



Le devoir de protection

Gary Chaimowitz, MB, ChB, FRCPC¹, Graham Glancy, MB, ChB, FRCPsych, FRCPC²

Le 2 juin 2009, le Conseil d'administration de l'Association des psychiatres du Canada (APC) a approuvé la publication du présent énoncé de principes qui constitue la version révisée de l'énoncé originale rédigée par le Comité permanent des normes professionnelles et de la pratique de l'APC, que le Conseil d'administration avait entérinée le 19 avril 2002.

Introduction

Le privilège et la confidentialité sont au cœur de la relation entre le médecin et le patient, et ces notions sont définies dans la loi^{1,2}. Depuis fort longtemps, la violation de la confidentialité est considérée comme contraire à l'éthique et, dans de nombreux cas, comme donnant ouverture à des poursuites. À cet égard, la conduite du médecin est régie par les normes de pratique, la réglementation des ordres de médecins et, dans bien des provinces, pays ou états, par la législation. Au Canada, la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques* (LPRPDE) précise les modalités de collecte, de stockage et d'utilisation de renseignements personnels par les entreprises du secteur privé³. Les provinces ont adopté leur propre législation à cet égard, qui a préséance sur la loi fédérale; citons à titre d'exemple, la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé* de l'Ontario⁴.

De façon générale, il existe des situations où enfreindre la confidentialité peut être nécessaire et d'autres situations où préserver la confidentialité peut être illégal ou contraire aux normes de pratique établies. Certaines des situations où le thérapeute peut divulguer l'information obtenue en toute confidentialité sont précisées par la jurisprudence ou la loi^{5,6}. Le manquement prescrit à l'obligation répond à un besoin particulier, et la confidentialité globale de l'interaction entre le médecin et son patient devrait, dans la mesure du possible, être préservée. Toutefois, intervient désormais la notion du « devoir de protection », lorsqu'un tiers court un risque⁷⁻¹⁰.

En vertu de précédents jurisprudentiels, la notion du « devoir de protection et de mise en garde » s'est ancrée, pour exercer au fil du temps une incidence marquée sur la pratique¹¹⁻¹⁵. L'interprétation de ce principe varie selon qu'elle est fondée sur la jurisprudence, la loi ou des lignes directrices —

¹Chef du Service de psychiatrie légale, St. Joseph's Healthcare, Hamilton (Ontario); professeur agrégé, Département de psychiatrie et de neurosciences comportementales, McMaster University, Hamilton (Ontario)

²Membre associé de la Faculté de droit et professeur adjoint, Département de psychiatrie, Université de Toronto, Toronto (Ontario); professeur adjoint d'enseignement clinique, Faculté de médecine, McMaster University, Hamilton (Ontario)

©Tout droits réservés 2011. Association des psychiatres du Canada. Le présent document ne peut être reproduit sans l'autorisation écrite de l'APC. Celle-ci réservera un bon accueil aux observations des membres à propos de ce document. Prière d'adresser toute correspondance au président de l'Association des psychiatres du Canada, 141, avenue Laurier Ouest, bureau 701, Ottawa (Ontario) K1P 5J3; téléphone : 613-234-2815; télécopieur : 613-234-9857; courriel : president@cpa-apc.org. Référence 2002-42-R1

Avis : L'Association des psychiatres du Canada a comme politique de réviser chaque énoncé de principe, déclaration de politique et guide de pratique clinique tous les cinq ans après la publication ou la dernière révision. Tout document qui a été publié plus de cinq ans auparavant et dans lequel il n'est pas mentionné explicitement qu'il a été révisé ou conservé à titre de document officiel de l'APC, soit révisé ou tel que publié à l'origine, doit être considéré comme un document de référence historique uniquement.

provenant souvent d'autres systèmes législatifs ou juridiques. La question a donc été précisée à l'intention des praticiens canadiens : en effet, une décision de la Cour suprême du Canada encadre l'obligation légale du médecin dans le cas où un patient constitue un risque pour d'autres personnes¹³. À la lumière de ces faits nouveaux, l'Association des psychiatres du Canada (APC) a publié la présente déclaration de principes.

Discussion

Bien que la Cour suprême ait désormais défini clairement la nature des obligations, la divergence de certains devoirs soulève un débat fructueux. La confidentialité et la confiance entre un médecin et son patient sont considérées depuis longtemps comme étant essentielles à la réussite du traitement^{16,17}. Le serment d'Hippocrate indique que « tout ce que je verrai ou entendrai autour de moi, dans l'exercice de mon art ou hors de mon ministère, et qui ne devra pas être divulgué, je le tairai et le considérerai comme un secret »¹⁸. Depuis fort longtemps, le médecin a une obligation fiduciaire à l'égard de ses patients, et il peut et devrait protéger la vie privée de ses patients, quitte à refuser l'accès à leur dossier médical dans certains cas. Toutefois, sous l'influence de Tarasoff en 1974 et en 1976^{11,14}, l'idée que le médecin aurait l'obligation d'enfreindre la confidentialité lorsqu'un tiers est à risque a commencé à influencer la pratique de la médecine, particulièrement en psychiatrie.

La notion du devoir de mise en garde, d'information ou de protection est désormais ancrée dans la pratique de la psychiatrie en Amérique du Nord. Quoique la décision dans la cause de Tarasoff et les décisions subséquentes aient souvent été mal interprétées¹⁹, la nécessité de protéger les victimes potentielles d'un patient semble être devenue une norme de pratique à bien des endroits. Aux États-Unis, de nombreux États ont enchâssé le devoir de protection dans la loi (PS Appelbaum, communication personnelle, octobre 2000). En Grande-Bretagne, le Collège royal des psychiatres précise que le devoir de diligence doit s'exercer à l'égard d'un tiers s'il existe un lien de « proximité » entre le patient et une victime potentielle identifiée ou reconnaissable²⁰. L'Europe a entrepris l'étude de cette question²¹.

C'est par les causes Tarasoff I et II^{11,14} que le principe du devoir de mise en garde et de protection a connu une vaste diffusion. Dans Tarasoff I, le clinicien a appris de son patient qu'une victime connue était à risque, et le tribunal a statué que le clinicien avait alors l'obligation de prévenir la victime désignée, même s'il devait pour cela enfreindre la confidentialité.

La cause Tarasoff II a permis d'élargir le concept, de sorte que le devoir de protection l'emporte sur le devoir de mise en garde. La mise en garde en elle-même peut, en fin de compte, ne pas être suffisante pour protéger la victime. Malgré cette percée importante, certains pays s'en tiennent néanmoins à l'obligation de prévenir découlant de la cause Tarasoff I, plutôt qu'au devoir de protection précisé dans la cause subséquente Tarasoff II, en tant qu'élément fondamental de la législation. Connaître la nature du devoir prévu par la loi revêt de l'importance pour déterminer la responsabilité dont devra s'acquitter le psychiatre. La Californie a convenu que la cause Tarasoff relève du devoir de protection²². La Cour suprême du Texas a décrété qu'il n'y a pas lieu de mettre en garde un tiers lorsque le patient profère des menaces à son égard²³.

Certains aspects relatifs au devoir de protection compliquent la situation. Pour intervenir dans le but de protéger, le médecin doit d'abord arriver à la conclusion qu'il y a une victime ou des victimes à risque. Le risque en question doit être défini selon la probabilité de survenue du préjudice, la nature du tort potentiel et son caractère immédiat ou éloigné²⁴. La prédiction du risque est une tâche difficile^{2,25,26}. Jusqu'à présent, il devait s'agir généralement d'un risque prévisible et imminent de préjudice grave couru par une victime ou un groupe reconnaissable. Les législateurs redéfinissent sans cesse ces paramètres. L'hypothèse fondamentale selon laquelle le psychiatre peut et devrait prévoir les actes de violence sous-tend la responsabilité, et l'obligation potentielle qui en découle, que doit assumer le psychiatre dans l'optique du devoir de protection. Le tort et le préjudice comportent des caractéristiques qualitatives, et la décision repose sur la probabilité de survenue⁷. Au fur et à mesure que la fiabilité des instruments de prédiction s'accroît, les exigences quant à la prévisibilité du risque pourraient évoluer. Dans le domaine juridique, la divergence règne déjà quant à savoir si une victime potentielle doit être identifiée, individuellement ou comme faisant partie d'un groupe, quoique certains pays aient pris position sur ce sujet²⁰. Quant à « l'imminence », le terme est vague et des tribunaux ont élargi sa portée à plus d'un mois dans certains cas¹⁴. Il pourrait même, en réalité, être interprété comme étant une période de trois ans dans la cause canadienne définitive (II). Avec pragmatisme, Felthous fait remarquer que, du point de vue du clinicien, la question est de savoir si le patient causera du tort d'ici son prochain rendez-vous ou en l'absence d'une intervention de protection⁷.

Étant donné que, de plus en plus, la législation accorde une place prépondérante aux devoirs de mise en garde, d'information ou de protection, ceux-ci pourraient être évoqués lorsqu'il y a un risque potentiel envers des tiers. Accomplir le devoir de mise en garde se traduit par le fait

d'informer la victime ou d'autres personnes du risque encouru. (Bien que cette intervention puisse réduire le risque, elle peut très bien, dans certains cas, l'accentuer.) De l'exercice du devoir d'information découle une intervention semblable, mais qui s'inscrit dans le contexte de l'obligation d'informer la victime potentielle, la police ou le tribunal. Il en ressort qu'il s'agit là d'un devoir que doit remplir le médecin.

Le devoir de protection a une portée plus vaste et englobe des interventions qui ont pour but de protéger les victimes potentielles. Contrairement au devoir de mise en garde ou au devoir d'information, le devoir de protection peut être rempli sans violer la confidentialité (par exemple, en internant, en vertu d'une loi sur la santé mentale, un patient atteint de maladie mentale qui risque de commettre des actes de violence). L'accomplissement du devoir nécessite également de prendre une décision stratégique quant aux interventions précises en vue de protéger les victimes. Dans l'exercice du devoir de protection, le médecin a désormais des obligations à l'égard de ses patients et, en raison de cela, à l'égard de tiers¹⁴. Son obligation de diligence à l'égard de ses patients demeure, y compris l'exigence de confidentialité dans la mesure du possible. Toutefois, lorsqu'il détermine qu'un tiers court un risque, le médecin assume une obligation à l'égard de la société, qui découle de son obligation à l'égard de ses patients. En vertu de cette obligation, il doit intervenir.

Au Canada, un ordre de médecins provincial a adopté une norme portant sur le devoir d'information et a demandé au gouvernement d'édicter des règlements à ce propos⁸. La norme en question sur le devoir d'information se résume comme suit : « Lorsqu'un médecin est d'avis, d'après son jugement clinique fondé sur tous les faits à sa disposition, que les menaces d'actes de violence grave ou de mort proférées par un patient à l'égard d'une autre personne seront probablement mises à exécution, il a l'obligation d'en informer la police ou, dans les situations appropriées, la victime désignée du danger »⁸.

Le choix de recommander des normes obligatoires plutôt que des lignes directrices repose sur l'opinion voulant que l'exercice tout au plus discrétionnaire du devoir n'assurera pas la protection appropriée des victimes potentielles ou du médecin. En supposant que la victime potentielle doive jouir de la possibilité de prendre des mesures pour se protéger elle-même, le devoir, s'il est rempli de façon discrétionnaire, ne permettrait pas à toutes les victimes potentielles d'être traitées sur un pied d'égalité. De plus, le devoir qui prend le caractère d'une obligation peut faciliter la tâche de défendre le médecin qui signale de bonne foi la conduite d'un patient, parce qu'autrement, il pourrait être tenu responsable d'avoir signalé les menaces ou d'avoir

omis de le faire. Ainsi se résume le dilemme du médecin : même si le devoir prend la forme d'une norme de pratique, le libre arbitre du médecin dans la divulgation de cette information ne le met pas à l'abri d'une accusation de faute professionnelle. Encadrer l'exercice de la profession par des normes procure une défense au médecin, mais ne constitue en aucun cas une garantie de protection contre une poursuite judiciaire ou l'attribution d'un blâme^{16,27}.

Le devoir de protection

Au vu de la décision rendue par la Cour suprême du Canada dans la cause *Smith c. Jones*¹³, l'APC adopte la position voulant que ses membres soient assujettis à l'obligation juridique de protéger les victimes désignées de leurs patients. Ce devoir de protection peut se traduire par la nécessité d'informer les victimes désignées ou la police, ou les deux, mais peut également être rempli dans certaines situations par l'internement et éventuellement le traitement du patient. L'APC est d'avis qu'informer la victime désignée peut être une intervention insuffisante à prévenir le préjudice dans certaines situations.

Au Canada, plusieurs causes, postérieures à la cause *Tarasoff* et antérieures à la cause opposant *Smith et Jones*, font partie de la jurisprudence dans ce domaine. Dans la cause *Wenden c. Trikha*, le devoir de protection à l'égard d'un tiers s'applique si les rapports entre ce tiers et le patient ont un caractère immédiat¹². La responsabilité civile du médecin tient à la nature du risque posé, à la prévisibilité du comportement dangereux éventuel et à la capacité d'identifier la ou les personnes à risque. Dans une cause similaire, la décision du tribunal sous-entend que le médecin pourrait avoir l'obligation d'informer les partenaires potentiels d'une personne séropositive pour le VIH²⁸.

Toutefois, c'est la décision de la Cour suprême du Canada dans la cause de *Smith c. Jones* qui a orienté l'intervention des médecins dans ce domaine. En effet, dans cette cause, le tribunal admet le caractère confidentiel des rapports entre le médecin et son patient, mais précise une exception à cette règle, soit celle de la sécurité publique. Le plus haut tribunal du pays a clairement défini le devoir de mise en garde et de protection — dissipant toute ambiguïté sur la question de savoir si la sécurité publique l'emporte sur la confidentialité de la relation entre le médecin et son patient. En psychiatrie, l'évolution juridique de cette question a des répercussions pratiques. En se fondant sur la décision de la Cour suprême du Canada dans la cause de *Smith c. Jones*, l'APC formule les recommandations suivantes :

1. Dans le processus d'obtention du consentement éclairé du patient, celui-ci doit être informé des limites de la confidentialité.

Cette information devrait être transmise au début et à certaines étapes du traitement. Un contrat écrit peut faciliter la démarche, mais ne remplace pas l'explication verbale. Cette mise en garde comporte un risque potentiel de décourager le patient d'entreprendre le traitement ou de restreindre le contenu du traitement à des aspects incontestables. Les controverses concernant ces restrictions ont été mises en veilleuse depuis la cause de *Smith c. Jones*.

2. Le devoir de protection (de mise en garde ou d'information) s'applique

- dans l'éventualité où une personne ou un groupe de personnes reconnaissables courent un risque déterminé;
- lorsque le tort susceptible d'être causé comprend des lésions corporelles graves, la mort ou un préjudice psychologique grave;
- lorsque le risque est caractérisé par l'imminence, donnant lieu à une situation urgente.

C'est en fonction de ces trois aspects que le risque est évalué. Si l'examen de ces trois aspects permet de déterminer que le risque est réel, le psychiatre est prié d'intervenir afin de protéger la ou les victimes potentielles. Même si la Cour suprême s'est refusée à déterminer les interventions précises à exécuter pour remplir ce devoir, il peut s'agir d'interner le patient, de traiter le patient ou de violer la confidentialité et d'informer les personnes concernées ou la police. Dans l'éventualité de la divulgation de cette information, celle-ci devrait se limiter à ce qui est nécessaire pour assurer la protection de la victime potentielle.

Malgré que la position de l'APC soit claire compte tenu des précédents jurisprudentiels, une mise en garde s'impose. Compromettre la confidentialité risque de détériorer l'utilité de la psychothérapie et la relation entre le médecin et son patient^{6,29-31}. En bref, compromettre la confidentialité, c'est compromettre l'efficacité psychothérapeutique. En 1996, la Cour Suprême des États-Unis a statué que

effective psychotherapy depends upon an atmosphere of confidence and trust, and therefore the mere possibility of disclosure of confidential communications may impede development of the relationship necessary for successful treatment. The privilege also serves the public interest, since the mental health of the nation's citizenry, no less than its physical health is a public good of transcendent importance^{32,3}.

Comment peut-on évaluer le risque si le patient n'aborde pas la question de ses pensées, fantasmes ou comportements de nature violente? Le patient en proie à la paranoïa peut

voir dans la notification le renforcement de ses idées de persécution, alors que les victimes potentielles ne seront pas nécessairement protégées mais aux prises avec une peur inconnue jusqu'alors. Informer la victime ou la police n'est pas toujours une garantie de protection, et à l'occasion cette intervention peut aggraver le risque. La décision et l'intervention du psychiatre doivent être fondées sur son jugement clinique et tous les renseignements à sa disposition. Le psychiatre doit prendre en considération les menaces de violence grave ou de mort, et évaluer la probabilité de mise à exécution. La seule mention, dans le cadre des rapports entre le médecin et son patient, de menacer de causer du tort à quelqu'un ne constitue pas en soi un motif raisonnable de violation de la confidentialité^{7,33,34}. La question d'enfreindre la confidentialité est soulevée quand le médecin, par son évaluation, détermine que le patient est susceptible de passer à l'acte; il examine d'ailleurs la question sachant qu'il a le pouvoir d'interner et de traiter un patient atteint de maladie mentale grave, dont le comportement est dangereux.

À l'heure actuelle, le psychiatre détermine sa conduite d'après son solide jugement professionnel et sa connaissance précise des précédents jurisprudentiels. Il peut s'avérer utile d'avoir recours à un algorithme^{7,34} et de consulter d'autres personnes.

Conclusion

L'APC recommande que ses membres prennent connaissance de la réglementation et des normes actuelles qui gouvernent l'exercice de leur profession (ordres professionnels), ainsi que de la jurisprudence et de la législation relatives au devoir de protection de tiers. Plus précisément, le plus haut tribunal du pays s'est prononcé sur la question, et sa décision orientera l'intervention à cet égard. Les concepts, la loi et les normes sont là pour rester. L'évaluation et la gestion du risque, de même que la connaissance des tenants et aboutissants et des dispositions législatives du devoir de protection (de même que du devoir de mise en garde ou d'information) doivent être intégrées à la formation du psychiatre.

L'APC est consciente que le devoir de protection représente une obligation de common law en matière de sécurité publique qui va souvent à l'encontre du principe de confidentialité. Informer et mettre en garde constituent deux autres options, mais qui peuvent être insuffisantes à protéger. Nous devrions tout mettre en œuvre pour à la fois protéger les victimes potentielles de nos patients et protéger les droits de nos patients. Parce que le devoir de protection découle en partie de la jurisprudence, l'APC conseille à ses membres d'adopter la position définie

³l'efficacité de la psychothérapie repose sur le climat de réserve et de confiance qui règne, et que par conséquent la simple possibilité de divulguer des renseignements confidentiels peut compromettre l'établissement de la relation nécessaire à la réussite thérapeutique. La confidentialité est également d'intérêt général, puisque la santé mentale de la population du pays, au même titre que sa santé physique, est un bien collectif d'importance suprême.

par la Cour suprême du Canada dans la cause opposant Smith et Jones dans le contexte d'une norme professionnelle de pratique. L'APC incite les médecins, désireux de trouver le juste équilibre entre leurs responsabilités professionnelles, à mieux connaître les obligations relatives au devoir de protection et à la confidentialité. Il pourrait être judicieux d'offrir aux résidents une formation quant à l'évaluation du risque, aux aspects médico-légaux de la psychiatrie, à la collecte de renseignements exacts et à l'éthique. Le médecin doit être au fait des limites de la confidentialité comme il doit connaître ses obligations à l'égard du patient et les conséquences de la violation de la confidentialité.

Il est du ressort ultime de la législation et de la jurisprudence de définir la responsabilité civile du médecin. La prévisibilité, l'imminence, la gravité du préjudice et l'identification de la victime sont tous des aspects définis dans la loi, pourtant ces notions seront sans doute précisées davantage. Étant donné le caractère évolutif de ce domaine, la pratique de qualité est impensable sans la connaissance de la jurisprudence pertinente, de la loi sur la responsabilité civile, des exigences de confidentialité et de la notion de privilège.

Références

- Schneider RD. Confidentiality and privilege. Dans Bloom H, Bay MM editors. A practical guide to mental health capacity and consent law of Ontario. Toronto: Thomson Canada; 1996.
- Roth LH, Meisel A. Dangerousness, confidentiality, and the duty to warn. *Am J Psychiatry* 1977;134:508-11.
- Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques (2000, ch. 5). Ministère de la Justice, Canada.
- Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé (L.O. 2004), Ontario.
- Glancy GD, Regehr C, Bryant AG. Confidentiality in crisis: part I-the duty to inform. *Can J Psychiatry* 1998;43:1001-5.
- Glancy GD, Regehr C, Bryant AG. Confidentiality in crisis: part II - confidentiality of treatment records. *Can J Psychiatry* 1998;43:1006-11.
- Felthous AR. The clinician's duty to protect third parties. *Psychiatr Clin North Am* 1999;22:49-59.
- Ferris LE, Barkun H, Carlisle J, Hoffman 13, Katz C, Silverman M. Defining the physician's duty to warn: consensus statement of Ontario's medical expert panel on duty to inform. *CMAJ* 1998;158:1473-9.
- Mills MJ, Sullivan G, Eth S. Protecting third parties: a decade after Tarasoff. *Am J Psychiatry* 1987;144:68-74.
- Mills MJ, The so-called duty to warn: the psychotherapeutic duty to protect third parties from patients' violent acts. *Behav Sci Law* 1984;2:237-57.
- Tarasoff v Regents of the University of California, 188 California Reporter 129,529 P2d 533, 1974.
- Wenden v Trikha, Royal Alexandra Hospital and Yaltho (1993), 14 CCLT (2d) 225 (Alta. CA).
- Smith c. Jones (1999) 1 R.C.S. 455. Jugements de la Cour suprême du Canada.
- Tarasoff v Regents of the University of California (1976), 17 Cal (3d) 425,551 P2d 334.
- O'Shaughnessy RJ. Smith v. Jones: Privileged communication versus the public interest. *CPA Bulletin* 1999;31:80-1.
- Kaufman M. Post-Tarasoff legal developments and the mental health literature. *Bull Menninger Clinic* 1991;55:308-22.
- American Psychiatric Association. Principles of medical ethics with annotation especially applicable to psychiatry. Section 4. New York: APA; 1993.
- Edelstein L. The Hippocratic oath: test, translation and interpretation. *Bull Hist Med Suppl I*. Baltimore (MD): Johns Hopkins Press; 1943. Chapter 16. p 402-5.
- Renck B. Survey shows therapists misunderstand Tarasoff rule. *Hospital and Community Psychiatry* 1984;35:429-30.
- Royal College of Psychiatrists. Good psychiatric practice: confidentiality. Royal College of Psychiatrists Council Report. CR 85. Hertfordshire (UK): Sacombe Press; 2000.
- Gavaghan C. Dangerous patients and duties to warn: A European human rights perspective. *Eur J Mental Health Law* 2007 Jul 14(2); 113-30.
- Weinstock R, Vari G, Leong GB, Silva JA. Back to the past in California: A temporary retreat to a Tarasoff Duty to Warn. *J Am Acad Psychiatry Law* 2006 34(4); 523-8.
- Scarano VR, Baily CM, Banfield JR. The Texas Supreme Court speaks: Mental health professionals have no duty to warn or protect third parties. *Tex Med* 2002 Nov; 98(11): 61-4.
- Appelbaum PS, Gutheil TG. Clinical handbook of psychiatry and the law. 2nd ed. Baltimore (Md): Williams and Wilkins; 1991.
- Monahan J, Steadman HJ, Appelbaum PS, Robbins PC, Mulvey EP, Silver E, and others. Developing a clinically useful actuarial tool for assessing violence risk. *Br J Psychiatry* 2000;176:312-9.
- Mossman D. Commentary: Assessing the risk of violence-are «accurate» predictions useful? *Journal of the American Academy of Psychiatry Law* 2000;28:272-81.
- Gurevitz H. Tarasoff: Protective privilege versus public peril. *Am J Psychiatry* 1977; 134:289-92.
- Leong GB, Eth S, Silva JA. The psychotherapist as a witness for the prosecution: the criminalization of Tarasoff. *Am J Psychiatry* 1991;149:1011-5.
- Pittman Estate v Bain (1994) 112 DLR (4th) 258 Ontario Central Division.
- Shane F. Confidentiality and dangerousness in the doctor-patient relationship: the position of the Canadian Psychiatric Association. *Can J Psychiatry* 1988;30:293-6.
- Glancy G, Regehr C, Bryant A, Schneider R. Another nail in the coffin of confidentiality [editorial]. *Can J Psychiatry* 1999;44:83.
- Jaffee v Redmond (1996), 518 U.S. 1
- Truscott D, Crook KH. Tarasoff in the Canadian context: Wenden and the duty to protect. *Can J Psychiatry* 1993;38:84-9.
- Chaimowitz G, Glancy G, Blackburn J. The duty to warn and protect-impact on practice. *Can J Psychiatry* 2000;45:899-904.