

S22A

Psychiatric trainees facing their medical liability: Results from the 2014 nationwide AFFEP survey

A. Lepetit

*Hospices Civils de Lyon, Équipe Mobile Maladie d'Alzheimer, Centre Hospitalier des Charpennes, Villeurbanne, France*E-mail address: alexis.lepetit@gmail.com

Introduction In the past two years in France, four psychiatrists were charged or condemned for manslaughter relating to their practice with dangerous psychiatric patients escaping mental health care facilities. Facing this increasing litigation of psychiatry, the French federation of psychiatric trainees (AFFEP) set up a survey in order to assess the concern of its members of being sued, the consequences of this apprehension on their medical practice and their theoretical instruction on law and legal action risk.

Methods An online survey was submitted by email to all the AFFEP members nationwide between the 2nd April and the 31st October 2014.

Results Eight hundred and thirteen responses were obtained (65% response rate). Regarding the concern of being sued for their medical practice, 85% of psychiatric trainees dread legal pursuits. This apprehension is significantly higher amongst female trainees ($P=0.004$). Legal risk assessment is involved in the medical decision process of 89% of psychiatric trainees. This trend is significantly lower amongst trainees with previous legal teaching during their residency ($P=0.02$). Concerning theoretical instruction, 62% of psychiatric trainees rates it insufficient and 28% non-existent during their academic training; 96% of psychiatric trainees want to make this theoretical instruction mandatory.

Discussion The fear of legal pursuit is well known in psychiatry [1,2] but this study reveals that it begins as early as residency. In France, one explanation can be that psychiatry is the second most sued medical specialty in criminal court [3]. Specific theoretical training in law seems to be a solution in order to decrease the toll taken by legal risk assessment in daily practice.

Conclusion Concern about legal action is very high amongst psychiatric trainees and the consequences of this fear impact their day-to-day medical decision process.

Keywords Internship and Residency; France; Academic Training; Medical Liability; Litigation

Disclosure of interest The author declares no conflict of interest.

References

- [1] Brodsky S. Fear of litigation in mental health professionals. *Crim Justice Behav* 1988;15:492–500.
- [2] Barbot J, Fillion E. La « médecine défensive »: critique d'un concept à succès. *Sci Soc Sante* 2006;24(2):5. <http://dx.doi.org/10.3917/sss.242.0005>.
- [3] Le Risque des Professionnels de Santé [Internet]. MACSF - Le Sou Médical; 2012. Disponible sur: <http://www.risque-medical.fr/>. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.144>

S22B

« Docteur, sera-t-il dangereux dans 15 ans ? »

D. Zagury

*EPS Ville Evrard, Neuilly-sur-Marne, France*Adresse e-mail : zagury.daniel@wanadoo.fr

Les attentes de la société se sont déplacées du diagnostic et du traitement des maladies mentales (c'est-à-dire du cœur du métier) vers le pronostic des troubles de la personnalité (c'est-à-dire un champ que nous ne pouvons que partager humblement avec d'autres disciplines). Votre génération risque d'être soumise à toutes les instrumentalisation, avec son lot de stigmatisations, si nous n'avons pas tous les idées claires et si nous sommes incapables de les défendre de façon consensuelle. J'aborderai la question en distinguant ce que nous pouvons affirmer avec assurance, ce dont nous pouvons faire l'hypothèse et ce qui relève de la spéculation.

Déclaration d'intérêts L'auteur ne déclare pas de conflit d'intérêt.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.145>

S22C

L'interne en psychiatrie face au risque juridique : quels aspects pratiques ?

D. Charles

*MACSF Le Sou Médical, direction du risque médical, La Défense, France*Adresse e-mail : didier.charles@macsf.fr

Plus ou moins médiatisées, les mises en cause de la responsabilité des médecins en psychiatrie connaissent une grande stabilité en nombre depuis près de 15 ans. Or le suivi psychiatrique est assuré, aux côtés des médecins thésés et des personnels soignants, par des internes, relevant à la fois de l'étudiant par son statut, du personnel soignant maîtrisant de mieux en mieux la notion diagnostic dans sa pratique... et du futur praticien autonome dans son objectif final. Le code de la santé publique a ainsi qualifié l'interne en son article R.6153-2 de « Praticien en formation spécialisée » en précisant à l'article suivant : « L'interne en médecine exerce des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins, par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève ». La problématique de la responsabilité de l'interne va donc reposer sur la prééminence alternative entre la notion de délégation qui suppose une réelle autonomie et la notion de responsabilité du praticien qui rappelle que les actes des internes sont présumés recevoir la validation d'un praticien non seulement sur le plan de la traçabilité mais surtout du fait de l'existence d'échanges en temps réel sur les cas présentés. Au surplus, la particularité de la psychiatrie consiste à donner un sens somatique ou purement imaginaire à tout ou partie de l'expression plaignante du patient. Autrement dit, hors la psychiatrie, l'interrogatoire du patient a pour but d'orienter la clinique et les moyens complémentaires vers un type d'affection. Or la reconnaissance de la nécessité de soins psychiatriques constitue un redoutable filtre de lecture qui risque de conduire l'interne à négliger une réalité somatique au profit de la simple expression d'un tableau psychiatrique documenté.

Déclaration d'intérêts L'auteur ne déclare pas de conflit d'intérêt.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.146>

S29

Les soins pénalement ordonnés

J.-L. Senon

*CHU de Poitiers, Poitiers, France*Adresse e-mail : jean.louis.senon@univ-poitiers.fr

Depuis les années 1950 en France, et la Loi sur les alcooliques dangereux (aujourd'hui caduque), la sanction pénale peut comprendre une obligation à se soigner. D'abord bien repérée dans la Loi et sur le terrain, ces soins pénalement ordonnés ont vu leurs champs d'application juridique évoluer (élargissement des indications et des supports de probation, évolution de la place de l'expertise psychiatrique). Les praticiens doivent à présent se repérer entre les différentes mesures (obligation de soin, injonction thérapeutique et injonction de soin), connaître leurs principes et leurs règles d'application.

En effet, le thérapeute qui accepte d'assurer la prise en charge psychiatrique d'une personne placée sous main de justice doit répondre à un certain nombre d'obligations selon les référentiels médicaux habituels (information, consentement, délivrance des pièces nécessaires au patient) mais aussi selon le cadre juridique imposé aux soins. Au cours de l'obligation de soins, une attestation de présence ou de suivi suffira. Dans le cadre d'une injonction thérapeutique, des contrôles biologiques seront réalisés par un médecin relais. Enfin dans le dispositif de l'injonction de soin, le praticien traitant s'engage à interagir avec un médecin coordonnateur et

signaler toute interruption de prise en charge de la personne en soins, placée sous main de justice.

Ce dernier dispositif impose un cadre judiciaire strict aux soins, tout particulièrement pour améliorer la prise en charge des auteurs de violences sexuelles. En l'absence de conscience du trouble ou de demande de soins, il s'agit d'une opportunité à déployer une prise en charge pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. La dimension thérapeutique qui incombe au praticien traitant se fonde sur la base d'un diagnostic de paraphilie(s) qui peut impliquer un traitement médicamenteux avec le consentement du patient, selon des référentiels médicaux et non pas juridiques. Les *guidelines* existent (HAS, AFPB), et doivent être connus et maîtrisés pour s'engager dans des soins non pas quelconques mais conformes aux données acquises de la science.

Mots clés Injonction de soins ; Obligation de soins ; Agressions sexuelles ; Procédure pénale ; Paraphilies

Déclaration d'intérêts L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt. *Pour en savoir plus*

Loi n° 54-439 du 15 avril 1954 sur le traitement des alcooliques dangereux pour autrui.

Loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses.

Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs. HAS Recommandation de bonne pratique, prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans, juillet 2009.

WFSBP. Guidelines for the biological treatment of paraphilias. *World J Biol Psychiatry* 2010;11:604–55.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.147>

S29A

Les divers statuts juridiques des patients rencontrés par les psychiatres

C. Jonas

Psychiatrie A, CHU de Tours, Tours, France

Adresse e-mail : c.jonas@chu-tours.fr

Le principe est la liberté de chacun sur son corps et donc l'intervention de la Société pour imposer des soins est une dérogation qui suppose des règles strictes et précises.

À partir des années 50 des soins ont été imposés aux alcooliques présumés dangereux puis, avec beaucoup moins de succès, à partir de 1970 à certains toxicomanes.

Les années récentes ont considérablement rénové, amélioré et complexifié la situation des soins pénalement ordonnés.

On retrouve quelques cas rares où le soin est une véritable contrainte ne laissant au sujet aucune liberté d'accepter ou de refuser. La plupart du temps il s'agit d'une injonction ou d'une obligation prononcée par un magistrat ou une juridiction, autorisant le sujet à se soustraire à l'autorité avec le risque de se voir appliquer une sanction plus ou moins sévère.

Ces patients consultent de plus en plus souvent les psychiatres et les psychologues. Leur statut est bien différent selon qu'ils sont astreints à une obligation de soins, à une injonction thérapeutique ou à une injonction de soins dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire. La loi a prévu, selon les cas, une procédure plus ou moins complexe et l'intervention d'acteurs divers. Il est particulièrement utile que les praticiens comprennent en quoi la rencontre avec ces patients est différente et quels peuvent être leurs rapports avec le système judiciaire.

Mots clés Soins pénalement ordonnés ; Injonction de soins ; Obligation de soins ; Injonction thérapeutique ; Certificat ; Psychiatrie

Déclaration d'intérêts L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt. *Pour en savoir plus*

Code de procédure pénale : articles 132 et s, articles 706 et s Code la santé publique articles L. 3413-1 et s ; L. 3711-1 et s Leturmy L. Obligations de soins et injonctions de soins, In: Senon JL, Jonas C, Voyer M. Psychiatrie légale et criminologie clinique, Masson éd., Paris, 2013.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.148>

S29B

Les obligations du médecin au cours des soins pénalement ordonnés

C. Manzanera

Département d'urgence et post-urgence psychiatrique, CHRU de Montpellier, Montpellier, France

Adresse e-mail : c-manzanera@chu-montpellier.fr

Nés confidentiels, les soins pénalement ordonnés sont devenus inévitables dans la pratique psychiatrique actuelle. Qu'il s'agisse d'infraction à caractère sexuel, d'addiction, de violences conjugales, et plus récemment de crime d'esclavage et de servitude, tous ces auteurs encourent, sur décision du magistrat, à l'appui ou non d'une expertise psychiatrique pénale, une mesure de soins pénalement ordonnés.

De la classique obligation de soins à l'incontournable injonction de soins, parée ou non du suivi socio-judiciaire, en passant par la très controversée rétention de sûreté, les occasions de rencontres « tutélisées » entre la personne sous main de justice et le praticien traitant sont nombreuses. Si l'essentiel des obligations liées aux soins pénalement ordonnés incombe au patient (article 132-47 du Code Pénal, article 763-5 du Code de Procédure Pénale), deux niveaux d'obligations concernent plus spécifiquement le praticien traitant.

En premier lieu apparaissent les obligations normalement liées à la nature même de la relation médecin-patient, telles que précisées dans le Code de déontologie et le Code de la Santé Publique. En second lieu, le cadre posé par l'ordonnance judiciaire des soins introduit des nuances et des spécificités dans la relation médecin-patient et dans la relation médecin-justice. Ces particularités diffèrent selon les modalités de soins pénalement ordonnés. Si l'obligation de soins se centre essentiellement sur l'« obligé », satellisant le praticien traitant, l'injonction de soins intègre véritablement ce dernier dans l'articulation santé-justice qu'elle définit, tout en préservant du risque d'en faire un auxiliaire de justice.

L'ensemble de ces particularités oblige le praticien traitant à bien connaître le cadre de son intervention afin de clairement en définir les limites.

Mots clés Soins pénalement ordonnés ; Praticien traitant ; Obligations ; Responsabilité

Déclaration d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.149>

S29C

Clinique et prise en charge des Auteurs de Violences Sexuelles

M. Lacambre

Département d'urgence et post-urgence psychiatrique, CHRU de Montpellier, Montpellier, France

Adresse e-mail : m-lacambre@chu-montpellier.fr

Les violences sexuelles recouvrent des champs cliniques très larges, parfois très éloignés des simples violences physiques comme le viol, pour infiltrer des registres plus complexes s'appuyant sur la contrainte, l'absence de consentement, ou la méconnaissance de la sexualité.

Chaque situation étant unique et particulière, il s'agit d'abord d'explorer les modalités d'investissement du sujet dans la sexualité, le type de relation avec la ou les victimes, et le contexte de