

Suicide d'un patient psychiatrique : à qui la faute ?

Nathalie COLETTE-BASECQZ,
Professeur à l'Université de Namur,
Membre du centre de recherche « Vulnérabilités
et Sociétés »
Avocat au Barreau du Brabant wallon



Résumé

Le médecin chef d'un service psychiatrique a été acquitté de l'infraction d'homicide involontaire suite au suicide d'un patient qui séjournait de son plein gré dans son service. Les juges n'ont relevé aucune faute pénale et ont constaté que le médecin a veillé à la mise en place de mesures d'organisation structurelle imposant au personnel soignant d'appliquer des consignes strictes dès lors qu'il se trouvait confronté à la nécessité d'assumer la gestion thérapeutique de patients suicidaires. Aucun élément objectif du dossier répressif n'a permis d'établir que le comportement du médecin aurait été constitutif d'une négligence concrète ou d'un quelconque manquement à une obligation de moyens que n'aurait pas commis un praticien de la même spécialité, normalement prudent et diligent, placé dans les mêmes circonstances. Quant à la surveillance des patients, elle relève, non pas des mesures structurelles qui incombent à un chef de service, mais des mesures circonstanciées qui s'imposent au personnel soignant.

Samenvatting

Het diensthoofd van een psychiatrische afdeling werd vrijgesproken voor het misdrijf van onopzettelijk doden na de zelfmoord van een patiënt die geheel vrijwillig in zijn afdeling verbleef. De rechters hebben geen enkele strafrechtelijke fout opgemerkt en hebben vastgesteld dat het diensthoofd ervoor gezorgd heeft dat structurele organisatorische maatregelen werden ingevoerd die inhielden dat het verzorgend personeel strikte instructies moest volgen wanneer het diende in te staan voor de therapeutische behandeling van suicidale patiënten. Op basis van geen enkel objectief gegeven van het strafdossier kon worden vastgesteld dat het gedrag van het diensthoofd een concrete nalatigheid of enige tekortkoming aan een middelenverbintenis vormde, waaraan een normaal voorzichtige en zorgvuldige

beroepspersoon met de zelfde specialisatie zich in dezelfde omstandigheden niet zou hebben schuldig gemaakt. Het toezicht op patiënten valt niet onder de structurele maatregelen die een diensthoofd moet nemen, maar onder de ad-hocmaatregelen die het verzorgend personeel moet nemen.

Les faits et antécédents de procédure

1. Les faits à l'origine de cette affaire portent sur le suicide d'un patient souffrant de dépression sévère qui séjournait de son plein gré dans le service psychiatrique d'un hôpital. Échappant à la surveillance du personnel soignant, le patient avait quitté le service psychiatrique par la porte principale du bâtiment laissée ouverte et s'était suicidé en se jetant dans le vide.

À l'issue de l'instruction, seul le médecin chef du service psychiatrique avait été renvoyé devant le tribunal correctionnel par la chambre des mises en accusation de la Cour d'appel de Mons. Dans un arrêt du 19 décembre 2013¹, la juridiction d'instruction avait estimé qu'il y avait des charges suffisantes quant à l'infraction d'homicide involontaire². Les charges portaient sur le fait de ne pas avoir pris l'initiative d'avertir les autorités compétentes de l'hôpital de ce que les mesures structurelles de nature à empêcher la sortie du service étaient insuffisantes et qu'elles devaient être améliorées afin de faire respecter le traitement d'un patient qui présentait un risque aigu de suicide. La chambre des mises en accusation avait considéré que la circonstance que le patient était désireux d'être soigné et que rien ne laissait présager un passage à l'acte imminent ne pouvait suffire à exclure la faute dans le chef du médecin.

1. L'arrêt de renvoi de la chambre des mises en accusation de la Cour d'appel de Mons, accompagné d'une note, a été publié dans cette revue (Cour d'appel de Mons (mis. acc.), 19 décembre 2013, note N. COLETTE-BASECQZ, « Quid de la responsabilité pénale de l'hôpital et du personnel soignant en cas de suicide d'un patient psychiatrique ? », *T. Gez./Rev. dr. santé*, 2014-2015, p. 126).
2. Notons que la chambre du conseil de Mons avait d'abord rendu une ordonnance de non-lieu qui fut suivie d'un appel du ministère public et des parties civiles.



Le jugement du tribunal correctionnel

2. Le tribunal correctionnel du Hainaut, division de Mons, a acquitté le médecin chef du service psychiatrique de la prévention d'homicide involontaire, estimant qu'aucune faute ne pouvait lui être reprochée, en relation causale avec le suicide du patient³.

Le tribunal correctionnel a d'abord rappelé les trois éléments constitutifs du délit d'homicide involontaire incriminé à l'article 418 du Code pénal : une faute (un défaut de prévoyance ou de précaution), un dommage (le décès) et une relation causale entre la faute et le décès.

3. Le jugement a pris soin de distinguer la faute civile de la faute pénale, quant à leurs critères d'appréciation, ce qui mérite d'être salué. Il est précisé que la faute pénale doit s'apprécier *in concreto*, en fonction des éléments propres au prévenu (âge, formation, qualités et compétences, voire choix personnels). Le jugement a ajouté qu'une erreur peut ne pas constituer une faute si son auteur n'a pas, en fait, manqué de la prudence et de la diligence que l'on doit attendre du professionnel normalement prudent et raisonnable placé dans les mêmes circonstances de fait. Quant au lien causal, il doit également s'apprécier de façon concrète, sans avoir à supputer ce qui serait arrivé sans la faute. Il faut mais il suffit que la faute ait été la condition nécessaire du décès, la pluralité de fautes ou la faute concurrente de la victime ne faisant pas disparaître la faute reprochée au prévenu. L'existence du lien causal doit également être certaine.

4. Le tribunal correctionnel a souligné qu'en l'espèce, le patient avait été hospitalisé sur une base volontaire et non dans le cadre d'une procédure de mise en observation⁴. Selon le tribunal, les mesures adoptées au sein de l'hôpital étaient suffisantes et adéquates, tenant compte notamment du fait qu'il s'agit d'un service psychiatrique ouvert et de la nécessité thérapeutique de laisser aux patients qui y séjournent un sentiment d'indépendance et de liberté. Par ailleurs, le patient n'ayant pas évoqué d'idée suicidaire ni dévoilé aucun indice quant à un passage à l'acte imminent, il ne se justifiait pas que des mesures particulières, notamment de sécurité, soient prises à son égard.

Le tribunal a considéré que le chef de service ne peut se voir reprocher une quelconque négligence, notamment au niveau

de l'information de la direction hospitalière quant aux changements à apporter aux mesures structurelles, dont il n'est pas établi au demeurant qu'elles dussent être modifiées.

5. Le jugement ajoute qu'il n'apparaît pas que le médecin ait décidé seul, contre l'avis des membres de son service, de laisser la porte d'entrée ouverte.

Au passage, le tribunal correctionnel précise « qu'il a été estimé par les instances législatives, sur base de l'avis éclairé des professionnels de la santé mentale, que le fait de fermer à clé la porte d'un service notamment psychiatrique était de nature à créer une entrave au traitement des patients ».

Le tribunal correctionnel a également constaté que la fermeture temporaire de la porte d'accès au service, consécutive au décès du patient, ne consistait pas en une modification des mesures structurelles mises en place mais n'était motivée que par le risque de « contagion suicidaire » des autres patients.

6. Quant à la seconde faute reprochée au prévenu par les parties civiles, à savoir un défaut de surveillance, le tribunal a souligné avec justesse que la surveillance des patients ne fait pas partie des mesures structurelles qui incombent à un chef de service mais qu'elle est du ressort du personnel soignant. En l'espèce, le prévenu n'avait pas, quant à lui, la qualité de médecin thérapeute du patient. Le tribunal en déduit qu'il ne lui appartenait pas de déterminer les mesures de sécurité qui devaient accompagner l'hébergement (chambre individuelle ou commune, fermeture ou non de la porte de la chambre, mesures de contention, ...).

7. Le tribunal correctionnel conclut que le prévenu n'a pas commis de négligence dans la mesure où l'organisation du service qu'il a mise en place permet à son personnel soignant de choisir et de mettre en application les divers types de mesures de sécurité qui se justifient pour chacun des patients.

L'arrêt de la Cour d'appel

8. Le ministère public et les parties civiles ont relevé appel de la décision d'acquiescement rendue par le tribunal correctionnel. La Cour d'appel de Mons a cependant confirmé l'acquiescement, en adoptant la motivation des premiers juges, sous les deux précisions complémentaires suivantes. D'une part, les explications du prévenu, corroborées par les éléments de

« Le défaut de surveillance d'un patient suicidaire ne relève pas des mesures structurelles qui incombent à un chef de service. »

3. L'existence de charges suffisantes n'empêche pas un acquiescement ultérieur lorsque les preuves apparaissent insuffisantes devant la juridiction de jugement appelée à se prononcer sur la culpabilité (N. COLETTE-BASECQZ, « Quid de la responsabilité pénale de l'hôpital et du personnel soignant en cas de suicide d'un patient psychiatrique ? », *T. Gez./Rev. dr. santé*, 2014-2015, p. 131).

4. Une mise en observation sous contrainte peut être décidée en application de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux.



l'enquête pénale, établissent que le médecin chef de service a veillé à la mise en place de mesures d'organisation structurelle qui imposaient au personnel soignant d'appliquer des consignes strictes dès lors qu'il se trouvait confronté à la nécessité d'assurer la gestion thérapeutique de patients suicidaires. D'autre part, l'abstention alléguée par la partie civile de ne pas avoir « pris soin de veiller à améliorer les mesures structurelles » ne remet pas en cause la pertinence du raisonnement des premiers juges dès lors qu'aucun élément objectif du dossier répressif ne permet d'établir que le comportement du prévenu aurait été constitutif d'une négligence concrète ou d'un quelconque manquement à une obligation de moyens que n'aurait pas commis un praticien de la même spécialité, normalement prudent et diligent, placé dans les mêmes circonstances.

.....

« Le fait de fermer à clé la porte d'un service psychiatrique est de nature à créer une entrave au traitement des patients. »

.....

Les patients psychiatriques séjournant de leur plein gré dans un service ouvert

9. Les faits de la cause se rapportent à un patient hospitalisé de son plein gré dans un service psychiatrique ouvert. Cette précision est importante du point de vue de l'appréciation *in concreto* de la faute pénale reprochée au médecin chef de service.

10. Le jugement du tribunal correctionnel souligne que le fait de fermer à clé la porte d'un service psychiatrique est de nature à créer une entrave au traitement des patients. Il rappelle aussi le respect de la dignité humaine et de l'autonomie du patient consacré à l'article 5 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, ainsi que le droit à la liberté individuelle garanti par les articles 12 de la Constitution et 5 de la Convention européenne des droits de l'homme. S'agissant d'un service psychiatrique ouvert, il apparaît d'autant plus justifié de ne pas porter atteinte à la nécessité thérapeutique et de laisser aux patients qui y séjournent un sentiment d'indépendance et de liberté.

11. L'hospitalisation volontaire diffère de l'hospitalisation sous contrainte qui intervient lors d'une procédure de mise en observation. L'article 3 de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux dispose

que la personne qui se fait librement admettre dans un service psychiatrique peut le quitter à tout moment. Cette même loi prévoit des mesures de protection privatives de liberté, dont la mise en observation dans un service psychiatrique.

Celle-ci peut être ordonnée par le juge de paix ou par le procureur du Roi en cas d'urgence. L'adoption de telles mesures est subordonnée à la réunion des conditions prévues dans la loi⁵. Le dispositif de sécurité mis en place à cette occasion est beaucoup plus strict

que celui appliqué lors d'une hospitalisation sur une base volontaire. En l'espèce, le patient n'avait pas fait l'objet d'une mise en observation en application de la loi du 26 juin 1990 mais séjournait de son plein gré dans le service psychiatrique de l'hôpital.

Quelle responsabilité pour le médecin chef d'un service psychiatrique ?

12. Tout d'abord, soulignons que le psychiatre est tenu par une obligation de moyens et non de résultat⁶.

13. La délimitation des tâches attribuées aux différents membres du personnel d'une institution hospitalière revêt une importance cruciale dans la détermination de la responsabilité pénale, et plus particulièrement dans l'établissement d'une faute.

Les décisions annotées mettent en exergue que le défaut de surveillance d'un patient suicidaire ne relève pas des mesures structurelles visant l'ensemble des patients qui incombent à un chef de service mais des mesures circonstanciées qui relèvent du personnel soignant (c'est-à-dire du médecin psychiatre et du personnel infirmier). Le simple fait d'occuper la fonction de chef de service au sein d'une institution psychiatrique n'entraîne pas *ipso facto* une responsabilité pénale en cas de manquement à l'obligation de surveillance du patient. Comme les juges l'ont rappelé en l'espèce, la faute doit s'apprécier *in concreto*, en ayant égard aux éléments propres au prévenu. Le chef de service n'étant pas le médecin thérapeute, il ne lui incombait pas personnellement de surveiller le patient et de fixer les mesures de sécurité et/ou de contention qui doivent accompagner l'hébergement⁷.

5. N. COLETTE-BASECQZ et F. REUSENS, « La mise en observation et la défense sociale », *A la découverte de la justice pénale. Paroles de juriste* (sous la coordination de Ch. DE VALKENEER et I. DE LA SERNA), Bruxelles, Larcier, 2015, pp. 413 à 425. Selon l'article 2 de la loi du 26 juin 1990, une mesure de protection privative de liberté peut être prise moyennant la réunion des conditions suivantes : être en présence d'un malade mental ; celui-ci doit mettre gravement en péril sa santé et sa sécurité ou constituer une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui ; l'absence d'autres traitements appropriés.

6. Th. VANSWEEVELT, « Aansprakelijkheid jegens geestezieken », *R.W.*, 1986-1987, p. 1763 ; R. HEYLEN, « De aansprakelijkheid van de psychiater bij zelfmoord in een ziekenhuis », *VI. T. Gez.*, 1986-1987, p. 446.

7. Pour des développements plus approfondis quant aux mesures de contention, voir aussi M.-N. VEYS, « Fixatie bij bejaarden : een situering in het gezondheids- en aansprakelijkheidsrecht », *T. Gez./Rev. dr. santé*, 2007-2008, p. 215 ; P. MUYLAERT, « La responsabilité des hôpitaux dans la mise en œuvre de contraintes physiques et de contention », *Con. M.*, 2013, p. 76.

Rappelons que, dans le cas d'espèce, la chambre du conseil et la chambre des mises en accusation avaient estimé qu'aucune charge n'était rapportée ni dans le chef du psychiatre de garde qui avait accueilli le patient aux urgences ni dans celui du médecin qui avait rempli le dossier d'hospitalisation, ni dans le chef des deux infirmières travaillant dans le service psychiatrique. Eu égard à l'absence d'indice de passage à l'acte imminent, rien ne justifiait d'autres consignes ou l'adoption de mesures particulières pour éviter le suicide.

14. Par ailleurs, l'obligation de surveillance et de sécurité consiste en une obligation de moyens⁸ même si celle-ci est appréciée avec rigueur⁹, notamment en fonction des antécédents spécifiques du malade¹⁰ et de son état mental¹¹.

Comme le souligne T. VANSWEEVELT, « Le comportement et l'état de santé psychique du patient peuvent obliger l'infirmier à prendre des mesures de sécurité plus strictes. Le comportement du patient rend parfois un dommage prévisible. Ainsi, l'infirmier commet une faute de surveillance en laissant seule une personne dans un état nerveux et agressif qui avait déjà tenté de s'évader dans une chambre au premier étage avec une fenêtre qui peut être facilement ouverte »¹².

G. GENICOT ajoute que « Compte tenu du principe d'appréciation *in concreto* des fautes et, partant, de l'étendue des obligations, il est certain que la bonne exécution du devoir de surveillance des patients psychiatriques, ou simplement âgés, désorientés ou confus, sera jugée en fonction des informations dont les soignants disposent quant à la situation particulière et aux antécédents de tel malade. Elle pourra notamment être alourdie lorsqu'il s'agit d'un patient dont les tendances suicidaires sont connues, car le risque est alors davantage prévisible »¹³. Rappelons qu'en l'espèce, le patient, bien que souffrant de dépression sévère, n'avait pas évoqué d'idée suicidaire ni dévoilé aucun indice quant à un passage

à l'acte imminent, de telle sorte que rien n'indique que le personnel soignant pouvait s'attendre à ce geste fatal.

Une appréciation *in concreto* de la faute pénale

15. La motivation du jugement du tribunal correctionnel du Hainaut est particulièrement intéressante car elle insiste sur l'appréciation *in concreto* de la faute pénale, se démarquant ainsi d'une appréciation basée sur le standard abstrait de l'homme normalement raisonnable et prudent placé dans les mêmes circonstances externes de temps et de lieu.

Comme l'a très justement rappelé le tribunal correctionnel en cette cause, la faute pénale, consistant en un défaut de prévoyance ou de précaution, s'apprécie *in concreto*, en fonction des éléments propres au prévenu : son âge, sa formation, ses qualités et compétences, son expérience, ...¹⁴ Les cours et tribunaux disposent à cet égard d'une large marge d'appréciation.

16. Dans le cadre du règlement de procédure, la chambre des mises en accusation¹⁵ avait fondé sa décision de renvoi devant le tribunal correctionnel sur l'existence de charges suffisantes à l'encontre du médecin chef de service qui n'aurait pas averti les autorités compétentes de l'hôpital de ce que les mesures structurelles de nature à empêcher la sortie du service étaient insuffisantes et qu'elles devaient être améliorées afin de faire respecter le traitement du patient. À l'issue d'un examen approfondi des éléments du dossier répressif, les juridictions de jugement sont, quant à elles, arrivées à une conclusion contraire. Elles ont estimé que la preuve d'une négligence fautive n'était pas rapportée, ce qui les a amenées à acquitter le prévenu du délit d'homicide involontaire.

8. M.-N. VEYS, « Fixatie bij bejaarden: een situering in het gezondheids- en aansprakelijkheidsrecht », *T. Gez./Rev. dr. santé*, 2007-2008, p. 219 ; Th. VANSWEEVELT, « La responsabilité des professionnels de la santé », *Responsabilités. Traité théorique et pratique*, titre II, livre 25ter, vol. 3, Waterloo, Kluwer, 2015, p. 39 ; G. GENICOT, *Droit médical et biomédical*, Bruxelles, Larcier, 2010, p. 356 ; H. NYS, *La médecine et le droit*, Diegem, Kluwer, 1995, p. 283. Pour des illustrations de décisions ayant retenu la responsabilité civile de l'hôpital dans le cas d'un suicide d'un patient, voir Gand (1^{re} ch.), 14 octobre 2010, *T. Gez./Rev. dr. santé*, 2013-2014, p. 185 et Gand (1^{re} ch.), 10 mars 2011, *T. Gez./Rev. dr. santé*, 2013-2014, p. 189 ; W. VAN NOPPEN, « De toezichtsplicht van verzorgingsinstellingen en zorgverstrekkers bij geestelijke patiënten met zelfmoordneigingen », *T. Gez./Rev. dr. santé*, 2013-2014, p. 193. Il a aussi été jugé que la défenestration d'un patient due à l'inefficacité et au placement incorrect de la ceinture de contention entraîne la responsabilité de l'établissement hospitalier (Mons, 28 avril 1998, *Bull. ass.*, 2003, p. 155, note V. DE SMET, « La responsabilité contractuelle de l'hôpital »).
9. Lorsqu'il s'agit de prodiguer des soins à des malades mentaux, l'hôpital aurait une obligation de sécurité renforcée (V. DE SMET, « La responsabilité contractuelle de l'hôpital », *Bull. ass.*, 2003, p. 167, note sous Civ. Charleroi, 11 décembre 1992 ; Mons, 28 avril 1998 ; Cass., 8 octobre 1999).
10. G. GENICOT, « Faute, risque, aléa, sécurité », *Droit médical*, Bruxelles, Larcier, 2005, p. 126.
11. G. GENICOT, *Droit médical et biomédical*, Bruxelles, Larcier, 2010, p. 359.
12. Th. VANSWEEVELT, « La responsabilité des professionnels de la santé », *Responsabilités. Traité théorique et pratique*, titre II, livre 25ter, vol. 3, Waterloo, Kluwer, 2015, p. 39. Exemple cité : Gand, 10 septembre 1997, *T. Gez./Rev. dr. santé*, 1999-2000, p. 128.
13. G. GENICOT, *Droit médical et biomédical*, Bruxelles, Larcier, 2010, p. 359. Voir aussi Bruxelles, 14 septembre 2004, R.G.A.R., 2007, p. 14259.
14. Ch. HENNAU-HUBLET, *L'activité médicale et le droit pénal. Les délits d'atteinte à la vie, l'intégrité physique et la santé des personnes*, Bruxelles, Bruylant, Paris, L.G.D.J., 1987, p. 361. Selon les travaux préparatoires du Code pénal, la faute pénale s'apprécie de façon concrète et individualisée, en prenant en compte les qualités personnelles de l'agent (âge, profession, expérience, ...). La théorie de l'unité des fautes pénales et civiles amène cependant les cours et tribunaux, dans le but de favoriser l'indemnisation des victimes, à se référer au critère d'appréciation de la faute civile, c'est-à-dire le standard abstrait du comportement de l'homme normalement raisonnable et prudent placé dans les mêmes circonstances de temps et de lieu (Ch. HENNAU-HUBLET et G. SCHAMPS, « Responsabilité pénale et responsabilité civile : une parenté contestée », *A.D.L.*, 1995, pp. 149 à 196 ; N. COLETTE-BASECQZ et N. BLAISE, « Responsabilité civile et responsabilité pénale », *Responsabilités. Traité théorique et pratique*, partie préliminaire I, livre 2, Waterloo, Kluwer, 2012, pp. 54 et 55 ; N. COLETTE-BASECQZ, « Liens entre responsabilité pénale et responsabilité civile dans le contexte de l'activité médicale », *Con. M.*, 2015, pp. 90 et 91).
15. Cour d'appel de Mons (mis. acc.), 19 décembre 2013, note N. COLETTE-BASECQZ, « Quid de la responsabilité pénale de l'hôpital et du personnel soignant en cas de suicide d'un patient psychiatrique ? », *T. Gez./Rev. dr. santé*, 2014-2015, p. 126.



17. En l'espèce, il a été jugé que le chef du service psychiatrique n'avait pas commis de faute en relation causale avec le suicide du patient. Le fait de ne pas avoir fermé à clé la porte d'entrée du bâtiment n'a pas non plus été considéré comme relevant d'un défaut de prévoyance ou de précaution imputable au prévenu. Les juges ont estimé que rien ne justifiait la nécessité d'adopter des mesures structurelles plus contraignantes au sein du service psychiatrique dans lequel un patient séjournait de son plein gré et sans qu'aucun indice n'ait été dévoilé quant à un passage à l'acte imminent.

Conclusion

18. Dans l'examen de la responsabilité pénale du médecin chef du service psychiatrique, il a notamment été tenu compte de la répartition des tâches au sein de l'institution. À cette occasion, il a été rappelé que les mesures structurelles incombent au médecin tandis que les mesures de surveillance relèvent du personnel soignant.

L'acquiescement du médecin chef du service psychiatrique, confirmé en appel, résulte de l'absence de faute, celle-ci ayant été appréciée *in concreto*, en fonction des éléments propres au prévenu.