

La responsabilité pénale du psychiatre du fait de son patient

Alice Milon, Renaud Bouvet

▶ **To cite this version:**

Alice Milon, Renaud Bouvet. La responsabilité pénale du psychiatre du fait de son patient. Médecine & Droit, 2020, 165, pp.135-140. 10.1016/j.meddro.2020.07.003 . hal-03227958

HAL Id: hal-03227958
https://hal.science/hal-03227958

Submitted on 13 Feb 2023

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Version of Record: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1246739120300622
Manuscript_16573504bf3473d815ac660b24d4013a

Médecine et Droit
Droit pénal

La responsabilité pénale du psychiatre du fait de son patient

The criminal liability of the psychiatrist because of the acts committed by his patient

Alice Milon[1,2], médecin légiste ; Renaud Bouvet[1,2,3], médecin légiste, docteur en droit

[1] Centre hospitalier universitaire, service de médecine légale, Rennes, France.
[2] Université de Rennes 1, Faculté de médecine, Rennes, France
[3] Université de Rennes 1, Institut du droit public et de la science politique (EA IDPSP UR1_RS438), Rennes, France.

Auteur correspondant
Renaud Bouvet
CHU, service de médecine légale
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes cedex 9
Téléphone 02 99 28 24 28
renaud.bouvet@chu-rennes.fr

© 2020 published by Elsevier. This manuscript is made available under the CC BY NC user license
https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/

Résumé

Si la responsabilité pénale demeure personnelle, la jurisprudence récente tend à élargir les hypothèses d'engagement de la responsabilité pénale du médecin en matière de délits non-intentionnels. La question concerne singulièrement le psychiatre, du fait d'actes commis par son patient, sur le fondement des articles 221-6 ou 222-19 du code pénal. L'appréciation jurisprudentielle de la faute et de son lien de causalité avec le dommage ne fait toutefois pas peser sur le psychiatre une obligation de résultat, dans la mesure où seuls les manquements professionnels graves, manifestement non conformes aux règles de l'art médical se voient sanctionnés.

Mots clés

Psychiatre (responsabilité pénale) ; délits non-intentionnels; Faute qualifiée

Abstract

If the criminal liability remains personal, recent case law has tended to broaden the hypotheses for the doctor's criminal liability in the case of unintentional offenses. The question particularly concerns the psychiatrist, because of acts committed by his patient, on the basis of articles 221-6 or 222-19 of the French penal code. However,judicial assessment of the fault and its causal link with the damage does not impose on the psychiatrist an obligation of result, insofar as only serious professional misconduct, manifestly not in accordance with the rules of medical art,are sanctioned.

Key words

; psychiatrist (Criminal liability) ; Unintentional offences.

Introduction

Si la responsabilité pénale demeure une responsabilité personnelle[1], la jurisprudence récente tend à élargir les hypothèses d'engagement de la responsabilité pénale du médecin. Indépendamment d'une demande d'indemnisation ou d'une sanction disciplinaire, sa responsabilité pénale peut être recherchée non seulement pour les actes personnellement accomplis, mais également pour ceux commis par un tiers. Ce que certains ont pu qualifier de responsabilité pénale du fait d'autrui [1]est une conséquence de la loi *Fauchon* tendant à préciser la définition des délits non-intentionnels[2].

La responsabilité pénale du médecin a déjà pu être recherchée du fait d'actes commis par une personne dont il avait la responsabilité[3] ou par un membre de l'équipe de soin[4]. Nous entendons ici étudier la possibilité de l'engagement de la responsabilité du médecin du fait d'actes commis par son patient. Le contexte est celui, spécifique, de la psychiatrie – patients à risque de gestes auto- ou hétéro-agressifs en lien avec leur pathologie–, et la question celle de l'engagement de la responsabilité pénale du psychiatre sur le fondement des art. 221-6[5] ou 222-19[6], C. pén.

En 2008, une information judiciaire est ouverte contre un psychiatre du chef d'homicide involontaire suite à un homicide volontaire commis par l'un de ses patients en 2004 à l'occasion d'une autorisation de sortie. Une ordonnance de non-lieu est rendue en 2005 en raison d'une abolition du discernement du patient au sens de l'art. 122-1, al. 1, C. pén., motivant la famille du défunt à déposer une nouvelle plainte avec constitution de partie civile. Après une première condamnation par le tribunal correctionnel[7], le médecin est relaxé par la cour d'appel[8], décision confirmée par la Cour de cassation[9] en raison d'une prescription de l'action publique. Cinq plus tard, un autre psychiatre fait l'objet de poursuites pour homicide involontaire suite à un homicide volontaire commis en 2008 lors d'une autorisation de sortiepar l'un de ses patients ayant également fait l'objet d'une décision d'irresponsabilité pénale. Le médecin est condamné à dix-huit mois d'emprisonnement avec sursis[10], condamnation confirmée en appel[11], et son pourvoi est rejeté par la Cour de cassation[12].

Cette jurisprudence récente relative à la responsabilité pénale du psychiatre du fait de son patient semble mériter une analyse particulière. Nous étudierons donc ici les critères d'engagement de la responsabilité pénale du psychiatre dans ce contexte spécifique. Laquestion du dommage, qui est établi – ici, la mort d'autrui –, ne sera pas traitée ; nous aborderons dans un premier temps la faute pénale du médecin (I), puis dans un second temps le lien de causalité entre celle-ci et le dommage (II).

---

[1] C. pén., art. 121-1.
[2]Loi n° 2000-647 du 10 juil. 2000 tendant à préciser la définition des délits non intentionnels, *JORF*, 11 juil. 2000, n°159, p.10484.
[3] Crim., 10 févr. 2009, n°08-80.679 ; Crim., 8 févr. 2011, n°10-84.161 : interne relaxé mais condamnation du médecin.
[4] Crim., 1er avr. 2008, n°07-81.509.
[5] C. pén., art. 221-6 : homicide involontaire.
[6] C. pén., art. 222-19 : atteinte involontaire à l'intégrité de la personne.
[7] T. corr. Marseille, 18 déc. 2012, n°0800045026 : condamnation à un an d'emprisonnement avec sursis.
[8] CA Aix-en-Provence, 7e ch., 31 mars 2014, n°150/2014.
[9] Crim., 15 sept. 2015, n°14-83.740.
[10] T. corr. Grenoble, 14 déc. 2016.
[11] CA Grenoble, 15 mai 2018, n°17/00189.
[12] Crim., 22 oct. 2019, n°18-84.001.

I. La faute pénale médicale

En vertu des dispositions de l'art. 121-3, al. 4, C. pén., les personnes physiques qui n'ont pas causé directement le dommage sont responsables pénalement en cas de violation délibérée d'une obligation particulière de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, ou en cas de faute caractérisée exposant autrui à un risque d'une particulière gravité qu'elles ne pouvaient ignorer. On identifie ici une première condition *sine qua non* permettant d'engager la responsabilité pénale du médecin : la faute qualifiée. Elle se distingue de la faute simple et l'on peut en distinguer deux types: la faute délibérée et la faute caractérisée. La première,eu égard à son caractère volontaire quant à la mise en danger d'autrui, peut être qualifiée de faute grave et n'a à notre connaissance jamais été retenue par les juges dans le contexte objet de l'étude. La seconde a pu être reprochée à des psychiatres, dès lors que ses éléments étaient « *bien marqués et d'une certaine gravité* »[13]et qu'elle avait permis l'exposition d'autrui à un risque (A) que les prévenus ne pouvaient ignorer (B). Il y a donc faute qualifiée si les diligences du médecin n'étaient pas adaptées aux risques prévisibles [2].

I A L'exposition d'autrui à un risque

Dans le contexte considéré, le risque est celui d'un passage à l'acte auto-agressif (suicide) ou hétéro-agressif (homicide) du patient souffrant de troubles psychiatriques. Le psychiatre peut être condamné soit pour avoir exposé la victime au risque d'être tuée par le patient, soit pour avoir exposé son malade au risque de se suicider. Dans les deux situations, la gravité du risque est donc bien établie puisqu'il y a mort d'une personne. Le juge doit alors déterminer quels manquements fautifs ont permis l'exposition du patientou la victime de l'homicide aurisque. Deux types de défaillance peuvent être reprochés au psychiatre: le non-respect des droits du patient(1) et le manquement à ses devoirs dictés par le code de déontologie médicale (2).

I A 1 Les droits du patient

Les patients hospitalisés en psychiatrie disposent des mêmes droits que ceux soignés pour une autre pathologie. L'accès au dossier médical, l'information du patient et le choix d'une personne de confiance sont, entre autres, autant de droits dont l'atteinte peut être reprochée au médecin. En cas d'hospitalisation psychiatrique sans consentement du fait d'une impossibilité à consentir, certains droits – notamment la liberté d'aller et venir – peuvent être limités. Les restrictions de sortie sont juridiquement acceptables si elles sont temporaires, adaptées, nécessaires et proportionnées à l'état du patient et à la mise en œuvre du traitement [3]. Le refus de permission de sortie peut donc être reproché au psychiatre en cas d'amélioration de l'état de son patient. L'évaluation de la balance bénéfices-risques des sorties autorisées doit être médicale, réalisée personnellement et se faire à la lumière de l'histoire du patient, dans le respect des libertés individuelles. La liberté d'aller et venir est en effet un principe fondamentalde valeur constitutionnelle[14], reconnu en droit international[15]. Cette liberté est reconnue pour toute personne hospitalisée[16] et a été étendue aux soins psychiatriques sans

[13] T. corr. La Rochelle, 7 sept. 2000, D. 2000, IR, p. 250.
[14] Déclaration des droits de l'homme et du citoyen*,* 1789, art. 7 et 4 ; Constitution du 4 octobre 1958, art. 66. ; C. const., 12 juill. 1979, n°79-107 DC, *JORF*, 13 juill. 1979.
[15] Déclaration universelle des droits de l'homme*,* 1948, art. 9 et 13 ; Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, protocole additionnel n°4, art. 2.
[16]CSP, art.R.1112-56.

consentement afin de favoriser la guérison, la réadaptation et la réinsertion des patients[17]. L'évaluation de l'opportunité d'une sortie est donc un exercice difficile, mettant en balance le respect des droits du patient et la protection des personnes.

La jurisprudence pénale consacrée à l'exercice de la psychiatrie ne semble pour l'instant pas s'être fondée sur le non-respect des droits du patient hospitalisé pour établir la qualification d'une faute caractérisée. Le volume du contentieux est certes rare, mais l'on peut s'en étonner dans la mesure où plusieurs décisions[18] sont postérieures à la consécration législative des droits subjectifs de l'usager du système de santé[19]. *A contrario*, les manquements aux devoirs du médecin tirés du constat d'une violation des prescriptions du code de déontologie médicalesemblent avoir été les éléments déterminants dans la qualification de fautes caractérisées.

I A 2 Les obligations du médecin

Ainsi, premièrement, du défaut fautif de diagnostic psychiatrique. La règle déontologique dispose en effet 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[20]. Ce n'est donc pas l'erreur diagnostique qui est incriminée[21] – l'obligation de résultat ne pouvant être reprochée au médecin – mais bien l'absence de diagnostic du fait d'un défaut de moyen, « *d'abstentions graves, d'une désinvolture grave* » [4] de la part du praticien. C'est sur ce fondement qu'a été condamné un psychiatre marseillais[22] qui, malgré la symptomatologie, les antécédents psychiatriques et les avis des différents experts psychiatres ayant pu examiner le patient antérieurement, s'est abstenu de porter le moindre diagnostic en dépit de son statut de psychiatre traitant depuis plusieurs années. Dans cette espèce, le défaut de diagnostic d'une schizophrénie paranoïde a été à l'origine de soins inadaptés au profil pathologique du patient, la privation de soins adaptés étant constitutive d'une seconde faute caractérisée.

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 compétents[23]. 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 ouverte était « *conforme aux bonnes pratiques applicables dans le cas spécifique* »[24]. Dans l'affaire

[17]CSP, art.L.3211-11-1.
[18]*Cf. infra*.
[19] Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, *JORF*, 5 mars 2002, p. 4118.
[20]CSP, art.R.4127-33.
[21] Crim., 3 nov. 1988, n° 87-82.088 ; Crim., 17 janv. 1991, n° 90-82.009.La même distinction entre faute et erreur est opérée par le juge administratif en matière de responsabilité des établissements publics de santé ; v. sur ce sujet : CONSEIL D' D'ETAT, *L'engagement de la responsabilité des hôpitaux publics*, Dossier thématique 2015, p. 9.
[22] T. corr. Marseille, 18 déc. 2012, *op. cit.*
[23]CSP, art.R.4127-32.
[24]Crim., 12 juill. 2016, n° 16-80.337.

marseillaise, à l'inverse, en l'absence de diagnostic, le patient n'a, en toute logique, 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 personnels pour le faire et que la dangerosité de son patient évoluait de manière croissante. Cette défaillance a été qualifiée de faute caractérisée.

Le défaut de suivi et de connaissance du dossier médical est également un manquement fautif qui peut être reproché au médecin eu égard au caractère personnel de l'exercice de la médecine, chaque médecin étant responsable de ses décisions et actes[25]. Il s'agit là d'une des fautes reprochées au médecin jugé dans la seconde espèce, grenobloise, citée en introduction[26]. Alors qu'il aurait dû personnellement procéder à son évaluation régulière, il a pris des décisions importantes d'un point de vue thérapeutique et sécuritaire (autorisation de sortir sans accompagnement dans le parc non-clôturé de l'établissement de soins lui permettant 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 incombaient, sa faute ne pouvant être légitimée par la confiance qu'il avait en son collègue[27].

In fine, il ressort de l'analyse de la jurisprudence que la défaillance dans l'évaluation du risque de passage à l'acte du fait d'un défaut de moyen est l'argument de choix du juge. Le psychiatre a notamment pour mission d'évaluer ce risque et de le prévenir en se basant sur les données acquises de la science. Le psychiatre marseillais, du fait d'un défaut de diagnostic, a sous-estimé le risque de violences volontaires; son confrère grenoblois, du fait d'un manque de diligence,n'a pas apprécié consciencieusement l'opportunité des permissions de sortie.L'évaluation du risque de passage à l'acte hétéro-agressif est une pratique médicale délicate ; celle du risque suicidaire peut également s'avérer complexe. Il n'en demeure pas moins qu'elles font l'objet de travaux qui ont abouti à l'élaboration de recommandations s'intégrant dans le corpus des données acquises de la science, mobilisables par tout médecin [5,6]. Le juge pénal n'exige pas du psychiatre l'infaillibilité, dès lors que la notion de risque contient en elle-même l'aléa. Sa seule exigence est celle d'un travail consciencieux et du respect des connaissances médicales avérées, dans les limites traditionnelles de l'obligation de moyen. C'est bien la connaissance du risque et non la certitude de sa réalisation ou de sa non-réalisation qui fonde, dans ce contexte, l'engagement de la responsabilité pénale du psychiatre.

I B La connaissance du risque

Le comportement de l'agent est considéré comme fautif aux termes de l'art. 121-3, al. 4, C. pén. dès lors qu'il a exposé autrui à un risque qu'il ne pouvait ignorer. La démonstration de la

[25]CSP, art.R.4127-69.
[26]T. corr. Grenoble, 14 déc. 2016, *op. cit.*
[27]Crim., 22 oct. 2019, *op. cit*.

connaissance du risque par le psychiatre peut s'avérer délicate pour le juge,tenu par les éléments de preuve qui lui sont fournis, mais dans une matière où l'interprétation – pour ne pas dire la subjectivité – occupe parfois une part non négligeable. Cette relative singularité de la psychiatrie se conjugue au critère aléatoire général de l'exercice médical, pour expliquer quelques décisions de relaxe. L'analyse de la jurisprudence permet cependant d'aborder la question de la connaissance du risque selon deux perspectives :*in abstracto* (1) et *in concreto* (2).

I B 1 Risque in abstracto

Cette première perspective témoigne de la spécificité de la psychiatrie par rapport aux autres spécialités médicales. Cette singularité réside dans le fait que certaines pathologies (notamment les troubles psychotiques) sont en elles-mêmes à risque de comportementsauto- et/ou hétéro-agressifs. Le risque peut être majoré en cas de décompensation aiguë en lien avec un évènement intercurrent ou une rupture de traitement par exemple. L'exercice de la psychiatrie, qui reste dans le champ de la pratique médicale et n'a pas à entrer dans celui de l'ordre public, ne peut cependant ignorer cette dimension si particulière. Elle s'illustre par des dispositions spéciales, inenvisageables pour les autres spécialités médicales.

Ainsi, malgré l'absence d'automaticité, il n'est pas rare que le discernement de ces patients soit altéré voire aboli au moment des faits. Il en résulte un traitement pénal spécial : possibilité d'une réduction du quantum de la peine dans le premier cas, irresponsabilité pénale dans le second. Pour exemple, le cadre juridique des soins psychiatriques sans consentement[28] qui se fonde à la fois sur l'impossibilité à consentir du fait de la pathologie nécessitant des soins, et d'autre part sur le risque résultant de cette incapacité décisionnelle. L'évaluation de ces risques spéciaux est donc inhérente à l'exercice de la psychiatrie : pour paraphraser l'art. 121-3, al. 4, C. pén., ces risques d'une particulière gravité que, dans la limite de l'obligation de moyen, les psychiatres ne peuvent ignorer au nom de la compétence qui est la leur. Le psychiatre, expert des troubles psychiques, ne peut ignorer, de manière générale, les complications propres aux pathologies dont il est le spécialiste.

Dans les espèces citées en introduction, le raisonnement des juges semble être celui-ci. Dans le dossier marseillais, la connaissance du risque par le prévenu est tirée de son statut de psychiatre traitant depuis plusieurs années, connaissant ainsi l'histoire psychiatrique et judiciaire du patient. Dans l'affaire grenobloise, le juge a considéré que l'expérience, les qualifications et le statut de médecin référent du psychiatre ne l'autorisaient pas à ignorer le risque, de même que son « *rôle médical prépondérant* » dans le service et le fait qu'il ait établi « *de nombreux certificats et documents* » concernant le patient. Dans les deux espèces, le juge semble retenir une présomption de conscience du risque essentiellement basée sur un argument temporel : la durée de la prise en charge et l'expérience du praticien.

La notion de connaissance d'un risque *in abstracto* s'illustre, dans un contexte différent, par un arrêt de la chambre criminelle confirmant la condamnation de deux psychiatres dirigeants d'une clinique du fait du suicide d'une patiente par précipitation depuis une cage d'escalier non protégée[29]. La Haute juridiction a considéré que bien que n'étant pas médecins traitants de la patiente, leur statut de directeur de la société les empêchait d'ignorer l'absence de garde-corps au niveau des escaliers de l'établissement, mais surtout que leur qualité de psychiatre

[28] CSP, art. L.3213-1 et s. : soins à la demande du représentant de l'Etat (SDRE) ; CSP, art. L.3212-1 et s. : soins à la demande d'un tiers (SDT) et soins en cas de péril imminent (SPI).
[29]Crim., 12 juill. 2016, n° 16-80.337.

les empêchait de méconnaitre le risque de suicide des patients hospitalisés dans la clinique essentiellement pour syndrome dépressif.

I B 2 Risque in concreto

La connaissance du risque appréciée *in abstracto* ne saurait toutefois méconnaître une appréciation en considération des faits de l'espèce, ainsi que le montre l'analyse des juges du fond dans les affaires citées *supra*.

Le juge phocéen considère que le risque aurait dû être identifié au regard des antécédents psychiatriques et judiciaires du patient. Tel n'a pas été le cas du fait d'un comportement fautif résidant dans la « *banalisation* » par le médecin des informations portées à sa connaissance tant par le biais des expertises psychiatriques retenant un diagnostic de schizophrénie paranoïde, que par l'entourage du patient qui avait averti l'équipe de soin d'un conflit familial[30]. Cette forme de « désintérêt » est relevée par le juge grenoblois qui constate l'absence de prise en considération des antécédents du sujet et des informations transmises au psychiatre par le personnel paramédical, et par la Cour de cassation qui relève que les autorisations de sorties renouvelées sans discontinuer par le psychiatre ne pouvaient que conduire à une « *baisse de vigilance générale* ». Dans cette affaire, le dernier grief réside dans le fait d'avoir permis une sortie sans surveillance dans le parc de l'établissement de santé alors que le médecin ne pouvait ignorer que celui-ci n'était ni protégé ni clôturé, permettant une éventuelle fugue.

L'évaluation de la connaissance du risque *in concreto* s'apprécie donc assez logiquement sur des éléments relatifs au patient, quand celle du risque *in abstracto* semble reposer sur la qualité du médecin. C'est pourtant bien la première, certes nourrie de la seconde, qui semble déterminante. Ainsi, en 2002, un psychiatre poursuivi pour homicide involontaire du fait du suicide de sa patiente dépressive, hospitalisée à la demande d'un tiers, a été relaxé[31]. Des sorties avaient été autorisées au sein de l'établissement sans accompagnement en raison de l'évolution positive de l'état de la patiente selon la famille et le personnel hospitalier. Ces informations rassurantes ont conduit le juge à considérer qu'il ne pouvait être reproché au médecin d'avoir méconnu le risque suicidaire. La Cour de cassation a précisé sa jurisprudence dans une appréciation non dénuée d'une certaine finesse, en considérant que le suicide relevait d'une « *décision personnelle intime* » et que dans ces conditions, en l'absence d'antécédent suicidaire, le risque qui s'est finalement réalisé ne pouvait être identifié[32].

La faute pénale médicale ainsi définie, la responsabilité du psychiatre ne peut toutefois être engagée que lorsque le lien de causalité entre la faute et le dommage est établi.

II. Le lien de causalité

L'art. 121-3, al. 4, C. pén. dispose 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 peuvent être tenues pour responsables pénalement en cas de faute délibérée ou caractérisée. La jurisprudence en matière de responsabilité pénale médicale est plutôt riche en cas de décès

[30] En l'espèce, homicide du conjoint de la grand-mère.
[31] Crim., 2 mai 2002, n° 01-85.918.
[32] Crim., 2 oct. 2007, nº 07-80.407.

d'un patient du fait des actes d'omission ou de commission du praticien[33]. Dans le cas de la présente étude, la particularité réside dans le fait que le patient est l'auteur direct d'homicide volontaire – ou du suicide – et qu'il est reproché au psychiatre d'être l'auteur indirect du geste (A). La démonstration de la certitude du lien de causalité est en revanche plus complexe (B).

II A Un lien de causalité indirect

En cas de délit non-intentionnel, la loi prévoit que selon la faute retenue, le lien de causalité entre faute et dommage puisse être direct ou indirect. En cas de lien de causalité direct, la démonstration d'une faute simple par imprudence, négligence ou manquement à une obligation de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement suffit pour engager la responsabilité de la personne. En cas de lien de causalité indirect, doit être démontrée l'existence d'une faute qualifiée, caractérisée ou délibérée. En ce sens, la loi *Fauchon* a permis d'adoucir la répression en dépénalisant certains faits – les fautes simples des personnes physiques en cas de causalité indirecte. La responsabilité du médecin psychiatre du fait des actes de son patient ne peut donc pas être engagée en cas de faute simple.

Dans les arrêts marseillais et grenoblois précités, le caractère indirect du lien de causalité ne fait pas l'objet d'une discussion approfondie. Les premiers juges énoncent simplement que le médecin a décidé, quels qu'aient été les évènements et les alertes, de ne rien modifier à sa pratique en créant ou en contribuant à créer la situation qui a permis la réalisation du dommage, quand les seconds considèrent que les manquements du psychiatre ont contribué à faire courir un risque majeur de fuite et de passage à l'acte. Les actions fautives des psychiatres ont contribué à créer la situation à risque de dommage, le lien de causalité entre les autorisations de sortie sans surveillance et les coups mortels portés par les patients est donc réel tout en étant indirect.

Il paraît en effet impensable de voir ici un lien de causalité direct telle que défini par la circulaire d'application du 11 octobre 2000, laquelle prévoit qu'il n'y aura causalité directe que lorsque la personne en cause aura, soit elle-même frappé ou heurté la victime, soit aura initié ou contrôlé le mouvement d'un objet qui aura heurté ou frappé la victime[34]. Il est bien évident que les psychiatres n'ont pas eux-mêmes asséné les coups mortels...

Par ailleurs, le lien de causalité peut être qualifié de direct chaque fois que l'imprudence ou la négligence reprochée est soit la cause unique, exclusive, soit la cause immédiate ou déterminante de l'atteinte à l'intégrité de la personne [7]. La jurisprudence en matière de responsabilité médicale pénale comprend quelques décisions dans lesquelles la responsabilité des médecins a été retenue en raison d'une causalité directe entre le dommage – décès du patient ou blessures involontaires avec incapacité totale de travail supérieure à trois mois – et les actes fautifs. Les médecins ont été condamnés du fait de fautes simples. Ainsi, d'un chirurgien concernant le décès d'un patient suite à une inhalation bronchique secondaire à des vomissements en lien avec un oubli de l'arrêt de l'alimentation entérale avant une intervention chirurgicale pour un syndrome occlusif[35] ; ainsi, d'un gynécologue-obstétricien du fait du décès d'un nouveau-né à la suite d'une fracture du crâne en lien avec une mauvaise utilisation

[33] Par exemple : Crim., 12 sept. 2006, n°05-86.700 (endocrinologue) ; Crim., 10 févr. 2009, n°08-80.679 (gynécologue) ; Crim., 8 févr. 2011, n°10-84.161 (médecin urgentiste) ; Crim., 26 nov. 2013, n°12-86.586 (médecin réanimateur) ; Crim., 21 oct. 2014, n°13-86.057 (médecin anesthésiste), *etc*.
[34] Circ. Crim.-00-9/F1, 11 oct. 2000, *BOMJ*, n°80, p.81.
[35] Crim., 29 mai 2001, n°00-85.497.

des forceps[36]. En matière psychiatrique, nonobstant l'éventuel défaut dans la prise en charge imputable au médecin, l'existence d'une pathologie psychiatrique chez le patient ne permet pas de retenir le caractère exclusif ou immédiat du lien entre les actes des psychiatres et le décès des victimes. Mais surtout, le caractère direct du lien de causalité ne peut qu'être écarté compte tenu de l'intervention d'un tiers intermédiaire entre la faute et le dommage.

Si en cas de causalité directe, les médecins suscités peuvent être qualifiés d'auteurs directs, la doctrine a proposé une lecture plus fine en distinguant, dans le cas d'un lien de causalité indirecte, deux qualifications possibles s'agissant des auteurs d'infractions non-intentionnelles. Peut ainsi être qualifié d'auteur indirect la personne physique qui a créé ou contribué à créer la situation qui a permis la réalisation du dommage. Peut être qualifié d'auteur médiat, la personne qui n'a pas pris les mesures permettant de l'éviter [8]. En somme, il s'agit de distinguer des comportements de commission et d'omission. Les psychiatres concernés par les deux affaires d'intérêt évoquées plus haut ont été qualifiés d'auteurs indirects, considérant que les permissions de sorties inadéquates avaient contribué à la réalisation du dommage. Selon la grille de lecture doctrinale, il semble qu'ils pourraient égalementêtre qualifiés d'auteurs médiats. L'absence de soins psychiatriques adaptés à la pathologie et l'inaction face aux alertes de la famille et des soignants vis-à-vis d'une évolution négative du patient sont autant de mesures qui n'ont pas été prises pour éviter le passage à l'acte de ces malades à risque de gestes hétéro-agressifs. Les deux qualités ne sont donc pas exclusives l'une de l'autre. Si intellectuellement cette distinction est intéressante, elle n'a toutefois que peu de conséquences en termes de régime juridique, le caractère indirect du lien de causalité entre la faute et le dommage étant nécessaire et suffisant pour engager la responsabilité pénale.

Dans un contexte de risque, nécessairement marqué du sceau de l'aléatoire, même si le caractère indirect du lien de causalité peut fonder l'engagement d'une responsabilité, il n'en demeure pas moins que la certitude du lien entre faute et dommage doit être établie.

II B Un lien de causalité certain

La certitude du lien de causalité doit s'entendre comme la possibilité de rattacher le comportement non-intentionnel au dommage subi par la victime sans qu'aucun doute ne subsiste [9]. C'est sur le fondement de l'incertitude que la Cour de cassation n'a pas retenu la responsabilité de deux agents d'une direction départementale des affaires sanitaires et sociales mis en cause pour homicide involontaire à la suite du meurtre commis par un individu dont le discernement avait été qualifié d'aboli[37]. Alors qu'il leur était reproché de ne pas avoir saisi un psychiatre d'une demande d'avis concernant la personne homicide, connue pour présenter antérieurement des troubles mentaux, la Haute juridiction judiciaire a considéré qu'il n'était pas certain que ce psychiatre aurait sollicité une hospitalisation d'office, ni que le préfet l'aurait décidée. Si donc le lien entre l'éventuel manquement de ces fonctionnaires et le meurtre pouvait être qualifié d'indirect, manquait le caractère de certitude indispensable à l'établissement d'une responsabilité.

S'agissant de la certitude du lien entre manquement professionnel du psychiatre et commission d'un acte auto- ou hétéro-agressif par le patient, la doctrine s'est interrogée quant à la faisabilité de la démonstration de ce caractère certain. Le Professeur Mistretta estime en effet que « *s'il est déjà difficile d'avoir des certitudes quant au rôle causal que peut jouer un*

[36] Crim. 23 oct. 2001, n°01-81.030.
[37]Crim., 4 mars 2008, n°07-81.108.

médecin quand il soigne directement son propre malade tant la médecine est une science inexacte, comment pourrait-on avoir des certitudes lorsque le prétendu comportement fautif affecte un tiers à la relation médicale ? » [10][38]. En effet, bien que de fondement scientifique, la médecine reste empreinte d'incertitudes, tant du point de vue des connaissances mobilisables, qui peuvent être mises en défaut, que par la complexité de la relation humaine unissant le soignant à son malade… et que par la faillibilité de toute activité humaine. Il peut paraître dès lors difficile d'imaginer un lien de causalité certain, ce d'autant en cas de protagoniste intermédiaire.

Dans nos deux espèces d'intérêt, les juges l'ont toutefois admis.Alors que la question est celle de l'évaluation d'un risque, donc, de l'incertitude, les juges marseillais considèrent que si le psychiatre avait établi le bon diagnostic permettant d'évaluer le risque de passage à l'acte et d'adapter le traitement, le patient n'aurait pas, de manière certaine, fugué de la consultation puis tué le conjoint de sa grand-mère. De même,si le psychiatre grenoblois avait correctement évalué le dossier du malade, son profil dangereux aurait été mieux apprécié et le patient n'aurait pas, de manière certaine, bénéficié de permissions de sortie lui permettant de fuguer et de tuer un étudiant.

Il est par ailleurs possible d'envisager que la qualification du caractère certain du lien de causalité indirect entre la faute médicale et la survenue du dommage pour un tiers à la relation médicale en cas d'homicide puisse résider dans la reconnaissance de l'irresponsabilité pénale du patient. En effet, si celle-ci n'est pas écartée, c'est-à-dire si le discernement de l'auteur de l'homicide est considéré comme intact, l'élément moral de l'infraction est établi – dol général et dol spécial en l'espèce : *animus necandi*. L'agression relève donc d'une décision personnelle à laquelle le psychiatre est totalement étranger. Si, *a contrario*, le discernement est aboli du fait du trouble psychique ou neuropsychique visé à l'art. 122-1, al. 1, C. pén., alors le geste homicide ne procède plus d'une volonté personnelle mais des conséquences comportementales de la maladie, qu'il appartient au psychiatre d'identifier et de prendre en charge selon les données acquises de la science. Il serait intéressant d'étudier ce que serait le traitement juridique de l'hypothèse d'une altération du discernement au sens de l'art. 122-1, al. 2, C. pén. En effet, une telle altération n'emporte pas irresponsabilité pénale et ne joue que sur le quantum de la peine. Cette option législative témoigne pourtant de la prise en compte de ce qu'un trouble psychique ou neuropsychique puisse avoir au moins participé au passage à l'acte criminel. Si notre analyse est juste, on peut penser que le critère de certitude du lien de causalité indirect entre faute du médecin et mort de la victime serait, selon toute vraisemblance, difficile à établir.

Liens d'intérêts : aucun.

Références

1. Guigue M, Ponseille A. Autopsie de la responsabilité pénale d'une psychiatre pour homicide involontaire à la suite de l'homicide volontaire commis par un de ses patients.Revue Droit et Santé 2013;53:327-334.
2. Guigue M. Nouvelle illustration d'une faute caractérisée engageant la responsabilité pénale d'un médecin. Revue Droit et Santé 2007;15:73-75.
3. Panfili JM. Les risques et responsabilité liés aux sorties de patients en soins psychiatriques sans consentement dans l'enceinte de l'établissement. Revue Droit et Santé 2015;65:388-396.

[38]MISTRETTA P., « Le schizophrène, le psychiatre et les démences du droit pénal », *Droit pénal*, n°7-8, juil. 2014, ét. 14.

4. Ponseille A. Erreur de diagnostic et faute caractérisée d'un chirurgien urologue. Revue Droit et Santé 2014;57:901-904.
5. 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, recommandation de bonne pratique, 2011.
6. Haute Autorité de Santé. La crise suicidaire, reconnaître et prendre en charge, recommandation de bonne pratique, 2000.
7. Commaret D. La loi du 10 juillet 2000 et sa mise en œuvre par la chambre criminelle de la Cour de cassation. Gazette du Palais 2002;103:3.
8. Robert JH.Commentaire de la loi n° 2000-647 du 10 juillet 2000 tendant à préciser la durée des délits non intentionnels. AJDA 2000;11:924.
9. Ambroise-Castérot C. Droit pénal spécial et des affaires. Paris : Gualino ; 2012, p.105.
10. Mistretta P. Le schizophrène, le psychiatre et les démences du droit pénal. Droit pénal 2014;7-8:14.