquences du traitement ou de l'intervention envisagés et lui permet d'accepter ou de refuser ces derniers en toute connaissance de cause⁵.

Cette obligation d'information est plus importante lorsqu'elle concerne certains actes médicaux particuliers, notamment en raison de leur composante psychologique.

Ainsi, dans le cas de la chirurgie bariatrique chez l'adulte, la Haute autorité de santé recommande depuis 2009 d'effectuer une évaluation psychologique et psychiatrique préopératoire.

Elle préconise que le patient bénéficiant d'une telle chirurgie doit être informé à toutes les phases de la prise en charge, et que cette information doit porter principalement sur :

- « les différentes techniques chirurgicales : leur principe, leurs bénéfices respectifs, leurs risques

et inconvénients respectifs, les limites de la chirurgie ;

- la nécessité d'une modification du comportement alimentaire et du mode de vie (nécessité d'une activité physique régulière) avant et après l'intervention ;

- la nécessité d'un suivi médico-chirurgical la vie durant et les conséquences potentiellement graves de l'absence de suivi ;

- la possibilité de recours à la chirurgie réparatrice après la chirurgie bariatrique ».

La Haute autorité de santé insiste sur l'importance de la bonne compréhension du patient de cette information.

2. La personnalité du patient

a) Obligation d'information pour la recherche d'un consentement libre et éclairé

L'obligation d'information du médecin a pour objectif de permettre au patient d'exprimer un consentement réellement éclairé à l'acte médical.

Après avoir été longtemps d'origine essentiellement jurisprudentielle, l'obligation pour le médecin de recueillir le consentement libre et éclairé du patient avant tout acte médical, et de respecter la volonté ainsi exprimée, est aujourd'hui prévue par de nombreux textes de droit interne⁶. Cette obligation est également imposée par des textes internationaux⁷.

L'obligation de recueillir le consentement libre et éclairé est un droit fondamental du patient, ainsi qu'en atteste la place de cette obligation dans la loi du 4 mars 2002, située par le législateur dans un chapitre relatif aux droits des usagers du système de santé.

Cette obligation est un devoir essentiel du médecin, dont le non-respect est de nature à engager la responsabilité de ce dernier.

4. F. Alt-Maes, « Les deux faces de l'information médicale : vers un nouvel équilibre des relations médecin-malade après la loi du 4 mars 2002 ? », Gaz. Pal. 16 décembre 2003, n°350.

5. Pour plus de précisions concernant les conséquences d'un manquement à cette obligation d'information, voir la brochure de la COREME publiée au mois d'octobre 2020 : « Faute, aléa thérapeutique, perte de chance : état des lieux 18 ans après la loi n° 2002-203 du 4 mars 2002 », téléchargeable sur le site de l'AREDOC.

6. Articles 16-3 alinéa 2 du code civil ; R.4127-35 et R.4127-36 du code de la santé publique.

7. La déclaration d'Helsinki, 1964 ; La déclaration de Tokyo, 1975 ; l'article 5 de la Convention d'Oviedo sur les droits de l'homme et la biomédecine ; l'article 3-2 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne.

En matière de psychiatrie, l'information délivrée au patient revêt, intrinsèquement, un enjeu particulier et délicat, notamment concernant son diagnostic.

La HAS parle de « *processus d'annonce* » notamment en cas de maladie psychiatrique sévère. En effet, il s'agira pour le médecin de co-construire avec son patient, dans une démarche bienveillante et de dialogue, s'étalant dans le temps, les éléments qui permettront d'aboutir à l'énoncé du diagnostic.

Par conséquent, le médecin est tenu d'adapter le contenu de l'information médicale à **la personnalité du patient** :

• **Cass., 1^{ère} civ., 16 janvier 2013, n° 12-14.097**

« Vu les articles L. 1111-2 et R. 4127-35 du code de la santé publique ; Attendu, en vertu du premier de ces textes, que l'information des personnes sur leur état de santé incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables et que seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser, et, en vertu du second, que le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose, et que, tout au long de la maladie, **il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension** ».

Pour ce faire, la Haute autorité de santé, a identifié, dans ses recommandations de 2022, des conduites à éviter. Ces recommandations visent principalement :

- Le moment de l'annonce diagnostique : éviter les annonces lors de situations aiguës, sans prévoir une disponibilité suffisante pour expliquer, écouter le patient ou répondre à ses questions ;
- Les conditions de l'annonce : réaliser l'annonce de manière descendante et unilatérale, en une seule fois, ou si le patient n'est pas prêt ;

- L'association de l'entourage à l'annonce : proposer d'associer l'entourage mais ne pas aller à l'encontre du choix du patient ;

- Le contenu de l'annonce : déshumaniser le patient en le ramenant uniquement à sa pathologie, oublier de donner des perspectives positives au patient, les laisser, lui et son entourage, seuls face aux difficultés, sans les orienter vers des ressources disponibles.

b) L'obligation d'information du mineur, du majeur protégé et du patient faisant l'objet d'une hospitalisation à la demande d'un tiers ou d'office

L'article L.1111-2 code de la santé publique prévoit que : « Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle ».

La Convention d'Oviedo⁸ précise quant à elle en son article 7 concernant la protection des personnes souffrant de troubles mentaux : « La personne qui souffre d'un trouble mental grave ne peut être soumise, **sans son consentement**, à une intervention ayant pour objet de traiter ce trouble que lorsque l'absence d'un tel traitement risque d'être gravement préjudiciable à sa santé et sous réserve des conditions de protection prévues par la loi comprenant des procédures de surveillance et de contrôle ainsi que des voies de recours ».

Le principe posé est donc celui du consentement aux soins. Le patient, y compris lorsqu'il s'agit d'un mineur, d'un majeur protégé, doit être informé. Le contenu de cette information doit toutefois être adapté. Il en sera de même lorsqu'un patient ne sera pas en mesure de recevoir l'information.

8. La Convention d'Oviedo « pour la protection des droits de l'homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine : Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine » conclue dans le cadre du Conseil de l'Europe et signée à Oviedo le 4 avril 1997, ratifiée en France en application de la loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique, D. n° 2012-855, 5 juillet 2012.

• Le mineur

Le mineur, comme toute personne, a le droit d'être informé. Ce droit est exercé par les titulaires de l'autorité parentale dans l'intérêt de l'enfant. Le professionnel de santé leur délivre cette information.

La Haute autorité de santé précise dans ses recommandations que le mineur reçoit lui-même une information adaptée à son degré de maturité, permettant ainsi de l'associer à la prise de décision le concernant.

Par ailleurs, le dossier médical doit comporter la trace de l'information donnée, tant aux titulaires de l'autorité parentale qu'au mineur. Les tempéraments à cette obligation d'information sont les suivants⁹ :

- lorsque le mineur s'oppose à l'information des titulaires de l'autorité parentale pour garder le secret sur son état de santé ;
- en cas d'interruption volontaire de grossesse et de contraception¹⁰.

Précision sur l'application des soins psychiatriques sans consentement aux mineurs : dans un avis publié au rapport en date du 18 mai 2022¹¹, la première chambre civile de la Cour de cassation se prononce pour l'impossibilité de déclencher des soins psychiatriques sous contrainte pour un mineur sur demande d'un directeur d'établissement.

• Le majeur protégé

Le majeur protégé reçoit de la personne chargée de sa protection toutes informations sur sa situation personnelle, les actes concernés, leur utilité, leur urgence, leurs effets et les conséquences d'un refus de sa part¹².

L'article L1111-2, III du code de la santé publique¹³, précise que l'information est délivrée aux personnes majeures protégées d'une manière adaptée à leur capacité de compréhension.

Le majeur protégé reçoit lui-même l'information sur son état de santé au même titre que toute autre personne. Cette information est adaptée à ses facultés de compréhension.

L'article 459 alinéa 2 du code civil prévoit que « lorsque l'état de la personne protégée ne lui permet pas de prendre seule une décision personnelle éclairée, le juge [des tutelles] ou le conseil de famille [...] peut prévoir qu'elle bénéficiera, pour l'ensemble des actes relatifs à sa personne ou ceux d'entre eux qu'il énumère, de l'assistance de la personne chargée de sa protection ». Ainsi, le juge des tutelles peut prévoir que le tuteur, le curateur, le mandataire de protection future reçoit l'information en présence du majeur protégé.

L'article 459 alinéa 3 du code civil prévoit que « au cas où cette assistance ne suffirait pas, [le juge des tutelles] peut, le cas échéant après l'ouverture d'une mesure de tutelle, autoriser le tuteur à représenter l'intéressé ». Le juge peut prévoir, dans les cas où le majeur n'est pas en état de recevoir l'information, que le tuteur la reçoit seul.

Une personne bénéficiant d'une mesure de protection peut désigner une personne de confiance, sauf si elle est placée sous tutelle¹⁴.

• Cas du majeur qui n'est pas en mesure de recevoir l'information

Le principe reste le même : le professionnel de santé se doit de délivrer à la personne une information adaptée à ses facultés de compréhension.

Toutefois, aux termes de l'article L. 1111-7, alinéa 4, du code de la santé publique, lorsque le demandeur a été hospitalisé à la demande d'un tiers ou d'office, le détenteur des informations peut, « en cas de risques d'une gravité particulière », subordonner la communication des informations « à la présence d'un médecin désigné par le demandeur. En cas de refus du demandeur, la commission départementale des soins psychiatriques est saisie. Son avis s'impose au détenteur des informations comme au demandeur ».

9. Article L. 1111-5 du Code de la santé publique.

10. Articles L. 5134-1 et L. 2212-7 du Code de la santé publique.

11. Avis de la Cour de Cassation : Cass., 1^{ère} civ., 18 mai 2022, n° 22-70.003.

12. Article 457-1 du code civil.

13. Dans sa dernière rédaction issue de de l'ordonnance n°2020-232 du 11 mars 2020.

14. Article L. 1111-6 alinéa 3 du code de la santé publique.

En effet, dans le cas d'une hospitalisation sans consentement sur décision du préfet (ex-hospitalisation d'office) ou à la demande d'un tiers, le détenteur des informations peut estimer que la communication doit avoir lieu par l'intermédiaire d'un médecin.

La personne de confiance est consultée si la personne qui l'a désignée se trouve hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

Il revient au professionnel de santé de vérifier qu'une personne de confiance a bien été désignée par la personne malade à un moment où cette dernière disposait encore de ses facultés de discernement.

En l'absence de personne de confiance, le professionnel de santé consulte les proches présents. Il indique dans le dossier médical pourquoi il s'est trouvé dans la nécessité de les consulter et le contenu de l'information donnée¹⁵.

3. Information sur la prise en charge psychiatrique

a) L'information spécifique aux soins psychiatriques sans consentement

Selon l'article **L.3211-2 du code de la santé publique** : « Une personne faisant l'objet de soins psychiatriques avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en soins psychiatriques libres. Elle dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades soignés pour une autre cause. Cette modalité de soins est privilégiée lorsque l'état de la personne le permet ».

Le code de la santé publique, qui pose le principe du consentement aux soins des « personnes atteintes de troubles mentaux », énonce l'exception des soins sans consentement et définit ses modalités d'application. Dans ce cas, on considère que c'est davantage l'absence de soins qui va créer un préjudice au patient que leur mise en œuvre sans son consentement.

Lorsque le patient nécessite des soins mais refuse d'être hospitalisé et/ou n'est pas en me-

sure de donner un consentement libre et éclairé, les articles **L.3211-3 et suivants du code de la santé publique** prévoient les modalités de soins psychiatriques sans consentement¹⁶ : « Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux fait l'objet de soins psychiatriques en application des dispositions des chapitres II et III du présent titre ou est transportée en vue de ces soins, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis. En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée ».

Le législateur prévoit, en outre, la possibilité pour le patient concerné, dans la mesure où son état le permet, avant chaque décision relative aux soins, d'être informé et de faire valoir ses observations de manière appropriée à son état.

En effet, l'article **L.3211-3** prévoit, en son alinéa 2, que le patient est destinataire de différentes informations concernant sa situation et ses droits. Il doit ainsi être informé, le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à son état, de la décision d'admission et de chacune des décisions prononçant le maintien des soins ou définissant la forme de la prise en charge et des raisons qui les motivent.

Toujours selon ces mêmes dispositions, il doit être informé, dès son admission ou aussitôt que son état le permet et, par la suite, à sa demande et après chacune des décisions prononçant le maintien des soins ou définissant la forme de la prise en charge, de sa situation juridique, de ses droits, des voies de recours qui lui sont ouvertes et des garanties qui lui sont offertes en application de l'article **L. 3211-12-1 du code de la santé publique**, notamment devant le juge des libertés et de la détention.

Le directeur d'établissement doit également informer la famille et les proches de la personne concernée¹⁷.

15. Recommandations de bonne pratique de la HAS, 28 juin 2012, « Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé ».

16. En France, les programmes de soins psychiatriques sans consentement ou hospitalisations sous contrainte ont été établis par la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011, modifiée par la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013. Ces soins englobent les soins à la demande d'un tiers (SDT), les soins à la demande d'un tiers en urgence (SDTU), les soins pour péril imminent (SPI), les soins à la demande d'un représentant de l'Etat (SDRE).

17. Articles L.3211-3 et L.3211-12-1 du code de la santé publique.

Néanmoins, il convient de relever que le manquement à cette obligation d'information est sans influence sur la légalité de la mesure de placement en soins psychiatriques sans consentement, de sorte qu'il ne saurait justifier la mainlevée¹⁸.

En revanche, lorsque la notification de l'arrêté préfectoral prononçant la mesure de placement ou de prolongement des soins est tardive, la jurisprudence considère que ce retard fait grief au patient, qui n'a pu avoir connaissance de ses droits et voies de recours, et a, par conséquent, été dans l'impossibilité de les faire valoir¹⁹.

Cas du patient placé en isolement²⁰

Ces mesures doivent être appréhendées comme des actes de soins et, à ce titre, doivent faire l'objet d'une information de la personne intéressée²¹.

Les recommandations de bonnes pratiques concernant l'information des patients en cas d'isolement et de contention²² émises par la Haute autorité de santé prévoient « *qu'il est indispensable, au moment de la mise en place de la mesure d'isolement ou de contention mécanique, de donner au patient des **explications claires** concernant les raisons de la mesure et les critères permettant sa levée. L'explication doit être donnée dans des **termes compréhensibles** par le patient et répétée, si nécessaire, pour faciliter la compréhension.*

Il est nécessaire d'expliquer au patient ce qui va se passer durant la période d'isolement ou de contention mécanique (surveillance, examens médicaux, traitement, toilettes, repas, boisson).

Dans la recherche d'une alliance thérapeutique avec le patient, sauf dispositions prévues par la législation (majeurs sous tutelle, mineurs) et dans le respect du code de déontologie, il est demandé au patient s'il souhaite prévenir sa personne de confiance ou un proche. Dans ce cas, les moyens les mieux adaptés à la délivrance de cette information doivent être recherchés ».

Quel que soit le fondement de la mesure de soins sans consentement, la décision de renouvellement de celle-ci, au-delà de la durée maximale, déclenche une obligation d'information du juge et des personnes autorisées à le saisir²³.

Le malade est également informé par le directeur d'établissement de chaque saisine du juge des libertés et de la détention et, à cette occasion et quel qu'en soit l'auteur, de son droit d'être assisté ou représenté par un avocat, de son droit à être entendu et d'avoir accès, dans le respect de l'article L. 1111-7 du code de la santé publique, sans délai de réflexion, aux pièces jointes à la requête.

D'après la décision de la **première chambre civile de la Cour de cassation du 18 janvier 2023**²⁴, il résulte des articles L. 3223-1, L. 3212-9 et L. 3216-1, alinéa 2, du code de la santé publique que le défaut d'information de la commission départementale des soins psychiatriques des décisions d'admission peut porter atteinte aux droits de la personne concernée et justifier une mainlevée de la mesure de soins psychiatriques sans consentement dont celle-ci fait l'objet.

Dans **deux arrêts rendus le 26 janvier 2023**²⁵, la première chambre civile de la Cour de cassation a transmis deux questions prioritaires de constitutionnalité au sujet de l'isolement et de la contention en matière de soins psychiatriques sans consentement.

Dans la première affaire (n° 22-40.019), une personne est admise en soins psychiatriques sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète sur décision au vu d'un péril imminent par le directeur d'un établissement hospitalier sur le fondement de l'article L. 3212-1, II, 2°, du code de la santé publique. Huit jours plus tard, l'intéressé est placé en chambre d'isolement. Le même jour, le directeur d'établissement saisit le juge des libertés et de la détention afin de statuer sur la poursuite de ladite mesure d'isolement.

18. S'agissant de l'obligation d'information du patient : Cass., 1^{ère} civ., 15 janvier 2015, n° 13-24.361 ; CA Paris, 22 février 2021, n° 21/00050 ; s'agissant de l'obligation d'informer les proches : Cass., 1^{ère} civ., 14 septembre 2022, n° 20-23.334.

19. Cass., 1^{ère} civ., 5 juillet 2018, n° 18-50.042.

20. Pour plus de détails sur ces mesures, se reporter au « Focus 1. Le diagnostic de la pathologie psychiatrique ».

21. Article L. 1111-2 du code de la santé publique.

22. HAS, « Isolement et contention en psychiatrie générale », février 2017.

23. Article L. 3211-12 du code de la santé publique.

24. Cass., 1^{ère} civ., 18 janvier 2023, n° 21-21.370.

25. Cass., 1^{ère} civ., 26 janvier 2023, n° 22-40.019 et n° 22-40.021, publiés au bulletin.

Dans la seconde affaire (n° 22-40.021), le contexte d'admission est exactement le même mais l'intéressée a fait l'objet à la fois de mesures d'isolement et de contention « de manière discontinue ». Quelques jours plus tard, le directeur d'établissement saisit, là encore, le Juge des libertés et de la détention pour renouveler la mesure d'hospitalisation complète elle-même.

Dans les deux affaires, le juge des libertés et de la détention a transmis une question prioritaire de constitutionnalité au sujet de l'isolement et de la contention en milieu psychiatrique.

Dans la première affaire, qui porte sur l'information du patient à la possibilité de saisir le juge et à son droit d'être assisté, le Juge des libertés et de la détention a transmis la question prioritaire de constitutionnalité ainsi rédigée :

« Les dispositions de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique, en ce qu'elles ne prévoient pas d'obligation pour le directeur de l'établissement spécialisé en psychiatrie ou pour le médecin d'informer le patient soumis à une mesure d'isolement ou de contention – et ce, dès le début de la mesure – de la voie de recours qui lui est ouverte contre cette décision médicale sur le fondement de l'article L. 3211-12 du même code et de son droit d'être assisté ou représenté par un avocat choisi, désigné au titre de l'aide juridictionnelle ou commis d'office, sont-elles conformes à la Constitution et notamment au principe constitutionnel des droits de la défense, du droit à une procédure juste et équitable, au principe de dignité de la personne, à la liberté fondamentale d'aller et venir et du droit à un recours effectif, ainsi qu'à l'objectif à valeur constitutionnelle de bonne administration de la justice résultant des articles 12, 15 et 16 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen ? »

Selon la Cour de cassation, qui a ici examiné cette question prioritaire de constitutionnalité pour la transmettre au Conseil constitutionnel, le code de la santé publique est, en effet, silencieux sur l'information, dès le début de la mesure d'isolement ou de contention, du patient de la possibilité de son recours à une demande de main-

levée de la mesure sur le fondement de l'article L. 3211-12 du code de la santé publique et de son droit d'être assisté par un avocat. Autrement dit, rien n'est clairement énoncé pour une information **dès le moment où l'isolement et la contention débutent**.

Ainsi, « la disposition contestée est susceptible de porter atteinte aux droits et libertés garantis par l'article 16 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789. En conséquence, il y a lieu de renvoyer la question au Conseil constitutionnel ». Cette question prioritaire de constitutionnalité a donc été transmise au Conseil constitutionnel qui a rendu sa décision le 31 mars 2023.

Dans une décision n° 2023-1040/1041 QPC du 31 mars 2023, le Conseil constitutionnel a considéré conformes à la Constitution les deux premières phrases de l'article L. 3222-5-1 du Code de la santé publique. Il a ainsi rejeté les deux questions prioritaires de constitutionnalité qui lui avaient été transmises le 27 janvier 2023 par la première chambre civile de la Cour de cassation. Après déjà plusieurs censures constitutionnelles et diverses réformes consécutives, l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique tel qu'issu de la loi du 22 janvier 2022 n'a donc pas, pour le moment, vocation à être modifié par le législateur.

Par ailleurs, le droit du patient à l'information inclut pour la personne un accès à son dossier médical, qui, dans ce cas, peut être subordonné à la présence d'un médecin en fonction de l'état psychologique de la personne.

b) L'accès au dossier médical

Le législateur n'a pas souhaité encadrer de façon spécifique les règles de communication du dossier médical des patients souffrant de troubles mentaux. La vulnérabilité particulière de ces patients ne peut donc être le prétexte à des restrictions d'un droit fondamental dont doit bénéficier toute personne malade²⁶.

Les personnes majeures, qui ne bénéficient pas d'une mesure de protection de tutelle et qui font l'objet de soins sous contrainte, disposent des

26. Litec Droit médical et hospitalier - Fascicule 10-10 : Dossier médical : Généralités et communication - Marc Dupont, adjoint au Directeur des affaires juridiques et des droits des patients de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris - Chargé d'enseignement à la Faculté de droit de l'Université de Paris Cité.

mêmes droits d'accès à leur dossier médical que tout autre patient prévu à **l'article L1111-7 du code de la santé publique**.

Ce même article précise toutefois que pour ces patients, « *en cas de risques d'une gravité particulière* », la consultation peut être exceptionnellement « *subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur* ». Ainsi, les aménagements prévus par la loi, lorsque le patient est soigné sans consentement, ont principalement pour objet d'assister le patient qui souhaite prendre connaissance des informations.

Le médecin responsable de la transmission du dossier médical qui souhaiterait ainsi la présence d'un médecin « intermédiaire » devra motiver ces risques d'une gravité particulière.

Pour apprécier si des risques d'une particulière gravité sont bien motivés, le juge administratif s'en tient à l'appréciation faite par le directeur de l'établissement de santé concerné. Ainsi, la production (par le patient) d'un jugement du tribunal d'instance (à présent tribunal judiciaire) ordonnant la mainlevée d'une mesure de tutelle et les témoignages du patient sur le fait qu'il n'existe pas de risques d'une particulière gravité à lui communiquer des informations médicales contenues dans son dossier, ne suffisent pas à remettre sérieusement en cause l'appréciation portée par l'établissement au regard des pathologies psychiatriques qui ont motivé son hospitalisation à la demande d'un tiers²⁷.

L'article R.1111-5 du code de la santé publique précise que cette restriction d'accès du patient à ses données de santé doit lui être immédiatement notifiée afin qu'il désigne rapidement le médecin de son choix.

En cas d'opposition du patient, se traduisant soit par le refus de cette désignation, soit par le rejet du médecin proposé pour cet accompagnement, le détenteur des informations doit saisir la Commission départementale des soins psychiatriques²⁸ pour régler le différend. Cette commission peut également être directement saisie par le patient.

Le détenteur des informations doit fournir sans délai à la Commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) les informations nécessaires sur la santé du demandeur et les éléments qui le conduisent à demander, à titre exceptionnel, la présence d'un médecin. Du fait de leur contenu, ces renseignements sont adressés sous pli confidentiel et protégés par le secret professionnel.

Le délai d'accès au dossier est de 8 jours pour un dossier datant de moins de 5 ans après la date de réception de la demande, et de 2 mois pour un dossier datant de plus de 5 ans.

Dans le cas où le patient, qui ne ferait plus l'objet de soins sans consentement, demande son dossier ou des informations portant sur la période de son hospitalisation sous contrainte, la Commission d'accès aux documents administratifs (CADA) a considéré que ce n'est pas la situation du demandeur au moment de la demande d'accès qui doit être prise en considération, mais la nature du dossier d'hospitalisation.

Ainsi, quel que soit le moment de la demande et les modalités d'accès qui sont utilisées (consultation sur place ou communication par courrier), la CADA a indiqué qu'il revient à l'hôpital « *d'apprécier en fonction de la pathologie et du contenu du dossier médical sollicité si le demandeur est en mesure de bénéficier d'un accès direct à l'information médicale qui le concerne, ou si ce droit d'accès doit s'effectuer en présence d'un médecin compte tenu des risques d'une gravité particulière que son état de santé laisse supposer* ».²⁹

Par ailleurs, s'agissant du partage d'informations de santé du patient et du secret professionnel, l'article **R. 4127-4 du code de la santé publique** prévoit que le psychiatre, en tant que médecin, est tenu au secret professionnel qui est « *institué dans l'intérêt des patients* ». Cet article ajoute que « *le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris* ».

27. CE, 10 avril 2009, n° 289795.

28. Article L.1111-7 du code de la santé publique.

29. CADA, 2 décembre 2003, Directeur du Centre hospitalier de Saint-Dié-des-Vosges.

Le patient dispose d'un « *droit au respect de sa vie privée* » et du secret des informations le concernant³⁰. Il est ainsi libre de révéler les informations concernant sa santé.

Le secret professionnel, tout comme les droits du patient au respect du secret des informations le concernant, ne font pas obstacle à la transmission aux autorités de police, par le psychiatre, du certificat qu'il a rédigé en vue du prononcé par le préfet d'une hospitalisation sans consentement de l'article L. 3213-1 du code de la santé publique³¹.

c) Information sur la prescription médicamenteuse et les effets secondaires

S'agissant de la prescription médicamenteuse, le **code de la sécurité sociale**, dans son **article L.162-2-1**, prévoit que le psychiatre, en tant que médecin, est tenu, dans tous ses actes et prescriptions, « *d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins* ».

L'article **R. 4127-8 du code de la santé publique** prévoit que « *dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées à la circonstance* ». Il ajoute que le médecin « *doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations thérapeutiques possibles* ».

Selon l'article **R.4127-34 du code de la santé publique**, « *le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veiller à leur compréhension par le patient et son entourage et s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution* ».

S'agissant de l'obligation d'information, concernant les médicaments prescrits dans le cadre des soins, les juges considèrent que **l'information doit être complète et détaillée**, à défaut, le psychiatre peut voir sa responsabilité engagée. Cette information concerne classiquement la posologie, les effets secondaires, les contre-indications, etc.

La Cour d'appel de Paris, dans sa décision du 18 juin 2020³², condamne un médecin psychiatre qui, du fait d'un défaut d'information sur les effets secondaires du traitement prescrit, a fait perdre au patient une chance de prendre les précautions nécessaires.

En l'espèce, un homme souffrant d'alcoolodépendance et de troubles dépressifs a bénéficié de soins psychiatriques libres dans une clinique privée. Il est retrouvé décédé dans une sandwicherie lors d'une autorisation de sortie. Le médecin expert note dans son rapport que le patient présentait au moment de sa mort une alcoolémie élevée et qu'il y avait lieu de présumer que l'intoxication alcoolique aiguë pouvait en elle-même avoir occasionné la fausse route, l'adjonction de médicaments psychotropes ayant possiblement eu un effet facilitateur.

La cour d'appel retient en effet que « **le défaut d'information du patient sur les risques liés à la diminution du réflexe de déglutition et de fausse route lui a fait perdre une chance - entendue comme la perte d'une éventualité favorable - de se soustraire aux conséquences d'une fausse route, notamment en prenant, ainsi que l'évoquent les appelantes, des précautions lorsqu'il s'alimentait ; [...]** ».

A l'inverse, la Cour d'appel de Caen, dans une **décision rendue le 26 février 2008³³**, a écarté la responsabilité d'un psychiatre pour absence de défaut d'information sur les effets indésirables d'un médicament.

Une patiente a subi un traumatisme crânien sans conséquence et de multiples fractures aux membres inférieurs à la suite de la perte de la maîtrise de son véhicule. Accident dont elle impute la responsabilité au psychiatre qui la suivait depuis une hospitalisation à la clinique.

Le Tribunal de grande instance, dans son jugement initial, avait déclaré le médecin et la patiente pour moitié responsables de cet accident, considérant que la patiente avait connaissance des effets des médicaments et que le médecin a manqué à son obligation d'information.

30. Article L.1110-4 du code de la santé publique.

31. CE, 4 octobre 2019, n° 405992

32. CA Paris, 18 juin 2020, n° 18/01370.

33. CA Caen, 26 février 2008, n° 04/1760.

La cour d'appel a retenu 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.

Enfin, s'agissant du patient mineur, il convient de relever que la prescription d'antidépresseurs par un médecin psychiatre est subordonnée, sauf cas d'urgence, à la prévention des deux parents ou de son représentant légal et de leur consentement.

En effet, le **Conseil d'Etat a rendu un arrêt le 7 mai 2014**³⁴, par lequel il précise qu'un « acte médical ne constituant pas un acte usuel ne peut être décidé à l'égard d'un mineur qu'après que le médecin s'est efforcé de prévenir les deux parents et de recueillir leur consentement ; qu'il n'en va autrement qu'en cas d'urgence, lorsque l'état de santé du patient exige l'administration de soins immédiats ». Le médecin psychiatre qui s'était en l'espèce abstenu de prévenir le père du mineur, a commis un manquement déontologique.

B. LA TRANSMISSION DE L'INFORMATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET NON-PROFESSIONNELS

La Haute autorité de santé, dans ses recommandations de 2022, préconise l'alliance thérapeutique tripartite. Celle-ci permet de mettre en relation le patient, son entourage et l'équipe médico-soignante afin de faciliter la transmission d'informations entre professionnels et non professionnels de santé.

34. CE, 7 mai 2014, n° 359076.

35. Article L.1110-4 du code de la santé publique.

36. CA Paris, 18 juin 2020, n° 18/01370.

1. L'information aux proches

Dans ce processus d'alliance thérapeutique tripartite, des entretiens familiaux peuvent être proposés. Ils permettent d'aménager des interrelations bénéfiques pour l'évolution des relations entre le patient et l'entourage familial.

• Information délivrée aux proches

S'agissant de l'information des tiers, notamment des proches et de la famille, le principe est celui de la **confidentialité des informations relatives à la santé du patient**³⁵.

Sauf volonté contraire du patient et s'il est en état de s'exprimer, le psychiatre ne peut transmettre aucune information à la famille ou aux proches.

Il existe toutefois, en matière psychiatrique, des situations dans lesquelles des informations pourront être communiquées à la famille ou aux proches, notamment en cas de diagnostic ou de pronostic grave.

Ainsi, la **Cour d'appel de Paris, dans une décision rendue le 18 juin 2020**³⁶, rappelle qu'il est impossible d'informer la personne de confiance désignée sauf dans le cas où le patient ne serait pas en état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information.

« Considérant qu'en second lieu, Mmes X... et D... reprochent au praticien un défaut d'information du patient sur les risques inhérents au traitement, qui associait neuroleptiques et antidépresseurs, majorés en cas de consommation d'alcool, et notamment de la dyskinésie bucco faciale, effet indésirable de deux des antidépresseurs prescrits (Seropram et Deroxat) ; qu'elles affirment également que le médecin était débiteur d'une obligation d'information à l'égard de la famille de son patient et notamment de sa compagne désignée personne digne de confiance, et ce, tant en ce qui se rapporte à l'aggravation de son état de santé que des nouveaux risques encourus, lorsque les doses prescrites ont été majorées ; [...]

Qu'ainsi qu'il ressort tant du livret d'accueil de la clinique qui rappelle les dispositions de l'article

L. 1111-6 du code de la santé publique que du formulaire de désignation de la personne de confiance, celle-ci doit être consultée par l'établissement de soins, lorsque le patient n'est pas en état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information exprimée à cette fin et elle peut, si le patient le souhaite, assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions ;

Qu'à aucun moment, ce texte n'autorise l'information de la famille ou sa consultation en dehors de l'hypothèse d'une incapacité du patient à exprimer sa volonté ou du souhait de celui-ci d'une présence à ses côtés lors des entretiens médicaux ; que le Docteur G... a clairement explicité les motifs qui l'ont amené, dans l'intérêt de son patient, à le tenir à l'écart de sa compagne ; [...] ».

Néanmoins, l'article L.1110-4 du code de la santé publique prévoit qu' « **en cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part** ».

La Haute autorité de santé, dans ses recommandations de bonnes pratiques, précise que « *si la loi prévoit la transmission d'informations nécessaires au soutien direct du patient en cas de diagnostic grave, cela ne signifie pas forcément la révélation du diagnostic* »³⁷.

A titre d'exemple, dans un avis ne concernant pas spécifiquement la psychiatrie, la Commission d'accès aux documents administratifs³⁸ a pu considérer que « *la recherche d'une structure adaptée à l'état de santé de la patiente et à la volonté de comprendre les circonstances des blessures subies par celle-ci au sein d'un centre hospitalier constituent bien un soutien direct à cette dernière* », de sorte que « **le secret médical ne pourrait faire obstacle à la communication à sa fille des informations nécessaires destinées à lui permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci** ». Il appartient au médecin, en lien avec la personne qui l'a saisi, de déterminer la nature

des informations pertinentes, et de les lui délivrer.

La Haute autorité de santé a considéré également que « *quelles que soient les circonstances (accord ou désaccord du patient pour associer l'entourage), l'entourage peut être orienté vers des associations d'usagers afin de mieux comprendre les pathologies psychiatriques. L'entourage peut aussi être orienté vers des groupes de soutien entre familles, comme des thérapies multifamiliales, animés par des professionnels, permettant un partage d'expériences* ».

De même, elle préconise « **qu'en cas d'opposition du patient pour informer/impliquer l'entourage, il convient d'en explorer les raisons avec le patient et d'identifier la présence d'une éventuelle souffrance familiale. Un objectif thérapeutique doit être d'élucider cette souffrance, d'aborder avec le patient ses craintes concernant son entourage et ce qu'il pourrait en attendre. Cet objectif doit être revu régulièrement. Des entretiens conjoints avec le patient et son entourage pourront être proposés ultérieurement pour aborder et tenter de résoudre les difficultés évoquées au sein de l'écosystème de vie du patient** ».

Par ailleurs, en cas de soins psychiatriques sans consentement pour péril imminent, le directeur d'établissement a, sauf difficultés particulières et dans un délai de vingt-quatre heures, l'obligation d'informer les proches.

• **L'information donnée par les proches**

S'agissant des informations apportées par les proches, le psychiatre doit les prendre en compte dans l'élaboration de son diagnostic.

Pour ce faire, le médecin doit adopter une approche multidimensionnelle : dimension somatique, antécédents personnels et familiaux, fonctionnement psychique du patient, conséquences des troubles observés dans la vie du patient, analyse des relations du patient avec son entourage, de sa situation sociale et professionnelle et de sa culture. Ainsi, le psychiatre doit s'appuyer, pour établir son diagnostic, sur les entretiens et inte-

37. Recommandations de bonnes pratiques de la HAS, « *Processus d'annonce d'un diagnostic psychiatrique sévère à un patient majeur : enjeux, principes, place de l'entourage* », Juillet 2022.

38. Avis CADA, 5 septembre 2019, n° 20192620.

ractions qu'il a avec le patient et les informations de l'entourage.

Dans le processus d'annonce du diagnostic, la Haute autorité de santé recommande de prévoir un temps avec l'entourage pour répondre aux questions, avec l'accord du patient, et de préférence en sa présence. L'entourage détient un savoir qu'il est utile de croiser avec celui du patient dans le cadre du processus de diagnostic.

En effet, les membres de l'entourage ont besoin d'informations pour pouvoir aider le patient et l'accompagner. Leurs représentations des pathologies pourront être questionnées également.

2. L'information entre professionnels de santé

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a introduit les notions de secret partagé³⁹ (entre un ou plusieurs professionnels) et de secret collectif (au sein d'une équipe), essentielles lorsqu'il s'agit de régir les conditions de communication des informations médicales entre professionnels.

La loi n° 2016-41 du 21 janvier 2016 de modernisation du système de santé a ultérieurement précisé, à son article 96, le champ du secret professionnel⁴⁰.

En matière de prise en charge psychiatrique, les professionnels se composent du psychiatre, quel que soit son mode d'exercice, du médecin traitant, l'addictologue le cas échéant, du psychologue, de l'infirmier(e), de l'infirmier(e) en pratique avancée, un autre psychiatre sollicité pour un deuxième avis, éventuellement d'un centre de référence, du pharmacien et des secteurs médico-social et social.

Ces échanges sont recommandés et tracés dans le dossier du patient :

- au sein de l'équipe de soins pluriprofessionnelle intra et extrahospitalière, à travers les réunions cliniques ou les réunions de synthèse ;
- entre l'équipe hospitalière, les professionnels de ville (psychiatres/médecins généralistes/

infirmiers/psychologues, addictologues le cas échéant, autres) et l'équipe des secteurs social et médico-social ;

- entre un éventuel centre de référence et les médecins et soignants qui assurent la prise en charge effective du patient.

Ces échanges d'informations entre les différents professionnels sont essentiels en vue d'une annonce coordonnée et d'un meilleur suivi et accompagnement du patient.

En cas d'appréciation différente entre confrères sur un diagnostic, une réunion de concertation entre pairs ou un échange confraternel sont proposés avant toute confirmation du diagnostic au patient.

Le patient doit avoir consenti à ces échanges. Pour cela, leur utilité et leur importance pour la qualité des soins lui sera clairement expliqué.

Si le patient a toujours un droit d'opposition aux échanges, il doit donner son consentement exprès lorsque les professionnels intervenant dans la prise en charge ne font pas partie de la même équipe de soins⁴¹.

3. L'information entre non-professionnels de santé

L'article 96 de la loi n° 2016-41 du 21 janvier 2016 de modernisation du système de santé prévoit la possibilité d'échanges d'informations dans le champ social et médico-social :

« (...) VI. – Les conditions et les modalités de mise en œuvre du présent article pour ce qui concerne l'échange et le partage d'informations entre professionnels de santé et non-professionnels de santé du champ social et médico-social sont définies par décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés ».

Cette loi a révisé parallèlement la notion d'équipe de soins⁴² pour l'élargir dans la perspective d'un « parcours de santé » aux différents professionnels amenés à y participer.

39. Article L.1111-7 du code de la santé publique.

40. Article L.1110-4 du code de la santé publique.

41. Article L. 1110-4 du code de la santé publique.

42. Pour aller plus loin, voir la brochure COREME publiée en 2019, « De l'équipe médicale à l'équipe de soins », téléchargeable sur le site de l'AREDOC.

L'article L.1110-12 du code de la santé publique prévoit que « l'équipe de soins est un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes, et qui :

1° Soit exercent dans le même établissement de santé, au sein du service de santé des armées, dans le même établissement ou service social ou médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou dans le cadre d'une structure de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale figurant sur une liste fixée par décret ;

2° Soit se sont vu reconnaître la qualité de membre de l'équipe de soins par le patient qui s'adresse à eux pour la réalisation des consultations et des actes prescrits par un médecin auquel il a confié sa prise en charge ;

3° Soit exercent dans un ensemble, comprenant au moins un professionnel de santé, présentant une organisation formalisée et des pratiques conformes à un cahier des charges fixé par un arrêté du ministre chargé de la santé ».

Cette nouvelle conception de l'équipe de soins prend en compte différentes situations de prise en charge du patient que ce soit dans le domaine sanitaire (acte diagnostique, thérapeutique), du handicap (compensation du handicap) ou médico-social (prévention de la perte d'autonomie).

Ces professionnels participant à la prise en charge du patient ne peuvent échanger ou partager des informations relatives à la personne prise en charge que dans la double limite des informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou au suivi médico-social et social du patient, ainsi que du périmètre de leur mission⁴³.

43. Article R. 1110-1 du code de la santé publique.

FOCUS 4

L'IMPUTABILITÉ DES SÉQUELLES PSYCHIATRIQUES À L'ACCIDENT MÉDICAL ET L'ÉTAT ANTÉRIEUR

A. LE DOMMAGE PSYCHIQUE RÉSULTANT D'UN ACCIDENT MÉDICAL

Le traumatisme psychique est un événement survenant dans la vie de la victime de façon soudaine, imprévisible et subie, dont l'intensité et les conséquences peuvent être dissociées compte tenu du terrain psychologique, social et culturel où il survient¹.

Le dommage psychique peut résulter de plusieurs éventualités, dont notamment un accident occasionnant :

- une lésion cérébrale entraînant des troubles neurologiques, neuropsychologiques² et psycho-organiques³ ;
- des lésions de toute autre partie du corps avec le vécu particulier de l'altération de l'image du corps et de l'éventuel handicap séquentaire, associé ou non à des troubles psycho-traumatiques en fonction des circonstances et du vécu de l'accident ;
- des troubles psycho-traumatiques exclusifs, en l'absence de toute lésion physique en fonction des circonstances et du vécu de l'accident.

Il relèvera du rôle du médecin expert psychiatre de déterminer l'imputabilité de ces lésions à l'accident médical.

Le 19 mai 1990, lors du congrès de La Baule, l'imputabilité médico-légale était définie en ces termes :

« L'imputabilité médicale, c'est en quelque sorte l'explication souvent simple, parfois très compliquée, des mécanismes physiopathologiques qui

ont permis à des lésions initiales de créer, malgré les traitements, des séquelles temporaires ou définitives.

Cette explication doit être scientifiquement cohérente, et cette cohérence suppose que les lésions initiales soient parfaitement connues et que les séquelles soient parfaitement inventoriées et analysées. Point d'imputabilité sans une connaissance précise des lésions initiales ».

Parmi les critères d'imputabilité dégagés par différentes études⁴, il ressort notamment ceux de la vraisemblance scientifique, la réalité de l'agent causal, l'intégrité préalable de la région atteinte et la certitude du diagnostic. Trois derniers critères varient avec la pathologie en cause : la concordance de siège, le délai d'apparition des troubles, la continuité évolutive.

Ces critères sont valables en psychiatrie légale, notamment concernant l'étude de l'enchaînement chronologique des faits et le délai d'apparition des troubles.

A l'aide de ces critères, il appartient à l'expert de se prononcer sur la question de l'imputabilité au fait accidentel des troubles constatés et sur la relation de causalité qui doit être directe et certaine.

En effet, les troubles constatés doivent être liés de façon directe et certaine à l'accident médical.

1. « Évaluation du dommage psychiatrique », Dionot T., E.M.C., 1998.

2. Troubles des fonctions cognitives.

3. Réactions psychoaffectives liées à la lésion cérébrale.

3. *Petite histoire d'imputabilité*, G. Steinbach, Rev. franç. dommage corp., 2019, 45-4, 315-323.

La Cour d'appel d'Aix-en-Provence a repris les conclusions expertales d'un co-expert psychiatre rejetant le lien de causalité entre l'état dépressif et l'accident médical :

• **CA Aix-en-Provence, 20 septembre 2018, n° 17/08352.**

« — Mme F... a présenté dans les suites de la coloscopie, une perforation colique ayant justifié une prise en charge chirurgicale différée et que la chirurgie est bien en relation directe avec l'accident,

— des troubles digestifs intestinaux (diarrhées) associées à des troubles de la continence anale (urgences défécatoires) ont succédé à la chirurgie digestive mais que cette incontinence pourrait être en rapport avec un traumatisme sphinctérien obstétrical démasqué par des diarrhées et n'est pas en rapport direct, dans l'état actuel de la connaissance du dossier, avec la chirurgie réalisée et donc en rapport avec l'accident endoscopique,

— selon l'avis du professeur H..., co-expert, l'évaluation psychiatrique ne rattache pas l'état dépressif de façon directe, unique et certaine à l'événement initial contesté, même si ces séquelles psychiatriques sont consécutives mais que cependant cette évaluation retient des séquelles psychosomatiques ».

Avant la consolidation, les troubles psychiatriques secondaires à l'accident sont assimilés à un état de souffrance psychologique réactionnel initial en relation directe et exclusive avec l'accident, et sont indemnisés au titre des souffrances endurées :

• **CA Aix-en-Provence, 19 septembre 2007, n° 05/08359.**

« Le Docteur Z., expert psychiatre intervenu en qualité de sapiteur, a procédé à l'examen de F G le 8 janvier 2003 en présence du médecin qui assistait la victime (Docteur B.) et du médecin conseil de la compagnie d'assurance (Docteur C.) ; il a interrogé la victime sur les symptômes présentés, sur son cursus médical, ses périodes d'hospitalisation, les soins et médicaments prescrits au cours d'un entretien qu'il qualifie de 'relativement long'.

Le Docteur Z. conclut de façon très claire et affirmative que le sujet ne présente aucun trouble

psychiatrique secondaire à l'accident du 28 mai 1998 ; si F. G. a présenté un état de souffrance psychologique réactionnel initial en relation directe et exclusive avec l'accident, état qui doit être indemnisé dans le cadre des souffrances endurées (5,5/7) au-delà du 31.03.1999 les troubles présentés n'étaient plus en relation avec l'accident mais liés à des problèmes d'alcoolisation et d'absence d'adhésion à des soins adaptés.

Le suivi médical : prescription de médicament comme le floxyfral en février 1999, suivi par le Docteur D. depuis 2001 est bien noté par le Docteur Z. qui a consulté les éléments médicaux qui lui étaient remis.

Le courrier du Docteur B. daté du 08.02.2005 ne critique pas sévèrement l'examen psychiatrique et indique seulement qu'il n'est pas spécialiste de cette matière et qu'il s'interroge sur la concointance de cet examen avec l'examen général.

Au vu de ces éléments, sur ce point également la demande de nouvelle expertise sera écartée. »

Après la consolidation, si les troubles persistent, ils seront alors pris en compte dans l'évaluation du taux de déficit fonctionnel permanent.

En effet, l'analyse d'imputabilité doit permettre de définir ce qui, pour la victime du dommage, constitue un préjudice psychique identifiable, au-delà de ce qui est déjà pris en compte dans le déficit fonctionnel permanent somatique, qui inclut le vécu psychique.

A titre d'illustrations jurisprudentielles, nous pouvons citer notamment les arrêts suivants :

• **TA Orléans, 13 octobre 2022, n° 2000816.**

« Il résulte de l'instruction, et notamment du rapport d'expertise du Docteur D., que M. A. continue d'éprouver des douleurs neuropathiques sur la cicatrice de la thoracotomie et présente un syndrome dépressif en lien avec l'accident médical dont il a été victime. Le Docteur D. évalue son déficit fonctionnel définitif à 20 % ».

• **Cass., 1^{ère} civ., 27 novembre 2019, n° 18-23.988.**

« Selon l'avis du professeur S..., co-expert, l'évaluation psychiatrique ne rattache pas l'état dépressif de façon directe, unique et certaine à l'événement initial contesté, même si ces

séquelles psychiatriques sont consécutives mais que par contre cette évaluation retient des séquelles psychosomatiques ».

En l'espèce, les conclusions expertales du rapport, qualifié de « *clair et argumenté* » ont été reprises : « *les experts ont disposé de tous les éléments médicaux nécessaires à l'accomplissement de leur mission, que leur rapport est détaillé, clair et argumenté, qu'ils se sont interrogés sur l'existence d'un préjudice professionnel* ».

• **CA Aix-en-Provence, 24 novembre 2022, n° 21/15821**

En l'espèce la victime contestait le taux de déficit fonctionnel permanent retenu par l'expert. Cette question avait été abordée au terme d'un dire présenté par son conseil. L'expert médical a indiqué qu'il ne trouvait aucun argument pour majorer ce poste à 25 %, en soulignant que le dire de l'avocat ne se basait sur aucune notion médicale.

Devant la cour, Mme T. ne produit pas plus d'éléments de nature médicale, venant conforter sa demande de majoration de ce poste de préjudice. En effet, ses revendications portent sur l'organisation de ses journées autour de la prise en charge de ses douleurs par des soins de kinésithérapeute ou par un traitement intraveineux antidouleur et du fait qu'elle connaît une sévère dépression post-traumatique.

Or, l'expert médical a pris en compte tous ces paramètres, outre la dimension psychologique voire psychiatrique, **puisqu'il a pris la peine de recueillir l'avis d'un expert psychiatre qui a évalué les conséquences psychologiques et psychiatriques de la chute à 3% de déficit fonctionnel permanent**, sur une personnalité fragile présentant des traits pathologiques ; les 13% restant étant affectés au déficit physiologique.

C'est donc sans fondement que Mme T. prétend que ce poste devrait être majoré et c'est bien un taux de 16 % qui sera retenu pour l'évaluation du poste de déficit fonctionnel permanent.

B. LES PRÉDISPOSITIONS DE LA VICTIME

L'état antérieur se décline en plusieurs aspects :

- état antérieur fonctionnel ;

- état antérieur environnemental, celui-ci se déclinant lui-même en plusieurs sous-items (environnement personnel antérieur, activités antérieures d'agrément, formation et activité professionnelle).

Il peut être aggravé lorsqu'il concerne la même fonction, décompensé, accéléré ou encore découvert par l'accident.

Le principe posé par la jurisprudence est l'indifférence des prédispositions de la victime si celles-ci étaient latentes et qu'elles n'ont été révélées que par le fait dommageable.

En effet, cette dernière a établi que le droit de la victime d'un accident à obtenir l'indemnisation de son préjudice corporel ne saurait être réduit en raison d'une prédisposition pathologique lorsque l'affection qui en est issue n'a été provoquée ou révélée que par le fait dommageable, à moins qu'il soit établi qu'une telle pathologie latente se serait manifestée de manière certaine dans un délai prévisible, indépendamment du fait dommageable. **Il s'agit là d'une réelle problématique en psychiatrie où le terrain psychologique est très important.**

La jurisprudence en ce sens est constante :

• **Cass., 2^{ème} civ., 3 mai 2019, n° 17-14.985 :**

« Attendu que le droit de la victime à obtenir l'indemnisation de son préjudice corporel ne saurait être réduit en raison d'une prédisposition pathologique lorsque l'affection qui en est issue n'a été provoquée ou révélée que par le fait dommageable ».

Ainsi, en présence d'une décompensation d'un état antérieur latent, les juges retiennent l'entier préjudice subi à la charge de celui qui a provoqué cette décompensation.

• **Cass., 2^{ème} civ., 14 septembre 2022, n° 21-14.908**

« Vu le principe de la réparation intégrale sans perte ni profit pour la victime :

Il résulte de ce principe que le droit de la victime à obtenir l'indemnisation de son préjudice corporel ne saurait être réduit en raison d'une prédisposition pathologique lorsque l'affection qui en est issue n'a été provoquée ou révélée que par le fait dommageable.

[...] En statuant ainsi, alors que le droit de la victime à obtenir l'indemnisation de son préjudice corporel ne saurait être réduit en raison d'une prédisposition pathologique lorsque l'affection qui en est issue n'a été provoquée ou révélée que par le fait dommageable, la cour d'appel a violé le principe susvisé ».

En l'état de ces constatations et énonciations, la cour d'appel, qui a souverainement apprécié la valeur et la portée des éléments de preuve qui lui étaient soumis, a pu déduire, hors toute dénaturation, sans inverser la charge de la preuve et sans violer le principe de la contradiction, que le syndrome du défilé thoraco-cervico-brachial présenté par Mme Y., qui avait été révélé par le fait dommageable, était une conséquence directe de l'accident dont elle avait été victime ».

• **CA Aix-en-Provence, 9 juin 2022, n° 20/05428.**

« L'expert note que sa fragilité consécutive à cette double intervention a entraîné un état dépressif caractérisé ; contrairement à ce que prétendent les intimés, elle n'a jamais présenté d'état dépressif chronique et n'a pas été mise en invalidité pour cette raison mais du fait des complications post-opératoires ;

En tout état de cause, son droit à indemnisation ne peut être réduit en raison d'une prédisposition pathologique lorsque l'affection qui en est issue n'a été provoquée ou révélée que par le fait dommageable ;

En l'espèce, l'état psychotique de Mme [P] (s'il était confirmé) n'a été révélé qu'à l'occasion des suites de l'intervention chirurgicale litigieuse ».

• **CA Pau, 26 janvier 2021, n° 18/02715**

« Le dommage consécutif aux actes de soins est caractérisé par :

- des troubles digestifs résiduels, évalués à un taux de 3% de déficit fonctionnel permanent,
- des troubles de conversion et somatoformes, évalués à un taux de 15% de déficit fonctionnel permanent.

La jurisprudence admet de façon constante que le droit de la victime d'un accident à obtenir l'indemnisation de son préjudice corporel ne saurait être réduit en raison d'une prédisposition pathologique lorsque l'affection qui en est

issue n'a été provoquée ou révélée que par le fait dommageable, à moins qu'il soit établi qu'une telle pathologie latente se serait manifestée de manière certaine dans un délai prévisible, indépendamment du fait dommageable.

Ainsi, la circonstance que les troubles de Mme [C], entraînant un déficit fonctionnel permanent de 18%, soient partiellement imputables à un état antérieur latent, qui n'a été révélé que par l'accident médical, n'empêche pas que les préjudices soient 'directement imputables' aux actes de soins, au sens de l'article L1142-1 du code de la santé publique, qui subordonne l'indemnisation à une imputabilité directe, mais non pas exclusive. Cette circonstance ne justifie pas davantage une réduction du droit à indemnisation de Mme [C]. [...]

Le principe du droit à indemnisation de Mme [C] concernant ses pertes de gains professionnels n'est donc pas contestable, sous réserve de la preuve d'une perte de revenus non compensée par la pension d'invalidité servie par l'organisme social, en lien avec l'accident médical non fautif ».

• **CAA Nancy, 19 octobre 2021, n° 19NC00381**

« La paralysie du pied droit dont demeure atteinte Mme B..., bien après cette opération, et notamment après consolidation fixée au 19 juillet 2010, n'est ni lésionnelle ni organique, ni constitutive d'une simulation, mais correspond à une conversion névrotique.

Alors même que Mme B... présentait des antécédents psychiatriques, sous la forme de dépression, pouvant favoriser l'émergence de cette symptomatologie somatique, il ne ressort pas des éléments soumis à l'instruction que la victime avait, antérieurement, fait l'objet d'un tel épisode de trouble somatoforme. Le facteur déclenchant de cette conversion névrotique doit être regardé comme résidant, ainsi que l'ont estimé ces experts, dans la prise en charge de la victime liée à la fermeture du foramen ovale perméable et à ses suites, probablement marquées par une embolie gazeuse, et ayant occasionné une lourde médicalisation, avec transfert en hélicoptère et placement en caisson hyperbare. Ainsi, alors même que ce trouble n'est pas étranger à son état antérieur, il trouve sa cause dans la prise en charge médicale dont a fait l'objet la patiente. Dans ces conditions, l'ONIAM n'est pas fondé à

soutenir que les séquelles dont souffre Mme B..., après consolidation, ne sont pas imputables à l'accident médical ».

Par exception, l'état antérieur peut être pris en compte dès lors qu'il était connu avant l'accident.

En effet, il sera intégré dans l'évaluation des préjudices lorsqu'il emportait des conséquences préjudiciables déjà avant l'accident.

Ainsi, les conséquences de cet état ne sont pas mises à la charge du responsable de l'accident.

• CA, Aix-en-Provence, 25 novembre 2021, n° 21/07277

En l'espèce, Mme A. souffrait avant l'accident médical non fautif d'un état lombaire déjà algique et invalidant.

L'expert le rappelle dans son rapport, notamment en citant un courrier du 13 septembre 2007 qui évoque des lombalgies chroniques mécaniques devenues invalidantes, apparaissant le matin au lever avec épisodes de déverrouillage notable, s'intensifiant en position statique prolongée (debout et assise) surtout aux efforts et changements de position. Dans ce courrier, le médecin qualifie ces lombalgies de majeures, résistantes au traitement médical majeur (morphiniques) précisant qu'elles entraînent une raideur importante et très douloureuse du rachis lombaire et de la charnière lombosacrée, s'intensifiant à la mobilisation dans tous les axes. Par ailleurs, il résulte des opérations expertales que les lombalgies douloureuses dont souffrait Mme A. ont été aggravées par une chute sur son lieu de travail le 11 août 2020, soit avant l'intervention au cours de laquelle l'accident médical non fautif s'est produit.

Cet état antérieur n'était pas asymptotique et il était déjà invalidant, **de sorte qu'il doit en être tenu compte pour évaluer les préjudices subis par Mme A.**, étant rappelé que l'ONIAM n'a pas participé aux opérations d'expertise ordonnées par la CCI puisqu'il n'est pas partie à cette procédure, ce qui explique qu'il n'ait pas adressé de dire à l'expert sur ce point.

Finalement, la problématique de l'état antérieur reste particulièrement complexe lors de l'appréciation des séquelles.

En effet, l'expression « symptomatologique », sera bien différente en fonction des individus, de leur histoire personnelle, familiale, culturelle.

Ainsi, résumer cette dimension à un état psychopathologique ou à une prédisposition, comme on pourrait le faire sur le plan somatique, reste discutable. La psyché relève de mécanismes complexes dont l'exprimé n'est qu'une facette.

C'est au prix d'une analyse médico-psychologique rigoureuse de ces mécanismes, dont l'évaluation de la personnalité et du fonctionnement psychique de l'individu, que le diagnostic de séquelles et leur imputabilité peut être établi.

BIBLIOGRAPHIE

Revue & Ouvrages

- F. Chabas, « *Remarques sur la responsabilité des médecins psychiatres et des cliniques psychiatriques en droit privé* », Gaz. Pal. 1980, 2, doctr. p. 486
- « *Évaluation du dommage psychiatrique* », Dionot T. E.M.C., 1998
- Krug E. G. et collab., *Rapport mondial sur la violence et la santé*, Genève : Organisation mondiale de la santé, 2002
- F. Alt-Maes, « *Les deux faces de l'information médicale : vers un nouvel équilibre des relations médecin-malade après la loi du 4 mars 2002 ?* », Gaz. Pal., 16 décembre 2003, n° 350
- D. Viriot-Barrial, « *La responsabilité du psychiatre dans sa mission d'évaluation de la dangerosité* », RGDM, 2013, p. 109
- C. Denambride, « *La responsabilité pénale dans le domaine de la psychiatrie du fait du passage à l'acte de patients* », RGDM, n° 16, 2017, p. 106
- Brochure de la COREME, « *De l'équipe médicale à l'équipe de soins* », 2019
- *Petite histoire d'imputabilité*, G. Steinbach, Rev. franç. dommage corp., 2019, 45-4, 315-323
- J. Leroy, « *Le médecin face au suicide de son patient* », JCP G 2020, 937
- Brochure de la COREME, « *Faute, aléa thérapeutique, perte de chance : état des lieux 18 ans après la loi n° 2002-203 du 4 mars 2002* », Octobre 2020
- M. Dupont, *Litec Droit médical et hospitalier*, Fascicule 10-10 : Dossier médical : Généralités et communication

Recommandations :

- HAS, « *Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux* », Avril 2005
- Recommandations présentées lors de l'audition publique organisée en janvier 2007 par la Fédération française de psychiatrie sur l'expertise psychiatrique pénale
- HAS, « *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* », Mars 2011
- HAS, « *Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé* », Juin 2012
- HAS, « *Isolement et contention en psychiatrie générale* », Février 2017
- HAS, « *Processus d'annonce d'un diagnostic psychiatrique sévère à un patient majeur: enjeux, principes, place de l'entourage* », Juillet 2022

Codes :

- Code civil
- Code de déontologie médicale
- Code pénal
- Code de procédure pénale
- Code de la santé publique

Textes :

- Déclaration d'Helsinki, 1964
- Déclaration de Tokyo, 1975
- Convention d'Oviedo pour la protection des droits de l'homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine : Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine, 1997
- Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, 2000

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier les membres de la COREME qui nous ont aidés dans la rédaction de cette brochure : Mmes Sandrine Almonacil, Arielle Luquet, Claire Tinturier, Anne-Marie Papeix, Frédérique Pottier, Delphine Touati, avec la participation de Mme Typhaine Rabadeux, MM. Patrick Flavin, Emmanuel Poirier, Bertrand Rondepierre, Stéphane Thelliez.

Mme Isabelle Bessières-Roques, Délégué Général de l'AREDOC, Mr William Djadoun, adjoint au délégué général, Mme Elodie Zerbib, Mme Sarah Boussa se chargeant en outre de coordonner la réflexion.

ASSOCIATION POUR L'ETUDE DE LA RÉPARATION DU DOMMAGE CORPOREL
1, rue Jules Lefebvre - 75431 Paris Cedex 09
Tél. +33 (0)1 53 21 50 72 - Fax. +33(0)1 53 21 50 76 - E-mail : aredoc@aredoc.com
www.aredoc.com