Secrétariat Général
Direction des Ressources Humaines

Eléments de connaissance et d'approfondissement

pour la prévention des crises suicidaires.

REPERES

Ressources, territoires et habitats
Énergie et climat
Développement durable
Infrastructures, transports et mer
Prévention des risques

Présent pour l'avenir

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de l'Écologie, de l'Énergie, du Développement durable et de l'Aménagement du territoire

Sommaire

2. INTRODUCTION....6

3. L'ÉVALUATION A PRIORI DES RISQUES PROFESSIONNELS....7

4. DIFFÉRENTS POINTS DE VUE SUR LES SUICIDES....8

4.1 typologie....8
4.2 Le suicide, un phénomène social ?....9
4.3 Suicide et travail : quel lien ?....10
4.4 Des professions plus à risque ?....10
4.5 point de vue médical....11

5. POINT DE VUE JURIDIQUE....11

5.1 Responsabilité d'autrui en cas de suicide....11
5.2 La non assistance à personne en danger....12
5.3 Responsabilité du médecin....13
5.4 Responsabilité civile du suicidant....13
5.5 Responsabilité pénale du suicidant....13

6. LES RÈGLES DE DÉONTOLOGIE....14

6.1 Le secret professionnel....14
6.2 Les matières couvertes par le secret professionnel....15
6.3 La collaboration au sein des services....15

7. DIX IDÉES FAUSSES QU'IL CONVIENT DE COMBATTRE....16

7.1 « Aborder la question du suicide avec quelqu'un en souffrance est dangereux » Faux !....16
7.2 « Ceux qui se suicident sont des malades incurables» Faux !....16
7.3 « Le suicide est un choix individuel, on n'a pas à intervenir » Faux !....16
7.4 « Le suicide est toujours héréditaire » Faux !....16
7.5 « Ce sont les jeunes et les femmes qui se suicident » Faux !....17
7.4 « Le suicide est imprévisible, on ne peut pas empêcher quelqu'un qui l'a décidé de se suicider » Faux !....17
7.5 « Les gens qui parlent de se suicider ne passent pas à l'acte » Faux !....17
7.6 « Ceux qui avalent des comprimés pour se suicider ne veulent pas vraiment mourir» Faux !....17

1. PREAMBULE....6

7.8 « Le suicide en dehors du lieu de travail est sans lien avec le travail » Faux !....18

8. NOTIONS ESSENTIELLES SUR LES SUICIDES....18

8.1 generalités....18

9. LE SUICIDE ET LE TRAVAIL....20

9.1 Les causes aggravantes ou précipitantes....20
9.2 les facteurs de protection....21
9.3 Les solutions....21

10. LES SUICIDES AU MEEDDAT....21

11. REPÈRES SOMMAIRES POUR DÉTECTER UNE CRISE SUICIDAIRE....22

11.1 remarque liminaire:....22
11.2 définition:....22
11.3 repérage:....22
11.4 Évaluation du niveau de risque :....23
11.5 Évaluation du degré d'urgence (imminence du passage à l'acte):....24
11.6 Évaluation de la dangerosité du scénario :....24

12. L'APRÈS CRISE SUICIDAIRE :....24

13. LA QUALIFICATION EN ACCIDENT DU TRAVAIL.....25

13.1 La présomption de lien professionnel.....25
13.2 la particularité des suicides dans le secteur privé.....25
13.2.1 L'incidence de la présomption de lien professionnel dans le secteur privé.....25
13.2.2 La procédure pour les suicides survenant au temps et au lieu du travail.....26
13.2.3 Suicide en dehors du lieu de travail dans le secteur privé.....26
13.2.4 La responsabilité de l'entreprise, y compris pour un suicide en dehors des temps et lieu de travail.....26
13.3 la particularité des suicideS dans le secteur public.....27
13.3.1 L'incidence de l'absence de présomption de lien professionnel dans le secteur public.....27
13.3.2 La procédure pour les suicides survenant au temps et au lieu du travail.....27
13.3.3 Suicide en dehors du lieu de travail dans le secteur public.....28
13.3.4 La responsabilité de l'administration, y compris pour un suicide en dehors des temps et lieu de travail 28

14. ACCIDENTS DU TRAVAIL OU MALADIE PROFESSIONNELLE?.....28

15. LE DISPOSITIF DE PRÉVENTION ET DE TRAITEMENT DES GESTES SUICIDAIRES DU MEEDDAT.....28

16. EN MESURE DE PRÉVENTION.....29

16.1 Prise en compte des risques psycho-sociaux dans les démarches d'évaluation a priori des risques professionnels 29
16.1.1 La santé DANS l'entreprise c'est La santé DE l'entreprise.....29
16.1.2 La démarche d'évaluation des risques professionnels.....29
16.2 Prise en compte DU risque suicidaire dans les plans de secours d'urgence.....29
16.2.1 Tentative de suicide (TS) effectuée.....30
16.2.2 La personne manifeste ou exprime à un tiers une intention de geste suicidaire.....30
16.2.2.1 Ne jamais banaliser un comportement suicidaire.....30
16.2.2.2 Alerter : ….....30
16.2.2.3 Secourir : ….....30
16.2.2.4 Évaluer et décider.....30
16.2.2.5 Programmer systématiquement une saisine du service médico-social : ….....30
16.3 Sensibilisation tout public.....31
16.4 Formation des membres des groupes GRH 31
16.5 Formation spécifique des MDP et des ASS 31

17. EN URGENCE, APRÈS UN SUICIDE OU UNE TENTATIVE DE SUICIDE.....31

17.1 la procédure medico-réglementaire.....31
17.2 Recensement exhaustif, en temps réel, des S.A et des TS.....31
17.3 Recensement exhaustif, en temps réel, des morts naturelles et accidentelles.....31
17.4 Prise en charge des collectifs de travail 32
17.4.1 Déclaration d'accident du travail pour les collègues 32
17.4.2 Une communication interne forte souligne la gravité de l'événement et assume la part éventuelle du travail dans sa survenue.....32
17.4.3 Une prise en charge psychologique des collègues de la victime est organisée. 32
17.5 Prise en charge administrative 32
17.6 Prise en charge « sociale » de la famille des suicidants 32
17.6.1 La direction:.....32
17.6.2 Le service social:.....33

18. QUALIFICATION OU NON DU SUICIDE EN ACCIDENT DE TRAVAIL.....33

19. APRÈS L'ÉVÉNEMENT : LE SUICIDE FORCE À AGIR SUR LES RISQUES PSYCHOSOCIAUX33

19.1 le traitement des risques psychosociaux 33
19.2 l'enquête de prévention 33
19.3 correction des dysfonctionnements des organisations 34

20. ENQUÊTE DE COMPRÉHENSION 34

21. NUMÉRO VERT.....35

21.1 POURQUOI NUMÉRO VERT ? 35

22. RETOUR APRÈS UNE TS ET SUIVI AU TRAVAIL.....36

22.1 L'ACCUEIL APRÈS UN ARRÊT PROLONGÉ 36

22.2 LE SUIVI DE LA PERSONNE.....37

23. CONCLUSION 37

ANNEXE 1 : RETOUR ENQUETE SERVICES.....38

ANNEXE 2 : RETOUR ENQUETE SERVICE SOCIAL.....40

ANNEXE 3 : CAHIER DES CHARGES FORMATION GROUPE GRH.....41

ANNEXE 4 : CAHIER DES CHARGES SENSIBILISATION TOUT PUBLIC.....43

ANNEXE 5 : MODALITÉS DE RÉALISATION DES ENQUÊTES DE PRÉVENTION.....44

L'OBLIGATION DE FAIRE UNE ENQUÊTE.....44

LES OBJECTIFS DE L'ENQUÊTE.....45

LA COMMISSION D'ENQUÊTE.....45

mise en place de la commission d'enquête.....45

composition de la commission d'enquête 45

la réglementation ….....45

la désignation des membres ….....45

Le fonctionnement de la commission d'enquête.....45

la collégialité ….....45

des connaissances communes ….....46

le déroulement de l'enquête et sa durée ….....46

LES SUITES DE L'ENQUÊTE.....46

la réglementation.....46

remise du rapport et communication.....46

l'avis du CHS.....46

les suites données au rapport.....46

LE CARACTÈRE CONFIDENTIEL DE L'ENQUÊTE.....47

MODÈLE DE DÉCISION.....48

MODÈLE DE RAPPORT DE COMMISSION D'ENQUÊTE.....49

ANNEXE 6 : LISTE DES NUMÉROS VERTS.....51

ANNEXE 7 : ÉLÉMENTS RELATIFS À LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES PSYCHIATRIQUES 55

ANNEXE 8 : LISTE DES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL ET DES CONTRIBUTEURS.....64

« Le suicide n'est pas une lâcheté comme le disent les prêcheurs qui exagèrent. Ce n'est pas non plus un acte de courage. C'est une lutte entre deux craintes. Il y a suicide quand la crainte de la vie l'emporte sur la crainte de la mort.” »
Victor Hugo

« Si quelques-uns vont jusqu'au suicide, ce n'est pas parce qu'ils manquent de courage, mais c'est qu'ils n'en peuvent plus. Le courage n'a rien à voir ici. C'est l'amour qui fait défaut. »
Henri Grouès, dit abbé Pierre

1. PREAMBULE

Cette circulaire est le fruit d'un long travail qui a mobilisé, sous le pilotage de la Direction générale du personnel et de l'administration notamment au travers de l'expert scientifique du bureau de l'organisation du travail et de la prévention, un groupe de travail constitué sous l'égide du Comité Central d'Hygiène et de Sécurité. Ce dernier a permis la réalisation du dispositif de prévention des gestes suicidaires grâce à la participation active des représentants du personnel, de représentants du réseau national des médecins de prévention, du réseau des assistants de service social et des conseillères sociales territoriales, de secrétaires généraux ou directeurs de service. Le groupe de travail s'est adjoint les services du Dr Louis JEHEL, spécialiste consultant et chef de service de l'unité psychiatrique de l'hôpital TENON.
Que chacun soit ici remercié de sa riche contribution et tout particulièrement Hélène JACQUOT-GUIMBAL, qui a initié la démarche, le Professeur Alain DOMONT et le Dr Louis JEHEL, sans lesquels tout aurait été singulièrement plus difficile.

2. INTRODUCTION

Dans le domaine du travail, les études menées sur le sujet des suicides démontrent que les dysfonctionnements des conditions de travail peuvent jouer un rôle important dans le processus suicidaire. Mais le milieu professionnel est également porteur de facteurs de protection contre les comportements suicidaires, et il faut donc s'attacher à la qualité de l'environnement professionnel.

Pour autant, des événements tragiques se produisent et l'entourage va développer un sentiment de culpabilité qui doit être utilisé comme une dynamique de réflexion afin de dépister les risques potentiels mais aussi et surtout d'améliorer les facteurs de protection. Un comportement suicidaire peut en effet en générer d'autres et provoquer des suicides en cascade.
Lorsqu'un suicide endeuille une collectivité de travail, il ne s'agit pas de rechercher, dans l'environnement professionnel, cause ou responsabilité systématiques du suicide : tout suicide a des causes multiples et la responsabilité, notamment pénale, d'autrui en cas de suicide ne sera susceptible d'être recherchée qu'en cas de complicité active, non assistance à une personne en péril ou encore provocation au suicide.
Ce qui importe c'est d'améliorer les facteurs de protection au sein des collectifs de travail.

Les tentatives de suicide doivent également faire l'objet d'un traitement très attentif car l'après crise suicidaire est une période très sensible. En effet, le suicide véhicule une image tabou et la guérison est un long processus. L'agent concerné reste fragile, il lui est difficile de dire qu'il a fait une tentative de suicide, d'où l'importance de la qualité de l'environnement professionnel lors de son retour au travail.

La prévention du suicide implique bien sûr les médecins, quelles que soient leurs fonctions ou spécialités et les professionnels de santé en général, mais également l'entourage personnel et professionnel.

Le suicide a cessé ou doit cesser d'être un phénomène tabou et l'objet d'un silence angoissé, craintif ou coupable.
Priorisé dans les thématiques de santé publique, inscrit dans de nombreux programmes nationaux, régionaux et départementaux de prévention, le suicide se voit dorénavant reconnu et concerné par le discours. Comme le proposent, par exemple, les messages retenus par certains comités départementaux de prévention du suicide, il faut « oser en parler », car « parler, c'est agir ». Toutes les actions récemment mises en œuvre au plan national, qu'il s'agisse de l'institution de journées nationales de prévention du suicide, de la définition de recommandations professionnelles, de la tenue de conférences de consensus, de l'établissement de programmes nationaux et régionaux de santé ou des nombreuses initiatives émanant des champs sanitaires, sociaux et associatifs, peuvent être lues comme les témoins directs d'une meilleure visibilité et d'une perception nouvelle par la communauté du phénomène suicidaire, qu'il devient de plus en plus difficile de caractériser strictement comme un phénomène tabou, c'est-à-dire comme un objet innommable, intangible et indicible.

.

3. L'ÉVALUATION A PRIORI DES RISQUES PROFESSIONNELS

La prévention des crises suicidaires doit être intégrée dans le dispositif de prévention du risque santé au travail et plus largement de la prévention des risques professionnels.

L'efficience de l'action en matière de prévention des crises suicidaires sera probante si les mesures prises s'intègrent dans une politique globale de prévention et de gestion des risques professionnels. Cette politique globale doit appréhender tous les modes d'expression de la souffrance au travail, dont les les crises suicidaires peuvent être une forme extrême.

La 4ème partie du livre Ier du nouveau Code du Travail en date du 1er mai 2008 (titre III du livre II de l'ancien code du travail) s'applique dans l'administration et notamment son article L 4121-1 (L 230-2 de l'ancien code du travail):"Le chef d'établissement prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale de travailleurs de l'établissement, y compris les travailleurs temporaires. Ces mesures comprennent des actions de prévention des risques professionnels, d'information et de formation ainsi que la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés. Il veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes".

Par ailleurs la loi de modernisation sociale n° 2002-73 du 17 janvier 2002 a introduit la notion de protection de la santé mentale des salariés en son quatrième chapitre relatif à la lutte contre le harcèlement moral au travail(titre II consacré au travail, à l'emploi et à la formation professionnelle).
La notion de protection de la santé au travail doit être comprise, dans l'acception qu'en donne l'organisation mondiale de la santé (OMS), c'est à dire intégrant la préservation du bien-être physique, psychique et relationnel de l'individu ("la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité").

Mais la prévention de la souffrance au travail ne relève pas de la seule responsabilité de l'employeur ou de celle des professionnels de la prévention : une vigilance est attendue de l'ensemble des agents.

En effet, au travers des signes d'alerte, les collègues ou la hiérarchie de l'agent qui pourraient être concernés par la traversée d'une crise suicidaire disposent de moyens pour déceler la situation de souffrance dans lequel ce dernier se trouve. Ils ont alors la possibilité d'attirer l'attention, selon les circonstances, des responsables hiérarchiques, du secrétaire général, du service du personnel, du médecin de prévention, du service social du personnel, etc... La démarche devra alors nécessairement mobiliser tous les acteurs en relation avec la santé au travail.

Enfin, les facteurs de risques liés à la santé mentale au travail, c'est à dire les facteurs de risques psychosociaux, devront être repérés pour être maîtrisés et le document unique devra intégrer l'évaluation à priori de ces risques.
La démarche de recensement et d'évaluation des risques est décrite dans le guide sur le document unique de novembre 2003.
En particulier, le plan de prévention d'hygiène et de sécurité conçu suite à l'élaboration du document unique d'évaluation a priori des risques professionnels devra faire une large part à la mise en place d'une veille clinique, sociale et ergonomique.

La veille clinique est celle mise en œuvre par le médecin de prévention dans le cadre de son rôle en relation avec la médecine de soins
La veille sociale est destinée, en amont de l'émergence des problèmes, à détecter les situations de fragilité, à identifier le cadre des maintiens dans l'emploi et la préparation des retours à l'emploi.
La veille ergonomique s'attache aux conditions d'aménagement des conditions de travail et d'organisation des tâches.

Ces trois veilles sont mises en œuvre par le groupe de gestion des ressources humaines (groupe GRH) coordonné par le secrétaire général et dont l'objectif est de mettre en place des démarches coopératives entre les différents acteurs, intervenants médico-sociaux, encadrement, mais aussi, selon les besoins et les situations, responsables ressources humaines, formation, moyens généraux, animateur sécurité prévention. Ce groupe GRH est mobilisé lorsqu'il est traité de cas complexes comme l'insertion et la prise en compte du handicap, la prévention du harcèlement moral, l'accompagnement des troubles du comportement au travail, l'expression de souffrance au travail et autre traitement de cas délicats.

La circulaire du 18 janvier 2005 sur la mise en œuvre d'une démarche de prévention-action en matière de harcèlement moral a ainsi institué une veille sur les situations à risques et leurs facteurs d'évolution destinée à améliorer le fonctionnement et l'organisation générale du service en veillant à la meilleure adéquation possible des agents et des postes de travail et à désamorcer les conflits et les situations de tension relationnelle dont certains pourraient, in fine, permettre l'installation d'agissements de harcèlement moral.

On pourra utilement s'y référer car ce type de veille peut permettre de détecter des situations de difficultés dans des collectifs de travail qui ne présenteraient pas tous les critères de protection.

Pour mémoire, cette veille s'appuie notamment sur l'étude de l'évolution des indicateurs des professionnels médico-sociaux :
- nombre de visites spontanées auprès du médecin de prévention, ou de l'assistant du service social
- temps nécessaire d'écoute lors des visites médicales,
- examens médicaux et orientations médicales suite aux visites,
- nombre d'agents souffrant de troubles de la santé liés aux conditions de travail,
- fréquence et gravité des urgences sur le lieu de travail, liées à des incidents conflictuels ou des états de décompensation,
- indicateurs de santé négatifs (troubles musculo-squelettiques, troubles cardio-vasculaires, troubles anxio-dépressifs…),
- etc…

Elle s'appuie aussi sur des indicateurs dans le cadre général du travail :
- le nombre d'actes violents sur le lieu de travail,
- le nombre de tentative de suicide sur le lieu de travail,
- l'évolution du nombre d'accidents du travail ou de trajet (en relation avec la tension vécue au travail),
- le taux de rotation des personnels dans les services,
- le taux d'absentéisme,
- le nombre de recours sur notation,
- le nombre de demandes de mutation,
- le nombre des demandes de formation,
- l'accroissement sensible des départs en cessation progressive d'activité (CPA),
- etc…

4. DIFFÉRENTS POINTS DE VUE SUR LES SUICIDES

Le nombre de décès par suicide est mal connu parce que certains sont dissimulés parmi les décès attribués à d'autres traumatismes ou les décès de causes inconnues.

Même sous-estimé, le nombre des décès par suicide en France est très important (environ 12000 par an depuis 1993), supérieur au nombre des victimes du Sida ou de la circulation routière. 50 % des décédés ont moins de 50 ans et 70 % moins de 65 ans.

La France a le triste privilège de se classer parmi les pays à plus forte mortalité par suicide dans l'ensemble du monde.

4.1 TYPOLOGIE

Durkheim[1] a établi en 1897 la première typologie des formes de suicide. Il est arrivé à la conclusion que *« le suicide varie en fonction inverse du degré d'intégration des groupes sociaux dont fait partie l'individu »*, et que l'augmentation du suicide constatée tout au long du XIX^{ème} siècle est *« l'indice d'une misère morale »* due à l'affaiblissement des anciens cadres de sociabilité; Il a distingué deux séries indépendantes :

[1] sociologue

- Le suicide égoïste qui s'oppose au suicide altruiste:

Le suicide égoïste accompli pour des raisons strictement personnelles, reflétant un mal-être et une mauvaise intégration serait motivé par une centration sur la personne elle-même qui ne rapporte plus à la société ce qu'il y a de social en elle; la vie n'ayant plus de raison d'être,.
Le suicide altruiste de celui qui est tellement bien intégré qu'il est prêt à donner sa vie pour la survie ou l'intérêt du groupe, pensant que la raison d'être paraît se trouver en dehors de la vie elle-même.

- Le suicide anomique qui s'oppose au suicide fataliste:

Le suicide anomique survenant dans un contexte de perte de repères moraux, d'un effondrement des valeurs serait lié à cette perte laisserait la personne dans une activité déréglée où aucun frein ne borne les désirs.
Le suicide fataliste échappatoire à un avenir muré, à un sentiment d'impasse, en rapport avec l'oppression de règles apparemment inéluctables qui ne profitent qu'à ceux qui les édictent.

Le suicide *« altruiste »* est en perte de vitesse car il concerne des individus trop intégrés et qui ne supportent pas de faillir aux règles de leur groupe : les militaires de carrière, par exemple, se suicident plus que les civils. Les autres, en revanche, sont symptomatiques des transformations sociales de l'époque. Ainsi, le suicide égoïste (que l'on appellerait plutôt aujourd'hui « individualiste ») provient, lui, directement d'un défaut d'intégration, d'une perte de repères, d'un isolement (veufs, célibataires). Le suicide anomique (anomie = absence de normes), quant à lui, met en évidence certains dérèglements des sociétés modernes qui conduisent les individus à trop espérer et à ne plus être capables de contenir leurs désirs.

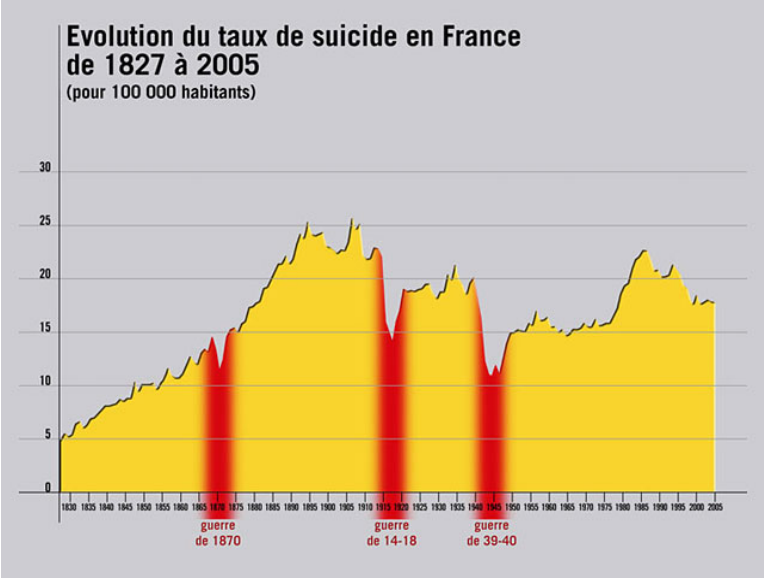
L'approche psychologique répertorie plusieurs types de classifications. On pourra distinguer par exemple le suicide dépressif, agressif ou punitif (pour soi et pour les autres) oblatif (sacrificiel), ludique, ordalique (fuite ou chantage). D'autres, en prenant l'image de la porte, parleront du suicide comme porte de secours (face à une impasse), porte de sortie (quand le vie ne vaut plus la peine d'être vécue) ou porte d'entrée (type « transit » de l'ordre du temple du soleil)

Le suicide philosophique, quant à lui ….reste très marginal

4.2 LE SUICIDE, UN PHÉNOMÈNE SOCIAL ?

(source : dossier Science Actualités de la cité des sciences et de l'industrie suite au cycle de conférences « Le suicide en face » du 8 janvier au 12 février 2008)

« Depuis plus d'un siècle, sur les traces d'Emile Durkheim, fondateur de la sociologie – notamment celle du suicide –, sociologues, statisticiens et démographes étudient le suicide à travers les chiffres. Leur objectif est de mettre en relation le « taux de suicide » (le nombre de suicides pour 100 000 habitants) d'un pays avec d'autres indicateurs de la vie économique et sociale (sexe, âge, profession, pouvoir d'achat, niveau de richesses du pays…). Si cette approche, basée sur les statistiques, n'éclaire pas le suicide en tant que drame individuel, elle permet parfois de mettre en évidence des facteurs sociaux favorisant ou défavorisant le suicide ».



« S'il faut se garder d'une interprétation trop hâtive de chiffres anciens – les suicides étaient beaucoup moins déclarés par le passé qu'aujourd'hui –, de grandes tendances peuvent être observées. Ainsi le taux de suicide augmente fortement au cours du XIXe siècle. Une élévation qui correspond, selon les sociologues, au profond bouleversement de la société française induit par le passage d'une économie artisanale et rurale à une économie industrielle. Au XXe siècle, la tendance est plutôt à la baisse. Le taux de suicide stagne au cours des Trente Glorieuses avant de remonter avec les chocs pétroliers pour se stabiliser aujourd'hui à des niveaux déjà observés il y a un siècle ».

Source : CSI Science Actualités

« Ainsi, il y a plus de suicides en temps de paix qu'en temps de guerre, lors des crises économiques et dans les pays riches. Baisse de la fécondité, augmentation des divorces, diminution de la pratique religieuse favorisent également le suicide. Côté sexe, le fait d'être une femme pourrait être protecteur : presque partout dans le monde, les femmes se suicident beaucoup moins que les hommes et ce, alors que leur statut, en particulier professionnel, s'est rapproché de celui des hommes. Hypothèse : leurs responsabilités particulières »

« auprès de leurs enfants et petits-enfants les rendent moins vulnérables. Au-delà du drame humain, les sociologues nous apprennent donc que le suicide est aussi un phénomène social ».

4.3 SUICIDE ET TRAVAIL : QUEL LIEN ?

(source : dossier Science Actualités de la cité des sciences et de l'industrie suite au cycle de conférences « Le suicide en face » du 8 janvier au 12 février 2008)

« Dans la plupart des pays de l'OCDE[2], le dernier demi siècle a été marqué par une montée du suicide des jeunes adultes âgés de 20 à 40 ans[3]. Un phénomène qui renvoie à un changement du statut social de cette classe d'âge. Par rapport à leurs aînés, l'âge de la fin des études, celui du premier emploi, du départ de chez les parents ou encore du premier enfant est retardé. Le niveau de diplôme s'est élevé mais l'embauche à diplôme égal s'est détériorée. Taux de chômage plus élevé, pression au travail plus importante… les jeunes adultes doivent faire face aujourd'hui à une insécurité sociale et professionnelle grandissante et ce, dans des sociétés marquées par l'obsession de la réussite et le culte de la performance. Pour autant, en élargissant à toutes les classes d'âge, peut-on dire que le monde du travail serait devenu « suicidogène » ? Il est difficile d'apporter une réponse certaine à cette question. Malgré le peu d'études menées en France, le Conseil économique et social estime le nombre de suicides sur le lieu de travail à 300-400 par an. De son côté, l'Assurance maladie annonce que 26 suicides ont été qualifiés d'accident du travail ou de maladie professionnelle en 2005. Tout récemment, la série de suicides dans plusieurs grandes entreprises françaises a suscité une réflexion sur la part de responsabilité des organisations du travail ».

4.4 DES PROFESSIONS PLUS À RISQUE ?

(source : dossier Science Actualités de la cité des sciences et de l'industrie suite au cycle de conférences « Le suicide en face » du 8 janvier au 12 février 2008)

« Pour les hommes vivant en France – qui représentent les 3/4 des suicides annuels –, les catégories professionnelles qui se suicident le moins (taux de suicide inférieur à 20 pour 100 000) sont toujours les mêmes depuis la Seconde Guerre mondiale et sont situées en haut de l'échelle sociale : cadres, professions libérales et intellectuelles. Mais les catégories les plus exposées ont changé. Jusqu'aux années 1970, les paysans enregistraient le plus fort taux de suicide ; puis ce fut le tour des ouvriers et

[2] Organisation de coopération et de développement économiques

[3] À l'inverse, l'Allemagne enregistre une légère baisse du taux de suicide à tous les âges, y compris pour les jeunes adultes. Valorisation de l'enseignement professionnel, meilleure intégration dans le monde du travail, chômage contenu chez les jeunes… peuvent l'expliquer. Source : Christian Baudelot (École normale supérieure) et Roger Establet (université de Provence).

aujourd'hui, ce sont les employés (60 pour 100 000)[4]. Pour autant, si certaines professions sont plus à risque que d'autres, elles ne sauraient à elles seules constituer un facteur de suicide. De plus, le travail, en général, a plutôt des effets protecteurs : les hommes inactifs de 25 à 59 ans se suicident deux fois plus que les hommes actifs. C'est donc surtout la « valeur sociale » – mesurée par un certain nombre d'indicateurs comme la profession, le revenu, les diplômes, le niveau et le mode de vie, les liens sociaux… – attribuée à un individu par lui-même ou par la société qui peut jouer un rôle sur l'incidence du suicide. Chez les femmes, en revanche, les professions libérales arrivent en tête, suivies par les infirmières, médecins et autres personnels soignants du secteur salarié. Des professions associées à une plus grande proportion de célibataires qui, chez les femmes comme chez les hommes, sont plus touchés" par le suicide ».

4.5 POINT DE VUE MÉDICAL

La crise suicidaire est une situation complexe qui suscite dans le corps médical de nombreuses interrogations :

Peut-on parler directement de la mort, sans prendre le risque de donner de mauvaises idées ?
Existe t-il une pathologie mentale derrière chaque tentative de suicide ?
Si la problématique ne recouvre pas de pathologie, quelle est ma compétence en tant que professionnel ?
Comment repérer une crise suicidaire, évaluer le risque suicidaire ?
Jusqu'où faut-il prendre en charge ce type de patient ?
Comment respecter l'autonomie du patient tout en mettant en place un processus thérapeutique ?
Comment aborder cette problématique avec l'entourage ?
A quelle structure faut il adresser le patient ?
Comment le convaincre de l'utilité de consulter un psychiatre ?
Quel est la place et la compétence du médecin dans le réseau de soin ?
Comment améliorer la communication entre les professionnels de santé?
Quelle est la place et la compétence des médecins dans le réseau de soin et de santé ?

Face à ces nombreuses questions, quelques réponses commencent à apparaître, le paysage de la prise en charge du suicide se transformant progressivement. Le suicide est devenu une priorité de santé publique:

- Création depuis une dizaine d'années de structures de prise en charge spécifique,
- Systématisation de la présence d'un psychiatre aux urgences,
- Accent mis sur la formation des médecins généralistes par la Direction Générale de la Santé,
- Rôle de plus en plus important des associations d'usagers,
- Journée nationale annuelle de prévention du suicide .

5. POINT DE VUE JURIDIQUE

5.1 RESPONSABILITÉ D'AUTRUI EN CAS DE SUICIDE

Sur le plan pénal, le suicide n'étant pas punissable, il ne peut y avoir de délit de complicité en la matière, pas plus que d'infraction d'omission d'empêcher un crime ou un délit de se commettre.

Il faut toutefois réserver le cas dans lequel une tierce personne pourrait être regardée comme ayant manifesté une participation active à la commission d'un suicide. Dans ce cas, une participation active à l'acte de suicide serait susceptible d'exposer la personne en cause à des poursuites pour homicide involontaire.

Par ailleurs, une personne ayant assisté passivement à un suicide, alors qu'elle était pleinement conscient du danger, pourrait, dans certaines circonstances particulières, être poursuivie sur le fondement du deuxième alinéa de l'article 223-6 du code pénal. Il faudrait notamment pour cela que la personne en

[4] Néanmoins, cette catégorie étant affectée par défaut sur le certificat de décès lorsque l'on manque d'informations sur la profession, elle est forcément sur-représentée. Source : Suicide et activité professionnelle, Nicolas Bourgoin, Population 54, p73-102.

cause se soit abstenue volontairement de porter assistance au suicidant alors qu'elle pouvait le faire soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours.

Enfin, le code pénal punit la provocation au suicide, dans les conditions prévues par l'article 223-13, de même que la propagande en la matière, conformément à l'article 223-14.

Sur le plan civil, la responsabilité d'autrui serait susceptible d'être engagée dans la mesure où une tierce personne aurait été condamnée pour l'une des infractions précitées, et si le suicidant ou sa famille se sont portés partie civile et ont demandé réparation lors du procès pénal .

5.2 LA NON ASSISTANCE À PERSONNE EN DANGER

Toute personne est tenue du devoir d'assistance.
Cette obligation ne pèse donc pas simplement sur ceux qu'un lien de droit préalablement défini, astreindrait à fournir à la victime protection et secours.
Cependant cette obligation ne pèse pas de manière égale sur toute personne. Il faut, en effet, tenir compte des moyens de chacun. (ex : pour secourir un noyé, il faut savoir nager), ce qui implique que la profession peut faire présumer de l'aptitude à porter telle ou telle forme de secours (ex : médecin).
Cette aptitude personnelle au secours doit également s'apprécier en fonction des circonstances ; la loi proposant deux modes d'intervention, l'action personnelle ou la provocation des secours.
Il n'y a pas de choix fait de façon arbitraire entre les deux formes d'actions dans le cadre de l'assistance à danger. Il faut employer celle qui est adaptée aux circonstances, ainsi que le rappelle un arrêt de la Cour de cassation criminelle du 26 juil.1954 : *"il faut employer celui que les circonstances commandent et même éventuellement les deux".*
Cette interprétation de la loi est sévère, car le texte dans sa formulation laisse la porte ouverte à un choix dans la nature de l'intervention (soit... soit...).
D'ailleurs, un autre arrêt de la Cour de cassation criminelle du 03 juil.1985 avalise la notion de choix en énonçant que : *"la provocation des secours est de nature à satisfaire aux obligations légales d'assistance à personne en péril".*

Le Code Pénal en son article 223-6 stipule :
« Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 500 000 F d'amende.» «Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours. »

La loi est claire, elle ne sanctionne l'inexécution de l'obligation d'assistance que lorsque le secours peut être fourni sans risque pour soi-même ou les tiers.

Le péril est tout ce qui met en danger la vie que la cause soit involontaire ou même volontaire, tel que la tentative de suicide (Cass.crim. 26 avr.1988).

Pour que l'infraction de non-assistance à personne en danger soit retenue, il faut qu'une personne soit en péril, puisque c'est précisément cette situation qui motive le secours nécessaire.
Bien qu'il n'existe pas de définition légale de l'état de péril, ce dernier serait un état dangereux, une situation critique qui fait craindre de graves conséquences pour la personne qui y est exposée : elle risque soit de perdre la vie, soit des blessures, soit une altération grave de sa santé.

L'infraction suppose l'intention délibérée de laisser s'accomplir le danger encouru par la victime (élément moral de l'infraction). Cette intention doit être consciente et volontaire. Une simple erreur ne peut caractériser l'infraction (Cassation crim. nov. 1969). De même qu'une absence d'anticipation sur une situation qui n'est pas actuellement périlleuse mais qui pourrait le devenir (cf. arrêt du Tribunal de Grande Instance de Poitiers du 03 févr.1977).

Un arrêt rendu par la 11e chambre de la Cour d'appel de Paris (28 n0vembre 1986) a qualifié de non assistance à personne en péril le fait de ne pas porter l'assistance qui s'imposait à une personne que l'on sait en danger dans un cas de suicide :
" ... la volonté d'une personne de mettre fin à ses jours par suicide, et donc de se mettre elle-même dans une situation de péril, ne dispense pas de l'obligation de porter secours, devoir d'humanité lié à la protection de la vie d'autrui ; doit être condamné pour non-assistance à personne en danger le prévenu dont le comportement témoigne de sa volonté de ne pas porter l'assistance qui s'imposait à la personne qu'il savait en danger, les conceptions du prévenu sur la liberté de chacun de choisir sa mort constituant seulement un mobile sans influence sur le principe de la responsabilité pénale ".

5.3 RESPONSABILITÉ DU MÉDECIN

Pour que la responsabilité pénale du médecin soit engagée, il est nécessaire qu'existe dans le code pénal une incrimination à laquelle l'acte reproché corresponde exactement. En matière de suicide, le médecin peut se voir reprocher une non-assistance à personne en danger. Mais rares sont les condamnations, faute de pouvoir réunir les quatre éléments constitutifs de cette infraction :

- Existence d'un péril,
- Possibilité d'assistance,
- Absence de risque pour celui qui peut porter secours ou pour le tiers,
- Abstention volontaire de porter secours.

La responsabilité civile du médecin ne peut mettre en cause que deux personnes privées, en l'occurrence le patient ou sa famille d'une part, le médecin exerçant en libéral d'autre part. La responsabilité médicale civile est engagée, soit par le non respect des obligations fixées par un contrat, c'est la responsabilité contractuelle, soit par l'obligation de réparer le dommage causé par une faute volontaire ou non, c'est la responsabilité délictuelle.

Par ailleurs, vis à vis des assurances, rien n'oblige un médecin à révéler la cause de la mort à l'assureur car c'est à la compagnie, éventuellement par le canal de son médecin conseil, de faire la preuve que le décès n'était pas couvert par le contrat.

5.4 RESPONSABILITÉ CIVILE DU SUICIDANT

La responsabilité civile se définit comme l'obligation de réparer le dommage que l'on a causé par une faute intentionnelle ou non. On peut donc s'interroger sur la réparation des éventuels dommages matériels, corporels ou même moraux occasionné par un suicide violent. Même si, au pénal, le suicidant qui a survécu est susceptible de bénéficier d'un non-lieu, en vertu de l'article 122-1, au civil, « *la personne qui, sous l'emprise d'un trouble mental, a causé un dommage à autrui, est tenue à réparation* » (loi du 3 janvier 1968 sur les incapables majeurs).

5.5 RESPONSABILITÉ PÉNALE DU SUICIDANT

Le suicide n'est plus réprimé en France depuis le Code Napoléon de 1810. De plus, la déclaration des droits de l'homme énonce que « *la loi n'a le droit de défendre que les actions nuisibles à la société* ». Dès lors, la question est de savoir si cela donne le droit ou la liberté de se supprimer.

Accessoirement, le droit au suicide supposerait qu'un suicidé réanimé puisse réclamer réparation du préjudice qu'il estime avoir subi du fait qu'on l'a obligé à vivre contre sa volonté. Or, c'est justement l'inverse qui se produit avec la « *non-assistance à personne danger* ».

Quant à la responsabilité de l'auteur d'un suicide « *altruiste* » ou « *élargi* », elle est celle de l'auteur d'un homicide volontaire, mais il peut bénéficier de circonstances atténuantes en vertu du deuxième alinéa de l'article 122-1 du code pénal ou être considéré comme irresponsable en vertu du premier alinéa du même article.

6. LES RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

Dans tous les services doit être mise en œuvre en application de l'article L 4121-1 du nouveau Code du Travail en date du 1er mai 2008 (L. 230-2 du Code du travail une **politique de prévention des risques professionnels et de protection de santé physique et mentale** qui passe au préalable par l'évaluation des risques, dont les risques psychosociaux, et la mise en œuvre d'un plan d'action adapté.
L'objectif de santé et de bien être au travail suppose la connaissance des situations à risque et des agents en souffrance que la ou les causes soient d'origine professionnelle, extra professionnelle ou les deux cumulées ; cela d'autant plus que la jurisprudence actuelle, en terme de responsabilité de l'employeur, de la collectivité ou du service, est de plus en plus rigoureuse : en matière de prévention des risques professionnels, quels qu'ils soient, les Tribunaux engagent maintenant la responsabilité sur la base de l'obligation de résultat (et pas uniquement de moyens) dès que l'employeur avait ou devait professionnellement avoir conscience des risques (savoir ou ne pas chercher à savoir).

Concernant les risques psychosociaux, dont les situations de souffrance au travail et le risque de suicide, les actions de prévention globale à mener dans les services ainsi que les interventions le plus en amont possible sur les cas individuels, supposent la connaissance des situations de travail à risque et les agents exposés par des méthodes d'investigation appropriées et un diagnostic médico-social des personnes fragilisées. A ce niveau vont interagir les différents acteurs de la prévention que sont les professionnels de santé, les travailleurs sociaux, les représentants du personnel (CLHS), le service prévention (ASP) et la direction pour rechercher des solutions en terme d'organisation générale, d'adaptation des postes et d'accompagnement individualisé ; les interactions et collaborations nécessaires entre ces acteurs auront à s'effectuer dans le respect du secret professionnel sur les données personnelles mais aussi le respect de la confidentialité des informations professionnelles ou factuelles échangées pour rechercher et apporter les solutions collectives et individuelles adaptées.

6.1 LE SECRET PROFESSIONNEL

Défini par la loi et dont le manquement est pénalement sanctionné, le secret professionnel a pour finalité principale le respect de la vie privée rappelé par la Déclaration universelle des droits de l'homme (article 12) et le Code civil (article 9) : il a ainsi un **caractère absolu mais, institué pour protéger la personne, il ne saurait lui être contraire sans motif légitime ni porter atteinte à l'intérêt général ou à l'ordre public** ; d'où les différents cas prévus par la loi d'autorisation ou même d'obligation pour les personnes dépositaires du secret professionnel de révéler les informations couvertes par ce secret dans des conditions précisément définies : il ne s'agit pas d'une divulgation publique mais d'une communication des informations strictement nécessaires (motivée par l'intérêt de la personne et la confiance absolue que l'on est en droit d'attendre du professionnel dépositaire du secret et de l'institution qu'il représente), à des personnes limitativement énumérées et astreintes elles même une obligation de secret ; dans ces différents cas et quand les conditions sont remplies, le secret de nature absolu et exclusivement cantonné au dépositaire devient par exception relatif et révélé dans un cercle plus large d'une ou plusieurs autres personnes elles mêmes tenues par le secret.

L'obligation de secret intervient dans le rapport entre le dépositaire du secret précisé par la loi (professionnel de santé, le travailleurs social) et l'usager, le client ou l'agent dans le service alors que **l'obligation de discrétion** concerne le rapport entre le professionnel et son employeur ; **l'obligation de réserve**, différente de celle du secret professionnel, s'impose elle à l'agent public et lui impose une expression mesurée sur l'organisation et la marche du service.

L'obligation de confidentialité inclut le secret professionnel mais elle relève d'un champ plus large : l'obligation de confidentialité se situe non pas au niveau d'une ou plusieurs personnes dépositaires mais au niveau de l'entreprise, de l'établissement, de la collectivité ou du service ; au-delà du champ du secret professionnel défini par la loi, c'est le chef de service qui a compétence pour, dans l'intérêt de la bonne organisation du service et le respect des personnes, classer confidentielle tel type d'information professionnelle qui ne pourra être communiqué qu'à un nombre restreint de personnes au sein et pour les besoins du service : ces personnes ainsi détentrices d'informations confidentielles auront l'obligation professionnelle de se taire ou de ne pas dire dans l'exploitation de ces données avec pour conséquences en cas de manquement l'éventualité d'une sanction disciplinaire pour faute professionnelle.

Le secret professionnel, les personnes visées, la sanction pénale et ses aménagements sont définis principalement par les dispositions du Code pénal (article 226-13) mais aussi par une série de lois particulières relevant du Statut de la fonction publique, du Code de la santé publique ou du Code de l'action sociale et familiale et pour la santé au travail par le Code du travail. **Le secret médical** représente un aspect du secret professionnel qui a une portée plus large et vise, entre autre, les informations relatives à la vie privée ou les secrets de fabrication.

6.2 LES MATIÈRES COUVERTES PAR LE SECRET PROFESSIONNEL

Les matières couvertes par le secret professionnel sont très diverses : **dans le domaine médico-social sont visées toutes les informations relevant de l'état de santé et de la vie privée des personnes**. Sont concernées les personnes qui sont dépositaires d'une information à caractère secret soit en raison de leur état ou de leur profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire ; le secret inclut toutes les informations en la matière qui lui ont été confiées, qu'elle a recueilli, analysé ou compris ; dans le domaine médico-social, sont visés principalement les médecins, les pharmaciens et les infirmiers, les assistants sociaux et les élèves des écoles de formation d'AS, les personnes collaborant au service départemental de protection maternelle et infantile, les personnes participant aux missions de l'aide sociale à l'enfance comme les éducateurs, les psychologues, les assistantes maternelles, les secrétaires et les chauffeurs …

Dans d'autres domaines sont également soumis au secret professionnel les avocats, les notaires, les experts comptables, les ministres des cultes ou dans les entreprises les utilisateurs et les représentants du personnel ayant accès aux brevets d'invention et aux secrets de fabrication.

En cas de violation du secret professionnel la peine maximale prévue par le Code pénal est de 1 an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende (amende multipliée par 5 en cas de mise en cause d'une personne morale) ; de plus, pour les professionnels appartenant à une profession réglementée (médecins et infirmières), le non respect du secret est aussi constitutif d'un manquement aux règles déontologiques qui peut être sanctionné disciplinairement par leur ordre.

6.3 LA COLLABORATION AU SEIN DES SERVICES

La collaboration au sein des services entre les professionnels des secteurs médicaux et sociaux, les agents de prévention, les représentants des personnels et la direction pose la question de l'obligation de respect du secret professionnel et de la confidentialité de certaines informations : le dilemme dans lequel peut se trouver l'agent public dépositaire par profession ou par fonction d'une information couverte par le secret est celui de la concomitance ou de la superposition d'intérêts d'une part entre le maintien du secret dans le respect de la personne et sa révélation dans un but d'ordre public ou d'intérêt général et d'autre part entre le maintien du secret et sa divulgation qui, contrairement à l'objectif initial du secret, serait nécessaire à l'intérêt de la personne et à sa protection. Tel est le cas notamment dans le retour à l'emploi et le soutien du collectif de travail après un suicide abouti ou une tentative de suicide.

Révéler un secret, c'est le divulguer. Par conséquent, sont seuls concernés par le secret les faits inconnus confiés comme tels par une personne au dépositaire du secret, non les faits connus.
En l'occurrence, un suicide ou une tentative de suicide est un fait, seules les raisons d'ordre médical ou privé relèvent du secret médical ou du secret professionnels. Du reste, les professionnels tenus au respect du secret professionnel ne sont pas habilités à commenter les faits de santé ou de vie privée connus ou compris.

Enfin, juridiquement, le secret professionnel a pour objet de protéger la vie privée des individus ; il comporte donc des sanctions pénales contre les professionnels qui parleraient trop; mais il serait paradoxal que ce même secret serve à protéger les professionnels qui préfèreraient se taire aux dépens des personnes qu'ils sont censés soigner ou protéger.

En définitive, le secret professionnel n'est pas établi dans l'intérêt du professionnel ou de l'institution : il est là pour protéger les personnes et non pour laisser se développer les conditions d'une dégradation silencieuse de situations à risque ; d'où la possibilité légale pour les personnes dépositaires du secret et, dans certains cas même, l'obligation de révéler les informations couvertes par le secret dans la mesure où l'intérêt de la personne et l'intérêt général sont en cause.

7. DIX IDÉES FAUSSES QU'IL CONVIENT DE COMBATTRE

Source : Conférence de Consensus "La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge"des19 et 20 octobre 2000

7.1 « ABORDER LA QUESTION DU SUICIDE AVEC QUELQU'UN EN SOUFFRANCE EST DANGEREUX » FAUX !

Non, ce n'est pas dangereux en soi, cela résulte au contraire d'une démarche de prévention. **Parler du suicide ne pousse pas à l'acte**. Les mots sur le suicide peuvent permettre à celui qui souffre d'être entendu dans sa souffrance et de rompre un certain isolement. L'entourage proche doit donc essayer d'établir un lien et une relation de confiance en adoptant une attitude de bienveillance, d'écoute, de dialogue et d'alliance qui favorisera le recours aux réseaux d'aide et au soin. L'entourage est toujours un recours et un soutien qui permet à la personne d'exprimer ses difficultés, sa souffrance, des idées dont elle a souvent honte et de se sentir entendue, comprise et momentanément soulagée.

7.2 « CEUX QUI SE SUICIDENT SONT DES MALADES INCURABLES» FAUX !

Non, tout le monde peut, un jour ou l'autre, penser au suicide devant des difficultés apparemment insurmontables. Il existe des traitements efficaces pour la plupart des maladies y compris pour le risque de suicide

7.3 « LE SUICIDE EST UN CHOIX INDIVIDUEL, ON N'A PAS À INTERVENIR » FAUX !

Celui qui pense au suicide se sent au contraire dans une impasse et considère qu'il n'a plus le choix. Il faut de ce fait intervenir, ce qui est l'objet des démarches de prévention.

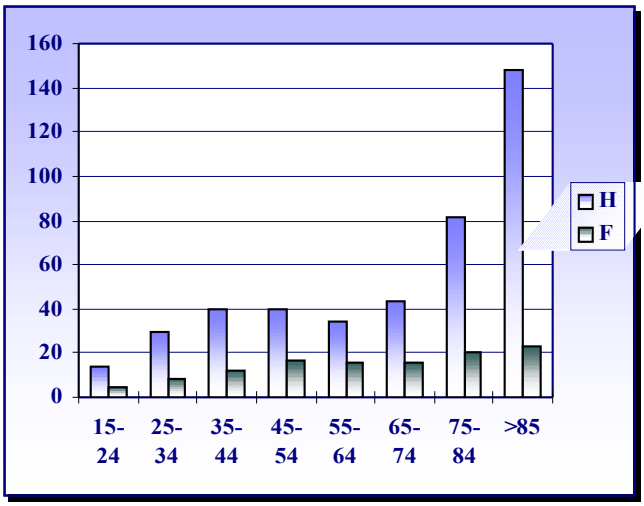
7.4 « LE SUICIDE EST TOUJOURS HÉRÉDITAIRE » FAUX !

Il n'y a pas de gène du suicide même s'il peut exister des éléments de vulnérabilité biologique et environnementale**.**

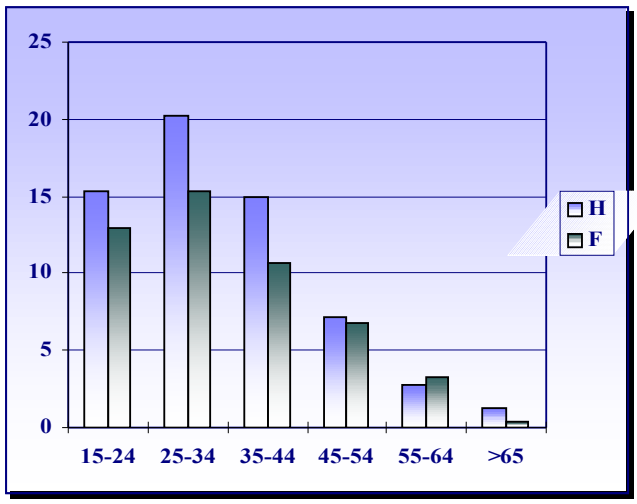
7.5 « CE SONT LES JEUNES ET LES FEMMES QUI SE SUICIDENT » FAUX !

Certes, le suicide des jeunes est important parmi les causes de mortalité de cette tranche d'âge, mais il ne constitue qu'une part relativement faible du nombre total des suicides. **Personne n'est épargné**, les hommes et les personnes âgées sont également touchés, comme le montrent les tableaux suivants :

Taux de mortalité par suicide en fonction de la tranche d'âge



Part du suicide dans l'ensemble des décès par tranche d'âge



Source :

7.4 « LE SUICIDE EST IMPRÉVISIBLE, ON NE PEUT PAS EMPÊCHER QUELQU'UN QUI L'A DÉCIDÉ DE SE SUICIDER » FAUX !

Le suicide n'est ni un accident, ni une fatalité. C'est le plus souvent un long processus que les personnes ont le plus souvent évoqué indirectement (perte de l'estime de soi, abandon,…). La plupart des tentatives sont annoncées de façon plus ou moins explicite. **La crise suicidaire est un trouble grave de la santé qui n'est pas incurable de fait (ou en soi).** Il est possible de permettre à quelqu'un de sortir totalement de cette état de crise. D'autre part, les personnes en crise suicidaire et ayant déjà fait une tentative de suicide ont un risque majeur de rechute dans l'année qui suit le passage à l'acte.

7.5 « LES GENS QUI PARLENT DE SE SUICIDER NE PASSENT PAS À L'ACTE » FAUX !

Il ne faut jamais prendre à la légère les annonces de suicide. Les personnes qui vont se suicider en ont la plupart du temps parlé auparavant : **80 % des personnes qui font une tentative de suicide ou se suicident expriment des idées suicidaires dans les mois qui précèdent.**

7.6 « CEUX QUI AVALENT DES COMPRIMÉS POUR SE SUICIDER NE VEULENT PAS VRAIMENT MOURIR» FAUX !

Toute tentative de suicide , même par une prise d'un petit nombre de comprimé doit être prise au sérieux., Ce qui est très important a prendre en compte est l'intention de mourir que la personne avait. Avoir pris des médicaments pour se suicider augmentent très significativement le risque de mourir par

suicide. Il n'y a **pas d'adéquation entre la gravité de l'acte et son motif**. Toute tentative, même la plus bénigne, doit être prise au sérieux.

7.7 « LA PRÉVENTION DES SUICIDES EST L'AFFAIRE EXCLUSIVE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ» FAUX !

La prévention du suicide est l'affaire de tous.

7.8 « LE SUICIDE EN DEHORS DU LIEU DE TRAVAIL EST SANS LIEN AVEC LE TRAVAIL » FAUX !

Un suicide en dehors du lieu de travail peut être en lien avec le travail. De même, un suicide sur le lieu de travail n'est pas forcément en lien avec le travail. **Le suicide est un phénomène complexe dont les origines sont multifactorielles**. Geste solitaire le plus souvent, celui-ci s'inscrit, en effet, dans un environnement familial, social et professionnel. La prévention du suicide nécessite donc forcément une approche plurielle, pluri-institutionnelle et pluridisciplinaire.

Au delà de cette question, la tentative de suicide ou le suicide abouti sur le lieu de travail sont des événements potentiellement générateurs de traumatismes qui justifient, la plupart du temps, la mise en place rapide d'un dispositif de « *débriefing post-traumatique* » à l'attention de tous les agents en contact direct ou étroit avec cette mort éventuelle. Dans le cas d'un suicide en dehors des lieux de travail, si les agents du service n'ont pas été en contact direct avec cette mort et ne sont généralement pas concernés par le traumatisme psychique, cela ne veut pas dire pour autant qu'il n'y a pas de trouble émotionnel important. Il est nécessaire de mettre en place un dispositif d'écoute, d'accompagnement voire d'orientation médico-sociale.

8. NOTIONS ESSENTIELLES SUR LES SUICIDES

8.1 GENERALITÉS

(source – DREES Etudes et résultats n°488 - mai 2006)

Pour poser globalement le problème, même s'il est difficile d'obtenir un recensement exhaustif des suicides et des tentatives de suicide, on peut tout de même avancer qu'on dénombre en France plus de 12 000 décès par an qui endeuillent 60 000 personnes. En 2002, 45 % des suicides ont été commis par pendaison, 16 % par arme à feu et 15 %par l'absorption de médicaments.

Si l'on dénombre 12 000 décès par an, on recense plus de 160 000 tentatives de suicide.

Les causes en sont toujours multiples et il n'y a donc pas de solution unique pour prévenir les crises suicidaires, Il convient de rester humble en la matière et de mettre en place une politique de petits progrès ou chacun, au sein d'une collectivité, peut devenir acteur.

Les études montrent que 4000 pour 100 000 personnes envisagent l'idée de se suicider. Parmi elles, 600 font une tentative de suicide ce qui génère 19 décès.

300 à 400 salariés se suicideraient en France chaque année sur leur lieu de travail. Ce fléau touche toutes les catégories socioprofessionnelles. L'ampleur de ce phénomène n'a été pris en compte que depuis 1997.

Avant cela, le suicide sur le lieu de travail touchait exclusivement les agriculteurs et salariés agricoles acculés par les dettes et dont lieux de vie et de travail se confondaient.

En dehors d'eux, les suicides se commettaient généralement dans l'espace privé.

Il était donc difficile de démontrer que le rapport au travail pouvait en être une cause.

Dans ces cas récents de suicide sur le lieu du travail, un des éléments déclencheurs est la dégradation profonde de ce que le Pr Christophe Dejours[5] nomme le « vivre ensemble » .

Aujourd'hui, avec l'effritement des solidarités et la peur de perte d'emploi, la convivialité ordinaire elle-même est contaminée par des jeux stratégiques qui ruinent les relations de confiance et colonisent l'espace privé.

Cela serait notamment plus perceptible chez les cadres, dont la vie tout entière est tendue par une lutte pour progresser dans leur carrière ou pour ne pas perdre leur position.

Certaines victimes laissent une lettre, un journal, d'autres se suicident devant leurs collègues.

Leurs mots accusent alors l'entreprise et désignent des coupables. Le ton est celui de la colère, de la honte ou de la défaite.

N'arrivant plus à gérer le conflit qui les opposait à une hiérarchie ou à des collègues, ayant perdues confiance en elles ces personnes ont retourné cette violence contre elles-mêmes.

Ces personnes étaient souvent zélées, brillantes, sociables et avaient beaucoup investi dans l'entreprise et n'ont pas supporté d'être à leurs yeux, injustement déconsidérées, rétrogradées.

Dans ces conditions, il y a un risque pour l'entourage professionnel du défunt de **porter la culpabilité** de sa mort ce qui peut perturber de façon prolongée les relations entre les survivants.

Le fait que l'entreprise ne réagisse pas pourrait alors signifier que la personne décédée ne représentait rien, que même un suicide n'arrête pas le travail, et dans ces cas, il n'est pas rare qu'un suicide soit **suivi par un autre suicide.**

L'analyse d'une vingtaine d'études épidémiologiques sur les dernières années suggère que :

- 90% des suicidés avaient au moins un problème de santé mentale au moment du décès dont 10% étaient atteintes d'un trouble de la personnalité de type « état limite » quasiment toujours associé à un trouble co-morbide (dépression moyenne, abus ou dépendance à des substances, notamment alcool)

S'agissant des tentatives de suicide, les facteurs de risque psychosociaux relevés sont :

- Désavantage social
- Expérience d'adversité durant l'enfance
- Perte parentale précoce
- Agressions sexuelles durant l'enfance
- Accumulation d'événements de vie (au sein desquels le travail n'est pas toujours individualisé)

S'agissant du risque de répétition :

- 40% des personnes faisant une tentative ont déjà ont fait une tentative de suicide antérieure
- 13 à 35% rechutent sur une période de 2 ans
- 7% en feront 2
- 2.5% en feront 3 ou plus
- 1% en feront 5 et plus

La répétition de tentative de suicide en population générale est associée aux caractéristiques suivantes :

[5] Professeur de psychologie au CNAM, psychanalyste et psychiatre, Directeur du laboratoire de psychologie du travail, Christophe DEJOURS est l'un des principaux spécialistes de la psychopathologie et de la psychodynamique du travail.

- Problème de consommation d'alcool
- Personnalité asociale
- Présence d'impulsivité
- Traitement en psychiatrie
- Tentative de suicide antérieure
- Personne vivant seule

S'agissant du lien entre tentative de suicide et décès par suicide, on observe que si la population est différente il y a tout de même chevauchement.

Les statistiques montrent que 1% des personnes ayant fait des tentatives de suicide se suicident dans l'année suivant la tentative

Enfin le risque de décès varie en fonction de l'âge et du sexe. De plus, les facteurs associés suivants semblent déterminants :

- Sans travail
- Séparé, divorcé, veuf
- Vivant seul
- Santé physique précaire
- Trouble psychiatrique
- Tentative antérieure avec un moyen violent

Les liens avec le travail sont mal connus car très peu d'études ont été faites.

9. LE SUICIDE ET LE TRAVAIL

Les suicides ont toujours des causes multi-factorielles.
Il existe peu d'études sur les suicides dans le monde du travail. Pour autant, le milieu de travail peut être porteur de causes aggravantes voire précipitantes, mais il est également porteur de facteurs de protection.

9.1 LES CAUSES AGGRAVANTES OU PRÉCIPITANTES

Auparavant, les plus concernés par « le suicide au travail » étaient les ouvriers et les agriculteurs. Cela pouvait s'analyser simplement : les tâches étaient laborieuses et peu récompensées pour les uns, et les autres pouvaient perdre leurs récoltes et se retrouver rapidement désargentés.
Aujourd'hui, sont aussi touchés par ce fléau, les cadres, les enseignants, les salariés du privé (sans oublier les chômeurs)…
Ces professions ne sont pourtant pas les plus « cassantes » physiquement, mais la pratique démontre que moralement les salariés n'arrivent plus à supporter la pression grandissante qu'ils subissent au travail.
Les facteurs de dépression sont multiples : pression morale, rétrogradation, stress
Généralement, les personnes qui se sont suicidées à cause de leur travail sont des personnes compétentes, professionnelles à qui on demande subitement trop et qui n'arrivent plus à supporter la pression.

Ces descriptions sont congruentes avec les corrélations observées dans l'enquête Samotrace (surveillance de la santé mentale au travail) sur les salariés repérés comme en détresse psychique (GHQ 28 >15). Aussi, les indicateurs suivants de risque lié au travail sont-ils les plus régulièrement retrouvés seuls ou en association entre eux :

- Rupture de carrière ou dégradation d'itinéraire professionnel
- Manque de reconnaissance
- Surinvestissement au travail
- Epuisement professionnel
- Perte ou inexistence de lien d'accompagnement professionnel
- Conflit éthique sur les valeurs du travail
- Perte de sens du travail.

9.2 LES FACTEURS DE PROTECTION:

Si le monde du travail peut présenter de facteurs de risque, il présente également des facteurs de protection qu'il convient de promouvoir :

- Soutien social
  - Aide et collaboration des collègues
  - Reconnaissance
- Autonomie décisionnelle
  - Utilisation et développement d'habiletés

Pouvoir décisionnel sur le mode opératoire

9.3 LES SOLUTIONS

La France est le troisième pays au monde, dans lequel les dépressions liées au travail sont les plus nombreuses, derrière l'Ukraine et les Etats-Unis.
Et la tendance en France semble s'accentuer, il est donc plus que temps de trouver des solutions pour remédier à ce grave problème.
EDF qui a déjà perdu des salariés oppressés, a annoncé le 23 avril la création d'un observatoire national de la qualité de vie au travail, l'instauration d'un numéro vert pour les salariés, et la mise en place progressive d'un management de proximité.
-la prévention est le meilleur moyen de déceler la genèse des problèmes.
-soutien médico-psycholgique
-accompagnement collectif et individuel
-intégrer la santé mentale dans la réflexion sur les nuisances professionnelles.

10. LES SUICIDES AU MEEDDAT

On trouvera en annexe 1 et 2, l'analyse du phénomène au MEEDDAT.

Il ressort de ces éléments que si la répartition par genre et les modes de réalisation sont relativement conformes aux données nationales, le taux de suicide observé au MEEDDAT nécessite une réelle prise en charge de ce phénomène. On notera particulièrement une sur-représentation d'agents de catégorie C.

11. REPÈRES SOMMAIRES POUR DÉTECTER UNE CRISE SUICIDAIRE

11.1 REMARQUE LIMINAIRE:

Repérer une crise suicidaire nécessite d'acquérir des connaissances spécifiques qui font l'objet des dispositifs de sensibilisation et de formation mis en place au titre de la présente démarche de prévention des gestes suicidaires. Les présents repères permettent d'obtenir une première culture qui sera complétée par les séances de sensibilisation ou de formation.
Pour autant l'absence de formation ou de sensibilisation ne dédouane pas du devoir d'agir

11.2 DÉFINITION:

La crise suicidaire peut être définie comme un moment de crise psychique, au cours de la vie d'un sujet, où celui-ci va épuiser progressivement ses ressources adaptatives, psychologiques et comportementales et envisager , progressivement, par le biais de distorsions cognitives, le suicide comme seule possibilité de réponse aux difficultés qu'il rencontre et éprouve, le suicide devenant une solution pour mettre fin à sa souffrance. Cette période qui est marquée par la souffrance et la tension dure souvent de 6 à 8 semaines

Les premières manifestations de la crise suicidaire sont difficiles à cerner. Ses aspects sont très variables, les troubles ne sont pas toujours apparents et se manifestent par des signes peu spécifiques qui permettent difficilement de prévoir si la crise va évoluer vers une rémission spontanée ou vers une tentative de suicide ou d'autres passages à l'acte. Cependant la connaissance de certains signes de gravité permet de repérer et évaluer une crise suicidaire pour aider activement la personne en crise et l'orienter vers une prise en charge adaptée.

11.3 REPÉRAGE:

Le repérage de la crise suicidaire s'appuie sur différentes manifestations :

- l'expression d'idées et d'intention suicidaires,
- les manifestations de crise psychique,
- le contexte de vulnérabilité.

Initialement, la crise suicidaire peut se manifester à travers la fatigue, l'anxiété, la tristesse, des pleurs, une irritabilité et agressivité, des troubles du sommeil, une perte du goût aux choses, un sentiment d'échec et d'inutilité, une mauvaise image de soi et un sentiment de dévalorisation, une impuissance à trouver des solutions à ses propres problèmes, des troubles de la mémoire, une perte d'appétit ou boulimie, une rumination mentale, une appétence alcoolique et tabagique, un retrait par rapport aux marques d'affection et au contact physique, un isolement.

À un stade ultérieur de la crise, celle-ci peut s'exprimer par des comportements particulièrement préoccupant : désespoir, souffrance psychique intense, réduction du sens des valeurs, cynisme, goût pour le morbide, recherche soudaine d'armes à feu. Une accalmie suspecte ou un comportement de départ sont des signes de très haut risque.

Chez l'adulte, les manifestations de la crise psychique sont l'ennui, le sentiment de perte de rôle, d'échec, d'injustice, de décalage et de perte d'investissement au travail, les difficultés relationnelles (y compris celles de couple), l'incapacité à supporter une hiérarchie, les arrêts de travail à répétition ou au contraire le surinvestissement au travail, les consultations répétées chez le médecin (douleur, sensation de fatigue, …).

Les premiers signes ne sont, dans leur majorité, ni spécifiques ni exceptionnels pris isolément. Ils peuvent être labiles. C'est leur regroupement, leur association ou leur survenue comme une rupture par rapport au comportement habituel qui doit alerter l'entourage, le conduire à suspecter l'existence d'une crise suicidaire et à provoquer une orientation vers le soin par l'entremise du médecin de prévention. L'approche de bienveillance, d'écoute, de dialogue et d'accompagnement de l'entourage est un élément essentiel pour l'engagement de cette prise en charge.

Pendant cette crise, la personne est submergée par les émotions et la tension émotive provoque un épuisement de ses ressources cognitives : Elle n'arrive plus à trouver des solutions à ses difficultés, elle se centre sur des solutions inadaptées et sa perception de la réalité est embrouillée.

Pendant cette période, il est fréquent de constater chez la personne une baisse d'estime de soi et une rumination que l'on peut percevoir au travers de messages verbaux ou de la prise d'alcool ou d'autres drogues.

La tentative de suicide peut survenir au cours de cette crise mais elle persiste au-delà et le risque de « rechute[6] » est élevé.

La crise suicidaire peut être évaluée utilement par la mesure du potentiel suicidaire, prenant en compte 3 dimensions : le Risque, l'Urgence et la Dangerosité, celui-ci peut être gradué de la manière suivante :
Chaque niveau est évalué en 3 degrés d'intensité : Faible, Moyen, Elevé, selon des critères définis.

Le potentiel suicidaire est donc temporellement évolutif, notamment le caractère de l'Urgence. Le suicide peut apparaître comme une idée possible telle une « voie de sortie ». Puis cette voie devient la seule issue, alors un scénario (ou plusieurs) se met en place. Enfin, lorsque le plan est clair et la personne déterminée, paradoxalement, malgré une apparente amélioration subite de son état, le passage à l'acte devient imminent.

11.4ÉVALUATION DU NIVEAU DE RISQUE :

Il s'agit d'analyser si la personne a des caractéristiques épidémiologiques de mourir par suicide dans les deux ans. C'est le cumul des facteurs suivants qui augmentent le risque suicidaire[7].

Facteurs personnels :
-Antécédent personnel (tentative de suicide),
-Troubles de la personnalité (impulsivité, réaction de colère, rigidité de la pensée, agressivité),
-Existence de conflits avec les proches,
-Etat moral (tristesse prolongée, état déprimé prolongé,..)
-Dépendance à l'alcool et/ou aux drogues dont le cannabis,
-Dépression, psychose dont la schizophrénie,
-Troubles du comportement alimentaire, en particulier anorexie mentale

Facteurs familiaux :
-Sévices physiques et/ou sexuels durant l'enfance,
-Abandon et/ou placement,
-Antécédents familiaux de suicide.

Facteurs psychosociaux :
-Isolement social et affectif,
-Position sociale,
-Pertes et séparations,
-Deuil, en particulier si un suicide en est la cause,
-Contexte de « contagion de suicide ».

En parallèle aux facteurs de risque, des facteurs de protection doivent également être pris en compte :

Ressources internes :
-Bonne estime de soi,
-Capacité de coping (mise en œuvre de mécanismes de défense adaptés),
-Capacité à dire non,
-Humour préservé,
-Capacité à prendre du recul,
-Optimisme de fond,

[6] et non récidive, la tentative de suicide n'est pas une faute
[7] avertissement : dans ces études cliniques, le travail n'était pas encore questionné

-Demande et recherche de soutien.

Ressources environnementales :
-Bonne cohésion familiale,
-Soutien amical,
-Lien social,
-Bonne intégration,
-Activités extérieures (sport, loisirs, investissement associatif…).

11.5 ÉVALUATION DU DEGRÉ D'URGENCE (IMMINENCE DU PASSAGE À L'ACTE):

L'urgence est considérée comme élevée, si l'intention de passage à l'acte est de le réaliser dans les 48 heures. L'écoute active est primordiale et doit obligatoirement conduire à l'orientation vers un professionnel de soins, immédiatement si des critères d'urgence sont repérés, comme, face à toute personne en situation de détresse vitale. Au travers de l'écoute et de l'échange avec la personne, l' imminence du passage à l'acte est évalué en fonction de la présence et de l'intensité de l'idée suicidaire, voire de l'absence d'alternative autre que le suicide et l'existence d'un scénario suicidaire avec la prévision de le réaliser.

11.6 ÉVALUATION DE LA DANGEROSITÉ DU SCÉNARIO :

Si l'accès à un moyen létal (mortel) est facile et immédiat, il faut considérer la dangerosité comme extrême et agir en ne laissant pas la personne seule et en mobilisant rapidement les ressources internes, médico sociales et hiérarchiques, pour une orientation vers une prise en charge psychologique.

Il convient d'être particulièrement attentif aussi à une personne qui allait mal et qui présente une amélioration soudaine sans raison évidente. Cela peut être paradoxalement un signe d'aggravation de son état de santé. L'idée de suicide est un processus long qui s'élabore sur plusieurs semaines avant le passage à l'acte. C'est à partir du moment où le geste est planifié que la personne paraît aller mieux. Elle a la solution pour échapper à sa souffrance et se sent donc apaisée.

12. L'APRÈS CRISE SUICIDAIRE :

L'après crise suicidaire est une période très sensible.

Les risques sont encore présents un mois après. Le suicide véhicule une image tabou et la guérison est un long processus. L'agent concerné reste fragile. Il lui est difficile de dire qu'il a fait une tentative de suicide, d'où l'importance de la qualité de l'environnement professionnel lors de son retour au travail.

Lors d'événement suicidaire, l'entourage va développer un sentiment de culpabilité, qu'il va falloir utiliser comme une dynamique de réflexion afin de dépister les risques potentiels et promouvoir les facteurs de protection. Un comportement suicidaire peut en effet en générer d'autres et provoquer des suicides en cascade.

La prévention du suicide implique donc les médecins, professionnels de santé, mais aussi l'entourage personnel et professionnel.

Il est donc nécessaire de mettre en œuvre dans le milieu professionnel :
-des actions de sensibilisation
-de faire connaître les réseaux d'entraide
-de former des salariés à écouter et à respecter la confidentialité
-de réfléchir à l'organisation du travail et au collectif de travail

13. LA QUALIFICATION EN ACCIDENT DU TRAVAIL

La complexité de la question de la qualification d'un suicide en accident de travail tient d'une part à ce que la législation sur les accidents de travail est distincte dans le secteur privé et public, et, d'autre part, à ce que l'état de la législation fait une différence de traitement suivant que le suicide ait eu lieu aux temps et au lieu du travail ou pas.
Les jurisprudences tant administratives (secteur public) que judiciaires (secteur privé) vont cependant au-delà des textes et convergent vers les mêmes conclusions.

13.1 LA PRÉSOMPTION DE LIEN PROFESSIONNEL

Dans le secteur privé, il y a présomption de lien professionnel pour tout accident se déroulant au temps et au lieu du travail. C'est en conséquence à l'entreprise de déclarer l'accident de travail et, le cas échéant, démontrer l'absence de lien professionnel, c'est à dire la faute détachable du service.
Inversement, dans le secteur public, c'est à l'agent ou à ses ayants-droit de demander la reconnaissance en accident de service (notion équivalente à celle d'accident du travail dans le secteur privé) et d'apporter la preuve du lien professionnel. En fait, ceci n'est tout à fait exact que pour les agents titulaires, puisque les PNT et les OPA dépendent d'un régime similaire à celui du secteur privé. Pour autant, dans le secteur public, les PNT et les OPA sont traités de la même manière que les agents titulaires et doivent demander la reconnaissance en accident du travail et d'apporter la preuve du lien professionnel.
L'accident de service est défini dans la circulaire de 1989 relative à la protection sociale des fonctionnaires et stagiaires de l'Etat comme étant un accident "devant résulter de l'action violente et soudaine d'une cause extérieure provoquant au cours du travail ou du trajet une lésion du corps humain", en mettant la charge de la preuve, de l'accident et de sa relation avec le service, sur l'agent.
Depuis 1995 (conseil d'état n°124-622 du 30 juin 1995-M^{elle} Bedez), la jurisprudence du conseil d'état tend à renverser la charge de la preuve en présumant l'accident de service dès lors que cet accident est survenu au lieu et au temps du travail (s'alignant ainsi sur la jurisprudence judiciaire). Il revient alors à l'employeur d'apporter la preuve contraire.

La jurisprudence administrative inversant systématiquement la charge de la preuve du lien professionnel, c'est donc aux administrations comme aux entreprises de démontrer, le cas échéant, l'absence de lien professionnel.

13.2 LA PARTICULARITÉ DES SUICIDES DANS LE SECTEUR PRIVÉ

13.2.1 L'incidence de la présomption de lien professionnel dans le secteur privé

Dans le secteur privé, le suicide survenant au temps et au lieu de travail bénéficie de la présomption de lien professionnel et c'est donc logiquement que le 11 mars 2003, la Chambre Sociale de la Cour d'Appel de Lyon a estimé que le suicide ou la tentative de suicide survenant au temps et au lieu du travail bénéficiait d'une présomption d'imputabilité qui lui confère la qualification juridique d'accident du travail.
Auparavant, la pratique judiciaire refusait souvent à la victime ou à ses ayants droit le bénéfice de la présomption d'imputabilité en invoquant l'article L453-1 du code de la sécurité sociale : Puisque le suicide est un acte conscient et volontaire du salarié, il rentre dans le cadre d'une telle faute et les ayants droit de la victime ne pouvaient se prévaloir de la présomption d'imputabilité. Ainsi, la Cour de Cassation n'avait reconnu comme accident du travail que le suicide du salarié survenu au temps et au lieu de travail immédiatement après des remontrances de son employeur, le geste du salarié étant alors le résultat d'une impulsion brutale exclusive de tout élément intentionnel : C.Cas. Ch.soc 20 avril 1988 n° de pourvoi : 86-15690.

Dans son arrêt du 22 février 2000), Brucker c/ SA Diamantine et CPAM de l'Allier, la Cour d'appel de Riom a considéré que dès lors que le suicide a eu lieu au temps et au lieu de travail, la présomption d'imputabilité au service s'appliquait. Elle en conclut que c'est à l'employeur d'apporter la preuve contraire, c'est-à-dire de démontrer que l'événement à l'origine du suicide se situe dans des problèmes personnels, extérieurs à la vie professionnelle de l'intéressé.
Cependant, la Cour d'appel de Rennes, dans son arrêt du 22 novembre 2002, tout en rappelant le principe de la présomption d'imputabilité au travail d'une lésion survenue au temps et au lieu du travail, a mis à la charge des ayants droit du salarié suicidé au temps et au lieu de travail, la preuve de l'existence d'un lien de causalité entre le travail et le suicide.

Les textes du secteur privé font donc une différence entre suicide au temps et au lieu du travail et les autres suicides de salariés et la jurisprudence met à la charge des ayants droit du salarié suicidé au temps et au lieu de travail, la preuve de l'existence d'un lien de causalité entre le travail et le suicide.

13.2.2 La procédure pour les suicides survenant au temps et au lieu du travail

La police est la première à intervenir lorsqu'un suicide survient dans une entreprise. L'enquête vise en premier lieu à confirmer qu'il ne s'agit pas d'un homicide. Elle s'oriente alors dans deux directions : le milieu familial et le milieu professionnel. Elle permet de savoir si la personne décédée avait déjà été sanctionnée ou si elle subissait une forme de harcèlement. Le rapport d'enquête de la police est donc transmis au procureur mais aussi aux services de la sécurité sociale. Il peut comporter des informations très utiles comme, par exemple, l'heure du suicide, déterminée par l'autopsie. La jurisprudence de la cour de cassation considère en effet qu'il y a une présomption de lien professionnel dès lors qu'un suicide survient sur le lieu de travail. A cela s'ajoute une autre condition : l'événement doit avoir eu lieu pendant le temps de travail. Ces conditions étant remplies, "*Il faut démontrer qu'il y a eu une cause étrangère pour que la caisse primaire n'indemnise pas les ayants droits.* Les CPAM peuvent même déclarer comme accident du travail des suicides qui se sont déroulés en dehors du lieu du travail si une lettre, laissée par le défunt, contribue à attester l'existence du lien professionnel.

Un suicide qualifié d'accident du travail coûte cher à une entreprise puisque cette dernière va supporter une large partie du coût de l'indemnisation des ayants droits. Le conjoint de la personne décédée perçoit une rente équivalente à 40% du salaire tandis que chaque enfant bénéficie d'une rente correspondant à 20% du salaire dans la limite globale de 85%.

Après la police, ce sont les inspecteurs de la CPAM qui entrent en scène puis ceux de l'inspection du travail. C'est la CPAM qui informe l'inspection du travail dès lors qu'il y a une présomption d'accident du travail. Dans les deux jours qui suivent un suicide, les élus du CHSCT se réunissent pour décider de l'opportunité de missionner un cabinet d'expertise qui aura la charge de diagnostiquer les causes de l'événement. Ces rapports visent en premier lieu à répondre à un besoin d'une meilleure compréhension de l'évènement en interne afin d'identifier les actions correctrices à mettre en place. Mais ces rapports très détaillés sont aussi susceptibles d'être transmis à la justice afin de consolider les dossiers et permettent une réelle prise de recul sur un évènement dramatique.

13.2.3 Suicide en dehors du lieu de travail dans le secteur privé

Bien que les textes du secteur privé fassent une différence entre suicide au temps et au lieu du travail et les autres suicides de salariés, la Sécurité sociale s'est vue de reconnaître en accident du travail le suicide d'un salarié qui s'est produit à un moment où le salarié ne se trouvait plus sous la subordination de l'employeur (arrêt de la 2e Chambre civile de la Cour de cassation du 22 février 2007).

Un résumé de cet arrêt est paru au Bulletin d'information de la Cour de cassation n°663 du 15 juin 2007 :

« Un accident qui se produit à un moment où le salarié ne se trouve plus sous la subordination de l'employeur constitue un accident du travail dès lors que le salarié établit qu'il est survenu par le fait du travail. Tel est le cas lorsque le salarié rapporte la preuve de ce que sa tentative de suicide, à son domicile, alors qu'il était en arrêt de maladie, était en lien avec ses conditions de travail. Les juges du fond, qui ont retenu que l'équilibre psychologique du salarié avait été gravement compromis à la suite de la dégradation continue des relations de travail et du comportement de l'employeur, ont caractérisé le fait que celui-ci avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé son salarié et qu'il n'avait pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver et ont pu en déduire qu'il avait commis une faute inexcusable."

En conséquence, la responsabilité de l'employeur est toujours recherchée, que le suicide ait lieu ou pas aux temps et lieu du travail.

13.2.4 La responsabilité de l'entreprise, y compris pour un suicide en dehors des temps et lieu de travail

Le Code du travail fait obligation aux employeurs d'évaluer les risques professionnels, y compris psychosociaux, la jurisprudence leur impose même une obligation de résultat.

Il est certes difficile de déterminer la cause directe du suicide puisqu'il peut tout aussi bien résulter de difficultés sociales ou familiales.

Jean-Pierre Soubrier, expert sur le sujet à l'Organisation Mondiale de la Santé estime que les suicides liés au travail sont « ceux qui se produisent sur le lieu de travail et ceux accompagnés d'une lettre explicite ».

Mais la Cour de cassation a bouleversé ce principe, par l'arrêt rendu par la 2ème chambre civile le 22 février 2007, en considérant la tentative de suicide d'un salarié à son domicile comme un accident du travail.

Le salarié avait tenté de se suicider à son domicile alors qu'il était en arrêt maladie pour syndrome anxio-dépressif. La caisse primaire de sécurité sociale estimait que la tentative de suicide pouvait se qualifier comme accident du travail, ce que contestait l'employeur.

Les juges du fond ont confirmé la décision de la caisse, la Cour de cassation réaffirme la décision sur le fondement de l'article L.411-1 du Code de la Sécurité Sociale, selon lequel « *Est considéré comme*

accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise ».
La présomption d'imputabilité est établie, mais dans cet arrêt, la Cour de cassation fait une nouvelle interprétation de cet article.
La cour d'appel avait invoqué des faits sérieux, graves et concordants (prouvés par un certificat médical et des attestations), en l'occurrence l'accident (la tentative de suicide) est bien survenu « *par le fait du travail* », c'est la raison pour laquelle la Haute juridiction a également retenu la faute inexcusable de l'employeur, et ce pour la première fois. L'employeur quant à lui, estimait qu'il ne pouvait être déclaré responsable d'un acte commis par son employé absent de son lieu de travail, et qui ne se trouvait donc plus, de fait, sous sa subordination. Il invoquait également le fait qu'il n'avait aucun moyen de connaître les tendances suicidaires de son employé.
Si on analyse cet arrêt, on peut considérer que l'employeur qui ne remplit pas son obligation de résultat, c'est-à-dire son obligation de veiller à la santé mentale et à la dignité de son salarié, engage sa responsabilité pour faute inexcusable dès lors que le lien de causalité est prouvé (en l'espèce, par le certificat médical et les attestations).
Dans cet arrêt, la Cour de cassation se prononce sans ambiguïté en faveur du salarié en détresse, et renforce l'obligation de sécurité qui pèse sur l'employeur.
Même si l'employeur ne souhaite pas réellement la mort du salarié, il a semblé à la cour de cassation adéquat d'engager la responsabilité de l'employeur, assimilant en quelque sorte l'attitude de l'entreprise, par le fait de pousser à bout son salarié, ce qui constitue une faute inexcusable ayant des conséquences irréversibles, à un homicide involontaire voire de provocation au suicide.
Rappelons que l'article 223-13 du Code pénal stipule : « *Le fait de provoquer au suicide d'autrui est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende lorsque la provocation a été suivie du suicide ou d'une tentative de suicide.* ».

13.3 LA PARTICULARITÉ DES SUICIDES DANS LE SECTEUR PUBLIC

13.3.1 L'incidence de l'absence de présomption de lien professionnel dans le secteur public

L'arrêt de la Cour administrative d'appel de bordeaux du 15 février 2005 stipule que la veuve d'un fonctionnaire ne peut obtenir le bénéfice de la rente viagère d'invalidité prévue à l'article L 28 du code des pensions de retraite, dès lors que le suicide de son époux n'a pas eu pour cause déterminante un état maladif se rattachant au service.
A contrario, dès lors que le suicide d'un fonctionnaire a eu pour cause déterminante un état maladif se rattachant au service, le suicide est reconnu comme une maladie professionnelle bien que le suicide soit un acte volontaire.

Le 7 juin 2007, le tribunal administratif d'Amiens a considéré que, s'agissant du suicide d'un fonctionnaire sur son lieu de travail et pendant ses horaires de service (au temps et au lieu du travail), cette circonstance n'est pas à elle seule de nature à établir en l'espèce que cet acte est en conséquence nécessairement imputable au service.

La jurisprudence administrative met donc également à la charge des ayants droit du fonctionnaire suicidé au temps et au lieu de travail, la preuve de l'existence d'un lien de causalité entre le travail et le suicide.

13.3.2 La procédure pour les suicides survenant au temps et au lieu du travail

De la même manière que dans le secteur privé, la police est la première à intervenir lorsqu'un suicide survient dans une administration et l'enquête se déroule de la même manière. Le rapport d'enquête de la police est donc transmis de la même manière au procureur mais pas aux services de la sécurité sociale puisque c'est l'Etat qui joue ce rôle pour la fonction publique.
Un suicide qualifié d'accident du travail coûte de la même manière à une administration puisque cette dernière va supporter une large partie du coût de l'indemnisation des ayants droits. Le conjoint de la personne décédée perçoit la rente viagère d'invalidité prévue à l'article L 28 du code des pensions de retraite, dès lors que le suicide de son conjoint a eu pour cause déterminante un état maladif se rattachant au service.
Le service doit diligenter une enquête administrative permettant d'éclairer les circonstances dans lesquelles le suicide s'est produit et permettre ainsi de déterminer l'éventuel lien professionnel.

Pour autant, la demande de reconnaissance du caractère professionnel du suicide doit provenir des ayants-droit.
Le service doit alors consulter la Commission de réforme (C.R) sur dossier constitué comme suit :
-les documents produits par les ayants droit attestant de l'imputabilité du suicide au service
-les éventuels procès verbaux de police
-le rapport écrit du médecin chargé de la prévention attaché au service auquel appartenait le fonctionnaire
-le rapport du supérieur hiérarchique (qui indique notamment de manière très précise les fonctions de l'agent, ses horaires de travail...)
-les résultats de l'enquête administrative.
Il convient de rappeler que les avis rendus par la commission de réforme n'ont qu'un caractère consultatif (Art.19 Décret 14/03/1986 et §5 circulaire 1989): ce ne sont que des actes préparatoires à la décision administrative. La décision quant à la reconnaissance de l'imputabilité du suicide comme accident de service est prise par l'Administration.

13.3.3 Suicide en dehors du lieu de travail dans le secteur public

Il n'existe pas de jurisprudence administrative sur ce sujet mais, à l'instar de la jurisprudence judiciaire, la responsabilité de l'employeur peut toujours être recherchée, que le suicide ait lieu ou pas aux temps et lieu du travail.

13.3.4 La responsabilité de l'administration, y compris pour un suicide en dehors des temps et lieu de travail

Le Code du travail qui fait obligation aux employeurs d'évaluer les risques professionnels, y compris psychosociaux, s'applique également à la fonction publique par le décret de 82 modifié 95.

De la même manière que dans le secteur privé, l'employeur public qui ne remplit pas son obligation de résultat, c'est-à-dire son obligation de veiller à la santé mentale et à la dignité de son agent, engage donc sa responsabilité pour faute inexcusable dès lors que le lien de causalité est prouvé.

14. ACCIDENTS DU TRAVAIL OU MALADIE PROFESSIONNELLE?

Lorsque le suicide d'un salarié est en rapport avec son travail, il y va de la préservation des droits des ayants droit, de le faire reconnaître et prendre en charge au titre des accidents du travail ou des maladies professionnelles. Les deux sont possibles.
Dans tous les cas, il revient à la charge des ayant-droits d'apporter les éléments probants de nature à établir la matérialité des faits allégués.

15. LE DISPOSITIF DE PRÉVENTION ET DE TRAITEMENT DES GESTES SUICIDAIRES DU MEEDDAT

Le dispositif mis en place par le MEEDDAT est le suivant :
– fourniture aux services par cette circulaire de repères constitués d'éléments de connaissance et d'approfondissement pour la prévention des crises suicidaires
–Sensibilisation tout public dispensée dans les CIFP par des formateurs agréés sur une demi-journée
–Formation agréée « ministère de la santé » et dispensée dans les CIFP par des formateurs agréés, sur 3 jours, des membres des groupes GRH (SG, Chefs personnel, MDP, ASS, ASP)
–Formation spécifique des MDP, et des ASS
–Recensement exhaustif, en temps réel, des S.A et des TS
–Recensement exhaustif, en temps réel, des morts naturelles et accidentelles
–Déclaration d'accident du travail pour les agents traumatisés (découverte du corps, sentiment de culpabilité …)
–Prise en charge des collectifs de travail après tout suicide qu'il ait eu lieu sur le lieu de travail ou en dehors (ouverture d'espace de parole, entretiens de defusing, soutien post-traumatique)

–Prise en charge « sociale » de la famille des suicidants (visite à la famille par direction, mise à disposition de l'ASS, recrutement sur CDD de l'ayant droit sans emploi ..)
–Enquête de prévention
–Accompagnement des services sur la qualification ou non du suicide en accident de travail
–Accompagnement des services sur la correction des dysfonctionnements des organisations dans lesquelles se sont produits les suicides
–Mise en place d'une enquête de compréhension sous la forme d'une étude épidémiologique sur 3 ans, après chaque suicide et après le travail de deuil dans l'objectif de détection des facteurs aggravants ou précipitants, et par effet miroir des facteurs de protection à privilégier et qui est destinée à améliorer le dispositif en temps réel sur le temps de l'étude

16. EN MESURE DE PRÉVENTION

16.1 PRISE EN COMPTE DES RISQUES PSYCHO-SOCIAUX DANS LES DÉMARCHES D'ÉVALUATION A PRIORI DES RISQUES PROFESSIONNELS

16.1.1 La santé DANS l'entreprise c'est La santé DE l'entreprise

Au titre des ses obligations,
"Le chef d'établissement prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale de travailleurs de l'établissement, y compris les travailleurs temporaires ».
La notion de protection de la santé au travail doit être comprise, dans l'acception qu'en donne l'organisation mondiale de la santé (OMS), c'est à dire intégrant la préservation du bien-être physique, psychique et relationnel de l'individu ("la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité").
Ainsi donc, indépendamment, et sans se limiter aux seuls traitements de l'urgence de prise en charge et de prévention du geste suicidaire, il convient de mettre en œuvre une démarche de promotion du bien être au travail, à travers une considération volontariste de l'impact de l'organisation du travail humain sur la santé. Tel est l'objet de la prochaine circulaire sur la promotion du bien être au travail qui viendra appuyer le présent dispositif. Elle insistera sur la place primordiale de l'aspect « ressources humaines » dans les préoccupations des agents et sur la part de l'environnement et des conditions de travail dans leur épanouissement professionnel et la mise en valeur de leurs compétences. Elle explicitera comment l'amélioration des conditions de travail améliore la qualité du travail lui même et conduit à la performance.

16.1.2 La démarche d'évaluation des risques professionnels

En application du décret n°2001-1016 du 5 novembre 2001, il incombe à chaque service de mener une démarche d'évaluation et de transcription des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs dans le document unique (DU). Cette démarche obligatoire nécessite de recenser les risques qui peuvent peser sur les personnels dans leur vie au travail, de les hiérarchiser et d'élaborer un plan d'action annuel qui a vocation à être au moins annuellement actualisé. Elle oblige à une analyse fine de situations concrètes, basée sur des éléments objectifs de mesure. Les risques psychosociaux figurent au premier rang des risques majeurs recensés par la fonction publique. En conséquence, chaque document unique devra être complété par l'évaluation de ces risques et chaque plan de prévention hygiène et sécurité devra comporter des actions de prévention des problèmes de santé liés à ces risques.

16.2 PRISE EN COMPTE DU RISQUE SUICIDAIRE DANS LES PLANS DE SECOURS D'URGENCE

Il convient **d'intégrer la prise en charge des gestes suicidaires dans le plan de secours d'urgence**, ce qui nécessitera la mise en place d'un réseau associant le groupe de gestion des ressources humaines, le service social, le médecin de prévention, les services de secours d'urgence, le réseau de soutien médico-psychologique départemental, etc.
Il s'agit donc de décliner **localement** les éléments suivants dans **le plan d'organisation** par la mise en place d'un réseau associant les professionnels de santé, l'assistante sociale, la GRH et les instances médicales (médecin de prévention, SAMU, réseau de soutien médico-psychologique départemental,…).

Pour mémoire, l'annexe 4 décrit les éléments relatifs à la prise en charge des urgences psychiatrique (notamment II.2-2), y compris dans le cadre extra-hospitalier public.

16.2.1 Tentative de suicide (TS) effectuée

- Appeler le Centre 15 pour une évaluation médicale d'urgence. Le médecin du SAMU évaluera et déterminera la démarche de prise en charge du suicidant et du collectif de travail le cas échéant.
- Ce contact assure aussi une traçabilité de la demande d'urgence.

16.2.2 La personne manifeste ou exprime à un tiers une intention de geste suicidaire

16.2.2.1 Ne jamais banaliser un comportement suicidaire.

16.2.2.2 Alerter :

- Mobiliser les ressources internes sanitaires et hiérarchiques
- Afficher les coordonnées des ressources (MDP, ASS, etc…)

16.2.2.3 Secourir :

- Evaluer les paramètres de gravité en application des critères de la Conférence de Consensus de 2000 (chap II et suivants) et des spécificités de l'environnement professionnel immédiat.
- Ne jamais laisser la personne seule, même pour alerter.
- Ne pas laisser rentrer au domicile seule une personne qui n'a pas été évaluée par un professionnel compétent. Si la personne refuse, prévenir sa hiérarchie.

16.2.2.4 Évaluer et décider.

En fonction des caractéristiques évaluées de la gravité, choisir la ou les modalités la plus adaptée.

- Appeler le médecin généraliste traitant ou toutes autres ressources externes sanitaires, sociales ou familial selon la situation.
- Orienter vers : une consultation spécialisée, clairement identifiée (Centre Médico-Psychologique (CMP) en fonction du secteur d'habitation, Centre de Crise, Urgences psychiatrique hospitalière, consultation de prévention du suicide et les numéros de téléphones des réseaux d'écoute). Tous les contacts doivent avoir été identifiés, listés et accessibles en permanence, élaboré avec le service médico-social.
- Pour toute situation qui pose problème, ne pas hésiter à contacter le Centre 15 (Circulaire SAMU n°39/92 DH.PE/DGS.3C/ du 30 juillet 1992).

16.2.2.5 Programmer systématiquement une saisine du service médico-social :

- Le médecin de prévention tiendra compte en urgence des critères énoncés dans la Conférence de Consensus 2000 (chap III). Dans une autre étape, il prendra en considération le contexte socio-professionnel pour contribuer à l'élaboration de la planification de la prévention et de la prise en charge des urgences médicales.
- Cette démarche s'inscrit directement dans le milieu du travail et d'organisation des soins.

16.3 SENSIBILISATION TOUT PUBLIC

Un dispositif d'information-sensibilisation à la prévention du suicide, destiné à tous les publics est dispensé dans chaque CIFP par des formateurs agréés par la direction générale de la santé.
On trouvera en annexe « n+1 » le cahier des charges de cette information-sensibilisation.

16.4 FORMATION DES MEMBRES DES GROUPES GRH

Un dispositif de formation à la prévention du suicide, destiné aux membres du groupe GRH et dispensé dans chaque CIFP par des formateurs agréés par la direction générale de la santé.
On trouvera en annexe « n » le cahier des charges de cette formation.

16.5 FORMATION SPÉCIFIQUE DES MDP ET DES ASS

Un dispositif de formation à concevoir dans chacun de ces réseaux sera dispensée à tous les MDP et ASS.

17. EN URGENCE, APRÈS UN SUICIDE OU UNE TENTATIVE DE SUICIDE

17.1 LA PROCÉDURE MEDICO-RÉGLEMENTAIRE

Tout décès doit être déclaré à la mairie dans les 24 heures ;
Un médecin doit en faire préalablement le constat et rédiger un certificat de décès dont une partie sera remise à l'officier d'état civil afin d'obtenir un permis d'inhumer.
Cette partie comporte une question à laquelle le médecin doit répondre par oui ou par non :
–"Existe-t-il un obstacle médico-légal à l'inhumation" ?
Dans le cas d'un suicide, il sera répondu par OUI et l'officier d'état civil devra obligatoirement en aviser le procureur qui déclenchera une procédure en recherche des causes de la mort, avec intervention quasi-systématique d'un médecin légiste.
Le procureur de la République se rend sur place s'il le juge nécessaire et se fait assister de personnes capables d'apprécier la nature des circonstances du décès. Il peut toutefois aux mêmes fins, déléguer un officier de police judiciaire de son choix.
Sauf si elles sont inscrites sur une liste prévue à cet effet, les personnes ainsi appelées prêtent, par écrit, serment d'apporter leur concours à la justice en leur honneur et en leur conscience. Le procureur de la République peut ainsi requérir information (par un juge d'instruction) pour recherche des causes de la mort »
Ainsi la découverte d'un suicidé entraîne l'intervention d'un officier de Police Judiciaire au titre d'une mort suspecte.
Pourtant, l'ordre pénal n'a pas à intervenir directement à propos d'un suicide qui n'est considéré ni comme un crime ni comme un délit, ainsi l'intervention du magistrat n'a pas lieu d'être a priori.
Cependant, le mode choisi par la personne pour mettre fin à ses jours pourra amener d'autres interrogations avant de conclure avec le plus de certitude possible à l'origine auto agressive de l'acte.
La survenue d'un tel acte dans un contexte professionnel déclenchera le plus souvent une enquête judiciaire; les services seront alors « à disposition de la justice ».

17.2 RECENSEMENT EXHAUSTIF, EN TEMPS RÉEL, DES S.A ET DES TS

17.3 RECENSEMENT EXHAUSTIF, EN TEMPS RÉEL, DES MORTS NATURELLES ET ACCIDENTELLES

17.4 PRISE EN CHARGE DES COLLECTIFS DE TRAVAIL

17.4.1 Déclaration d'accident du travail pour les collègues

Le psycho-traumatisme du collectif de travail secondaire au geste suicidaire bénéficie d'une prise en charge au titre de l'accident de travail sur demande des agent.

17.4.2 Une communication interne forte souligne la gravité de l'événement et assume la part éventuelle du travail dans sa survenue

Les raisons d'un suicide sont toujours complexes et difficiles à démêler, mais la part qu'a joué le travail dans la décision du salarié de mettre fin à ses jours ne peut être exclue d'emblée. Il faut accepter de l'évaluer et envoyer ainsi aux personnes éventuellement en souffrance dans l'entreprise le signal que des solutions pour améliorer les conditions de travail vont être recherchées.
Réduire d'emblée les causes du suicide à des fragilités individuelles ou à des raisons personnelles fait passer, à l'inverse, le message que l'entreprise ne s'interroge pas sur son organisation du travail et que rien ne va bouger.
La volonté d'identifier les éventuels facteurs qui sont liés au travail doit donc être affirmée par la direction.

17.4.3 Une prise en charge psychologique des collègues de la victime est organisée

La possibilité pour les salariés volontaires de participer à des « débriefings psychologiques » peut éviter de nouveaux suicides mais aussi des cas de stress post-traumatique. Ces séances, proposées de façon individuelle et/ou collective, dans ou hors du service, doivent être animées par un spécialiste extérieur, sur une période suffisamment longue pour que toutes les personnes touchées par cet événement puissent « évacuer » le traumatisme. Elles permettront de repérer les personnes en danger et de les orienter vers des thérapeutes adaptés.

17.5 PRISE EN CHARGE ADMINISTRATIVE

17.5.1

Il convient d'apporter aux ayants droits les informations précises sur les dispositions financières dont ils pourront bénéficier, compte tenu de la situation (annexe 2) :

-prise en charge des frais funéraires **si reconnaissance d'accident du travail**

-versement du capital décès

-le cas échéant, droit à une pension de réversion, éventuellement augmentée de la majoration pour enfants et de la rente viagère d'invalidité (contact DRH/SGP/PSP3 :bureau des pensions – cellule invalidité)

17.6 PRISE EN CHARGE « SOCIALE » DE LA FAMILLE DES SUICIDANTS

Le suicide d'un proche est vécu dans la famille comme un réel traumatisme. La culpabilité, la question du pourquoi, le sentiment d'injustice, le sentiment d'abandon, les peurs, l'isolement, la révolte.... sont des sentiments qui émergent et qui parfois rendent difficile une démarche de deuil.
Pourtant, très vite, la famille va non seulement devoir entamer des démarches administratives mais aussi très vite devoir prendre des décisions importantes.

Le service social du ministère, mais aussi la direction, jouent un rôle important dans ces moments de difficultés et de choc émotionnel intense.

17.6.1 La direction:

La direction joue un rôle primordial dans l'annonce du décès si celui-ci c'est produit sur le lieu de travail. Il est indispensable, pour la famille, que le chef de service s'implique dans cette démarche, même si cela lui est difficile. Il pourra prendre l'attache du médecin de prévention ou de l'ASS et de l'expert du ministère, le Dr Louis JEHEL, Responsable de l'Unité de Psychiatrie Suicidologie – Psychotraumatologie - Addictologie à l'Hôpital TENON, qui pourra l'aider à gérer au mieux, autant que faire se peut, ce douloureux événement.
Dans la même logique, Le chef de service se doit de respecter les vœux de la famille au moment des obsèques.

17.6.2 Le service social:

Lorsqu'il y a suicide abouti d'un agent, le service social se met à la disposition de la famille pour:

- aider la famille à faire face aux difficultés « administratives »liées au suicide:
  - faire connaître les droits de la famille,
  - aider dans la constitution des dossiers (attention, ce n'est pas au service social d'envoyer les dossiers mais bien au secrétariat général de le faire)
  - aider dans les démarches administratives autres,
  - faire le lien avec le service (il est indispensable de respecter les vœux de la famille, notamment lors des obsèques)
  - en fonction des situations , rechercher les solutions d'aide financière rapide
- aider les familles à faire face aux difficultés psychologiques liées au suicide:
  - accompagner la famille dans la démarche de deuil,
  - orienter ,si nécessaire, vers les professionnels du soin et/ou du soutien psychologique.

18. QUALIFICATION OU NON DU SUICIDE EN ACCIDENT DE TRAVAIL

Le suicide d'un fonctionnaire pendant son service ne suffit pas à établir la responsabilité du service.
C'est aux ayant-droits de demander la reconnaissance en accident du travail et d'apporter les éléments probants de nature à établir la matérialité des faits attestant de l'imputabilité du suicide au service Les conséquences de la reconnaissance doivent être gérées en terme de communication

19. APRÈS L'ÉVÉNEMENT : LE SUICIDE FORCE À AGIR SUR LES RISQUES PSYCHOSOCIAUX

19.1 LE TRAITEMENT DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX

Nonobstant la qualité de la démarche d'évaluation a priori des risques professionnels et en particulier celle relative aux risques psychosociaux, le suicide force à agir sur ces derniers.
La communication interne, les mesures d'aide psychologiques ne sont pas suffisantes pour répondre à l'événement qui s'est produit. Ces interventions ne règlent pas les problèmes à la source et ne sont efficaces qu'à court terme.

Pour réaliser un diagnostic approfondi de la situation, le niveau de stress doit être évalué, les sources collectives des problèmes et les groupes à risques identifiés. Un plan d'action visant à améliorer les conditions du travail doit ensuite être établi. Ce processus constitue la seule démarche de prévention efficace.

La méthodologie de cette démarche est détaillée dans la brochure INRS « Stress au travail. Les étapes d'une démarche de prévention »

19.2 L'ENQUÊTE DE PRÉVENTION

Conformément à l'article 45 du décret n°82-453 du 28 mai 1982 modifié, « *tout événement grave portant atteinte à la santé et à la sécurité des agents dans le cadre de leur activité professionnelle doit appeler une analyse et des mesures conservatoires puis correctives* » , au plan local dans le cadre de la responsabilité du chef de service, comme au plan national dans le cadre de la politique de prévention des risques professionnels.

Les gestes suicidaires sont des évènements graves pouvant porter atteinte à la santé et à la sécurité des agents. A ce titre, ils sont éligibles à la réalisation d'enquête de prévention à l'instar des enquêtes réalisées lors « *d'accidents de service grave ou de maladie professionnelle ou à caractère professionnel grave ayant entraîné mort d'homme ou paraissant devoir entraîner une incapacité permanente ou ayant révélé l'existence d'un danger grave* » (article 45 du décret n°82-453 du 28 mai 1982 modifié).
Pour autant, cette enquête de prévention à l'issue des gestes suicidaires ne peut adopter le formalisme des enquêtes de prévention accidents graves ou maladies professionnelles.

L'objectif de l'enquête de prévention « gestes suicidaires » doit distinguer la problématique individuelle de la problématique collective.

En particulier, s'agissant de problématique individuelle, l'enquête à réaliser n'a pas vocation à rechercher des responsabilités ce qui relève du domaine judiciaire. De plus, l'enquête de prévention ne saurait

résoudre à elle seule toutes les questions relatives au caractère multifactoriel d'un tel acte compte tenu de l'intrication des sphères professionnelle et privée. C'est donc l'enquête de compréhension décrite au chapitre 20, menée au titre de l'étude épidémiologique et réalisée par un binôme indépendant de spécialistes de la prévention des suicides et des relations au travail qui livrera les clefs de compréhension de la problématique individuelle du geste.

Pour autant, le contexte professionnel peut et doit être questionné. La problématique collective doit permettre de dégager des éléments de compréhension et d'aider à la dynamique de réflexion destinée à identifier d'éventuels dysfonctionnements des conditions de travail, mais aussi et surtout, doit permettre d'améliorer les facteurs de protection collectifs. Un comportement suicidaire peut en effet en générer d'autres et provoquer des suicides en cascade. De même, tout geste suicidaire, qu'il ait lieu en dehors ou sur le lieu de travail, emporte des conséquences sur la personne, ses proches et son entourage, mais également sur le collectif de travail qui est généralement fragilisé voir traumatisé par cet événement qui génère nombre de sentiments - culpabilité, sentiment d'injustice, d'abandon, de colère ou de révolte – et qui renvoie chacun à ses propres fragilités ou peurs.

Après de tels gestes, des soutiens psychologiques sont donc nécessaires mais leur dynamique d'efficience est directement liée à la démarche de reconstruction engagée par le service après de tels gestes et on ne peut donc occulter la prise en compte des facteurs professionnels susceptibles d'être découverts par l'enquête de prévention.
Cependant, la mise en œuvre de l'action de soutien psychologique des collectifs de travail ne saurait être subordonnée aux résultats quelconques d'une enquête. Les modalités de prise en compte et d'organisation d'un tel soutien doivent par ailleurs être inscrits dans les plans de secours d'urgence.

Il est donc nécessaire d'engager dans les meilleurs délais une procédure d'enquête adaptée dans les conditions décrites en annexe n.

19.3 CORRECTION DES DYSFONCTIONNEMENTS DES ORGANISATIONS

20. ENQUÊTE DE COMPRÉHENSION

Un rapport sur "la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail" a été remis le 12 mars 2008 au ministre du travail, Xavier Bertrand. Constatant que les modifications du monde du travail ont conduit à l'émergence des risques psychosociaux (stress, suicide, dépression, etc...) comme risques majeurs, il fait 9 propositions visant notamment à lutter contre le "stress au travail".

Le rapport insiste sur la nécessité d'un indicateur global des risques psychosociaux élaboré à partir d'une enquête annuelle effectuée auprès d'un échantillon représentatif de salariés et permettant une observation simultanée de l'état psychologique des personnes et de leurs conditions sociales de travail. Il propose un recensement systématique des "suicides de salariés au travail" ainsi qu'une "autopsie psychologique" de ces actes (analyse des paramètres individuels et relationnels pouvant être liés au suicide). Sont aussi préconisés la mise en place de formations spécifiques pour les membres des comités d'hygiène et de sécurité ou le lancement d'une campagne nationale d'information.

Le principe de l'autopsie psychologique est basé sur le recueil minutieux des données susceptibles de reconstituer l'environnement psychosocial d'un individu qui s'est donné la mort et ainsi de mieux comprendre les circonstances entourant son décès. La collecte de ces données porte sur un grand nombre de paramètres qui incluent les détails de la mort, le paysage familial, le contexte social, le parcours de vie, le monde relationnel, les conditions de travail, la santé physique et mentale et les antécédents, les éventuelles conduites suicidaires antérieures, les événements de vie négatifs, l'éventualité de contact avec des services d'aide ou médicaux avant le passage à l'acte et la réaction des proches au suicide.
Initialement mise au point en tant qu'instrument de médecine médico-légale, l'autopsie psychologique est apparue être une manière de caractériser le contexte médical, psychique, social et environnemental dans lequel des personnes avaient été amenées à attenter à leur vie.
Le rapport du ministère du travail indique que, sur le plan méthodologique, l'autopsie psychologique apparaît comme une stratégie complexe et multidimensionnelle, de sorte qu'il est nécessaire que le mode

de recueil des informations bénéficie d'une véritable standardisation. Ainsi la démarche à suivre doit s'inspirer des recommandations développées par l'INSERM dans son travail d'expertise collective.
C'est la raison pour laquelle il a été conventionné avec l'INSERM, établissement public de recherche à caractère scientifique et technologique, placé sous la double tutelle du ministère de la Santé et du ministère de la Recherche. L'Inserm est le seul organisme public français entièrement dédié à la recherche biologique, médicale et en santé des populations.
Ses chercheurs ont pour vocation l'étude de toutes les maladies humaines des plus fréquentes aux plus rares.
La mission première de l'Inserm est de faciliter les échanges entre :

- la recherche fondamentale, définie parfois comme « guidée par la curiosité », celle dont le but est d'éclairer l'inconnu, sans but précis ;
- la recherche clinique, celle qui se fait auprès du patient ;
- la recherche thérapeutique ou diagnostique, dont le but est l'étude des maladies ;
- la recherche en santé publique, qui s'attache à mieux connaître les mécanismes de la santé par l'étude de groupes de populations notamment.

L'objet de l'étude confiée à l'INSERM relève de la recherche en santé publique.

Cette enquête épidémiologique est destinée à améliorer notre dispositif par une meilleure connaissance du contexte dans lequel se produisent ces tragiques événements.
Cette étude de contexte destinée à décrire les relations entre risque psychique, souffrance, travail et suicide sera externalisée à des professionnels de la santé mentale dépendant de l'INSERM placés sous l'autorité d'un comité scientifique constitué d'experts indépendants et de professionnels de santé des services de médecine de prévention.
Il s'agira pour eux de mettre au point la stratégie de repérage par les services des facteurs prédictifs de passage à l'acte suicidaire et de développer le niveau de connaissance des éléments de contexte déterminant dans le suicide. Ils devront également déterminer les grands axes de la conduite à tenir après un suicide pour réduire l'impact psychologique traumatique et prévenir le risque suicidaire secondaire dans le collectif de travail concerné.
Une étude de contexte sera déclenchée après chaque décès d'un agent en service.
Cette méthode correspond à la demande de l'administration de fournir au service au sein duquel un sujet est décédé par suicide les informations utiles pour proposer des actions de protection à destination des collègues de travail du suicidé mais également d'élaborer des stratégies de prévention secondaire du risque suicidaire dans tous les services concernés en améliorant le repérage de situations de crise qui représenteraient des facteurs déclenchant, précipitant ou plus largement favorisant le passage à l'acte suicidaire.
Le comité scientifique est constitué d'experts indépendants et de professionnels de santé des services de médecine de prévention. L'expertise du Pr M. Seguin (Québec) a été sollicitée en raison de ses travaux sur les autopsies psychologiques. La rigueur de l'évaluation et l'éthique des procédures d'évaluation sont des priorités du comité scientifique sur un sujet qui le nécessite absolument.. Enfin, le Pr Christophe Dejours, enseignant au Conservatoire National des Arts et Métiers amène son expertise dans champ de la psychologie au travail.
Dans l'objectif de ne pas perturber les familles endeuillés par un suicide ni de perturber les processus medico-légaux, l'enquête de contexte ne pourra être réalisé que 3 à 4 mois après l'événement.

21. NUMÉRO VERT

21.1 POURQUOI NUMÉRO VERT ?

La prise en charge des collègues de la victime à la suite d'un suicide ne peut se résumer à la mise à disposition d'un soutien par l'intermédiaire d'un numéro vert anonyme et gratuit. Cependant cette forme d'aide à distance permet éventuellement d'identifier des personnes en souffrance, si elles se manifestent, mais ne constitue pas une réelle prise en charge psychologique. Hors situation de crise, ce dispositif relève de la seule prise en charge individuelle et palliative. Ce type de mesures ne s'attaque pas aux sources de stress.

Ce dispositif vient donc en complément de la prise en charge psychologique post événement.

On trouvera ci-après les numéros verts que l'on peut mettre à la disposition des agents et qui seront utilement intégrés au plan de secours d'urgence du service.

22. RETOUR APRÈS UNE TS ET SUIVI AU TRAVAIL

22.1 L'ACCUEIL APRÈS UN ARRÊT PROLONGÉ

A la suite d'un arrêt prolongé il est indispensable de préparer la reprise avant le jour de la reprise effective.

Pendant l'arrêt, il est souhaitable qu'un lien soit maintenu avec l'agent par le service, par l'assistant de service social et le médecin de prévention.

Bien qu'aucun cadre réglementaire n'en sous-tende l'existence dans la fonction publique de l'Etat, une visite de pré-reprise sera systématiquement proposée à l'agent.
Pour se rendre auprès du médecin de prévention l'agent devra disposer d'un ordre de mission spécifique pour couvrir les éventuels accidents de trajet. Cette visite faisant suite à un arrêt de travail sera formellement distinguée de l'éventuelle intervention du médecin agréé. La visite de pré-reprise est justifiée par la nécessité d'expertise en médecine de prévention notamment en matière d'adaptations ergonomiques du poste de travail de l'agent.
Une telle visite s'inscrit dans la logique réglementaire des surveillances médicales particulières, prévues à l'article 24 du décret du 28 mai 1982 modifié, au bénéfice des agents après un congé de longue maladie ou de longue durée et aux agents présentant des pathologies particulières. Les congés ordinaires de maladie sont donc aussi concerné particulièrement dans le contexte de l'évolution du mi-temps thérapeutique vers le temps partiel thérapeutique (loi du 2 février 2007).
Le secrétaire général organise ensuite les modalités concrètes de la reprise effective du travail avec les membres du groupe GRH et convoque l'agent pour définir les conditions de sa reprise. Un suivi médical renforcé peut être proposé à l'agent en amont de la reprise du travail.

Plusieurs personnes ressources se mobilisent donc avec l'agent :

- le secrétaire général, en lien, si nécessaire avec l'encadrant de proximité du dernier poste tenu par l'agent
- le médecin de prévention
- l'ASS
- d'autres partenaires internes si nécessaire : responsables formation, moyens généraux, animateurs de prévention, correspondants handicap…
- et externes à l'administration : médecins de soins, spécialistes consultants médecins et paramédicaux, médecins agréés…

Toutes ces personnes disposeront d'une connaissance de l'environnement du travail

- soit directe, tiers temps du médecin de prévention, présence effective et permanente sur le terrain de par la fonction exercée au ministère …
- soit indirecte : les informations relatives à l'interface santé/maladie/travail figurent par exemple dans le rapport écrit du médecin de prévention (rédigé consécutivement à la visite de « pré reprise »). Rappelons que ce rapport est défini par les réglementations organisant les relations médecine de prévention/médecine agréée et qu'il est destiné aux médecins siégeant en comité médical et en commission de réforme, structures en charge des avis médico-administratif en amont de la décision administrative de reprise du travail consécutivement à un arrêt maladie.

Il importe en effet que chaque agent soit traité dans le respect des cadres réglementaires définissant pour ceux-ci comme pour l'administration les règles applicables en matière d'hygiène et de sécurité (Art. L 4121- 1 à 5, L 4122-1, L 4522-1 et L 4612-9 du nouveau code du travail ex Art L 230-1à 3 de l'ancien code du travail), de contrôle des droits médico-sociaux des agents (gestion équitable de leurs droits maladies) et de promotion de la santé au travail.

On soulignera le rôle particulier de l'assistant de service social. Celui-ci reste l'interlocuteur privilégié de l'agent. Il explicite et prépare avec lui les diverses démarches proposées.
A l'interface de la sphère privée et professionnelle, il pourra favoriser les liens et doit rester à l'écoute de l'agent et des différents acteurs mobilisés.

22.2 LE SUIVI DE LA PERSONNE

Le souci en la matière est de savoir rester vigilant dans la durée, pour pouvoir anticiper une éventuelle déstabilisation, sans pour autant stigmatiser l'agent.
Les personnes qui se sont déjà mobilisées lors de la réinsertion, restent les personnes ressources pour l'agent, ses collègues de travail, son encadrant: il s'agit avec le secrétaire général, de l'assistant de service social et du médecin de prévention, mais aussi, selon les besoins et les situations, des responsables ressources humaines, formation, moyens généraux, animateur sécurité prévention, correspondant handicap...
Le fonctionnement et la constitution de cette équipe peuvent varier selon les cas :
- Le secrétaire général doit inciter et veiller à la coopération complémentaire des intervenants.
- L'encadrant est en premier lieu responsable de l'accompagnement professionnel. Il est celui qui va apprécier le travail effectué et le comportement de l'agent. Il sera le premier à constater et à factualiser d'éventuelles difficultés.
- Le médecin de prévention suit régulièrement et à une fréquence qu'il fixe et propose à l'Administration et à l'agent une surveillance médicale particulière. Le médecin de prévention reste en lien, comme précédemment, avec l'équipe de soins qui suit l'agent (avec l'accord de celui-ci), le milieu de travail, l'assistant de service social et les autres membres du réseau.
- L'assistant de service social accompagne sur le plan social, régulièrement et dans la durée, l'agent qui le souhaite et recherche des réponses en partenariat avec les acteurs concernés (encadrement, médecin, Secrétaire général…) toujours dans le double souci de prendre en compte les impératifs du monde du travail et l'intérêt de la personne.

Si les compétences internes sont dépassées, un recours à une aide extérieure, intervention d'un tiers ou tuteur, peut alors être envisagé tel que le prévoit l'agence de formation et d'insertion des personnes handicapées qui souligne l'intérêt d'un regard extérieur dans l'accompagnement de l'insertion.

Dans ces démarches, deux écueils sont à éviter :
- une stigmatisation de la personne,
- un manque de cadrage d'autant plus qu'une personne en souffrance a besoin de repères. Cela l'aide et la sécurise.

23. CONCLUSION

En conclusion, la crise suicidaire est un trouble grave de la santé. Les premières manifestations de la crise suicidaire sont difficiles à cerner. Pourtant il est essentiel de les repérer car elles justifient une prise en charge rapide. L'approche de bienveillance, d'écoute, de dialogue et d'accompagnement de l'entourage peut permettre à une personne de sortir totalement de cette état de crise par l'orientation vers le soin. L'entourage personnel et professionnel est toujours un recours et un soutien.

Il ne faut pas attendre la crise pour agir, il est indispensable de veiller à la promotion du bien-être au travail.

ANNEXE 1 : RETOUR ENQUETE SERVICES

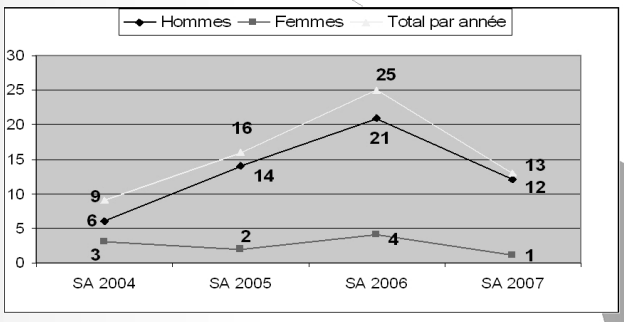
Etat des lieux partiel des suicides au MEEDDAT

Exploitation remontées recensement

Avertissement: compte tenu de la taille et des modalités de constitution de l'échantillon, les éléments qui vont suivre ne doivent être considérés que comme des indicateurs et non comme des résultats statistiquement représentatifs.

DRH/GREC4 1

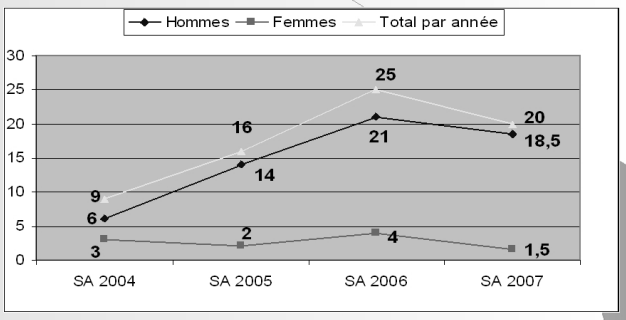
Répartition brute des suicides aboutis par sexe MEEDDAT (2004- déc2007)



Répartition nationale (source Inserm, CépiDc - 2002) :
Hommes : 80 %
Femmes: 20 %

Répartition MEEDDAT :
Hommes : 85 %
Femmes : 15 %

Taux de suicides aboutis MEEDDAT (pour 100 000 agents)

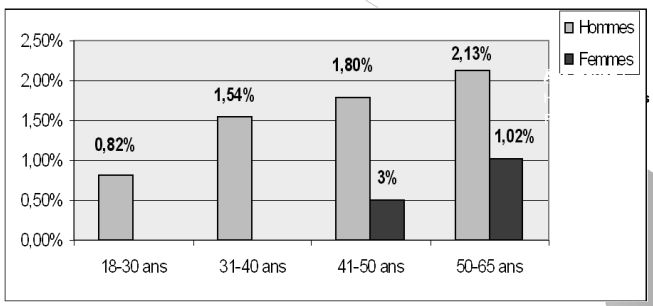


Taux national (source Inserm, CépiDc – 2001 - 2003) :

16,8 pour 100 000 habitants

Taux MEEDDAT :
Supérieur au taux national
malgré répartition population différente

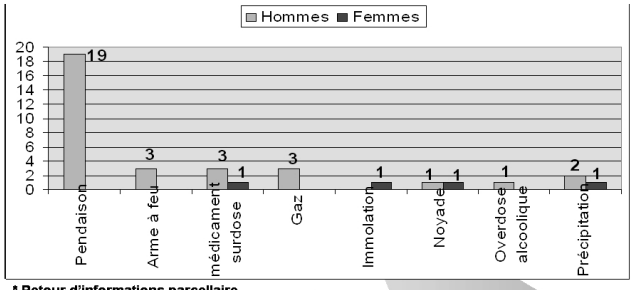
Répartition des actes suicidaires par âge au MEEDDAT (2004- sept2007) pour 100 agents du genre.



Population les plus touchées au niveau national (source Inserm SC8 - 1997) :
Hommes : 35 - 54 ans Femmes: 45-54 ans

DRH/GREC4 5

Modes* de réalisation des actes suicidaires (TS ou SA) MEEDDAT (2004- sept2007)

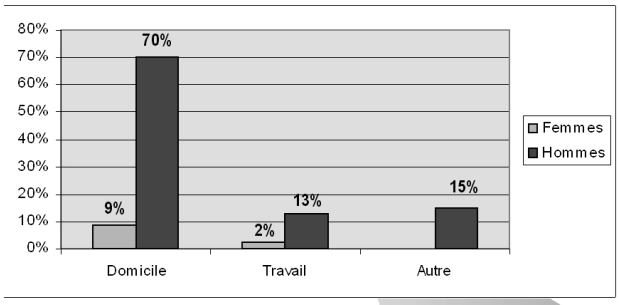


* Retour d'informations parcellaire

(source Inserm SC8 - 1997) :
- pendaison (38 %)
- arme à feu (24 %)
- ingestion de substances toxiques (14 %)

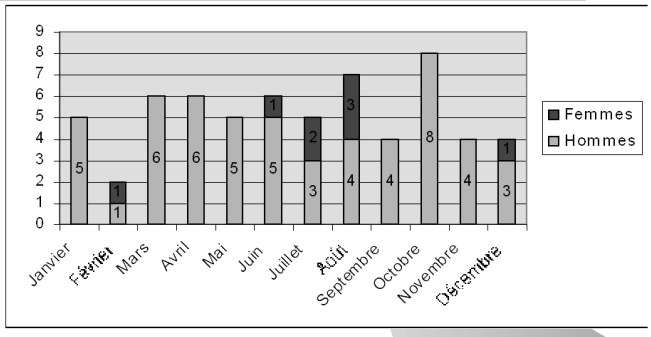
DRH/GREC4 6

Lieux de réalisation des actes suicidaires (TS ou SA) MEEDDAT (2004- sept2007)



DRH/GREC4 7

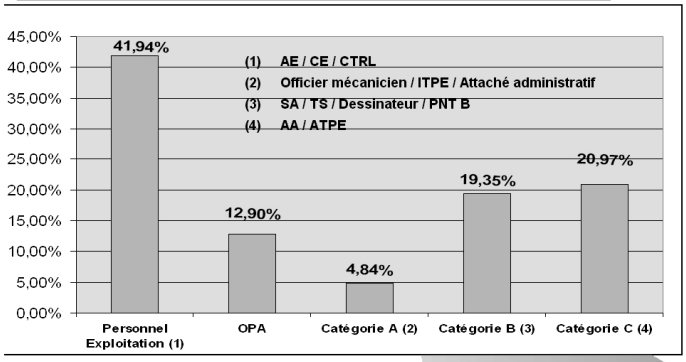
Mois de réalisation des actes suicidaires (TS ou SA) MEEDDAT (2004- sept2007)



DRH/GREC4 8

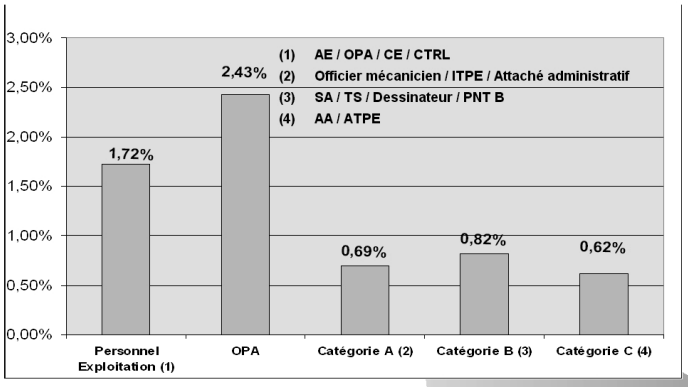
24.

Répartition brute des actes suicidaires (TS ou SA) par catégorie de grade MEEDDAT (2004- sept2007)



DRH/GREC4 9

Répartition des actes suicidaires (TS ou SA) rapporté aux effectifs au MEEDDAT (2004- sept2007)



DRH/GREC4 10

ANNEXE 2 : RETOUR ENQUETE SERVICE SOCIAL

	2006		2007	
Nombre de situations observées	46	100,00%	36	100,00%
Nombre de TS	21	45,65%	16	44,44%
Nombre de suicides aboutis	25	54,35%	20	55,56%
Répartition par famille de services				
Administration centrale	1	2,17%	0	0,00%
DRE/DDE (y compris DDEA)	34	73,91%	22	61,11%
Service maritime et navigation	3	6,52%	0	0,00%
DIR et CG (n'ayant pas valoir droit d'option)	5	10,87%	6	16,67%
Autres	3	6,52%	8	22,22%
Répartition par mois				
janvier / février / mars	8	17,39%	13	36,11%
avril / mai / juin	12	26,09%	10	27,78%
juillet / août / septembre	11	23,91%	7	19,44%
octobre / novembre / décembre	12	26,09%	6	16,67%
Non précisé	3	6,52%	0	0,00%
Répartition par tranche d'âge				
Moins de 30 ans	3	6,52%	2	5,56%
Entre 30 et 44 ans	10	21,74%	12	33,33%
Entre 45 et 54 ans	31	67,39%	17	47,22%
Au moins 55 ans	2	4,35%	5	13,89%
Répartition par sexe				
Masculin	36	78,26%	25	69,44%
Féminin	10	21,74%	11	30,56%
Répartition par macrograde				
A	1	2,17%	3	8,33%
B	7	15,22%	9	25,00%
C	38	82,61%	24	66,67%
Répartition par « environnement de l'activité de l'agent »				
Sédentaire	23	50,00%	20	55,56%
Terrain	22	47,83%	10	27,78%
Mixte	1	2,17%	6	16,67%
Répartition par localisation de l'acte				
Lieu de travail	3	6,52%	3	8,33%
Autre lieu	43	93,48%	33	91,67%

ANNEXE 3 : CAHIER DES CHARGES FORMATION GROUPE GRH

Repérage et intervention en situation de crise suicidaire

Coordonnateur :
Dr L Jehel

Comité pédagogique
Pr Jean Louis Terra, Dr Jean-Jacques Chavagnat, Pr Guillaume Vaiva, Dr Louis Jehel, Dr Francois Ducrocq,

Objectifs :
Permettre l'augmentation de connaissances et des compétences dans le repérage et l'intervention en situation de crise suicidaire

Public : membres du groupe GRH (Secrétaire général, chef du bureau des ressources humaines, médecin de prévention, animateur sécurité prévention, assistant de service social, …), membres du CLHS et IHS

Nombre de personnes par session : 20-25 identiques sur l'ensemble de la session

Temps de formation de chaque session : 3 journées,
2 premières regroupées et la 3e a 6 mois d'intervalle environ

Formateurs :
Binôme d'intervenants agrées par la DGS sur la formation à la prévention de la crise suicidaire

Ces formations seront réalisées sous l'égide des associations scientifiques et de formation, agrées :
Le GEPS (Groupement d'Etude et de Prévention du Suicide)

L'AFORCUMP-SFP (Association de Formation des Cellules d'Urgence Médico-Psychologique - Société Française de Psychotraumatologie)

Déroulement des Journées de Formation

1ère Journée

Matin

-Pré-test (connaissances initiales)
-Idées reçues sur le suicide
-Epidémiologie
-Principes de psychopathologie du travail
-

Après midi

-Triple Evaluation du Potentiel Suicidaire
-Mise en situation
-Analyse de la mise en situation

2ème Journée

Matin

-Troubles psychiatriques et conduites suicidaires (comorbidités)
-Mise en situation
-Analyse de la mise en situation

Après midi

-Les personnes ressources
-Mise en situation
-Analyse de la mise en situation
-Post-test, évaluation des connaissances acquises

3ème Journée (+ 6Mois)

Matin

-Confrontations des analyses de pratique
-Evaluation des actions faites

Après midi

-Renforcement des connaissances
-Mise en situation
-conclusions

ANNEXE 4 : CAHIER DES CHARGES SENSIBILISATION TOUT PUBLIC

Repérage et intervention en situation de crise suicidaire

Coordonnateur :
Dr L Jehel

Comité pédagogique
Pr Jean Louis Terra, Dr Jean-Jacques Chavagnat, Pr Guillaume Vaiva, Dr Louis Jehel, Dr Francois Ducrocq,

Objectifs :
Permettre l'augmentation de connaissances et des compétences dans le repérage et l'intervention en situation de crise suicidaire

Public : tout public

Nombre de personnes par session : 100 à 200

Temps de formation de chaque session : 1/2 journée,
2 sessions à organiser regroupées sur une journée

Formateurs :
intervenant agrées par la DGS fourni par le coordonnateur.

Déroulement des ½ Journées de Formation

-Idées reçues sur le suicide
-Epidémiologie
-Principes de psychopathologie du travail
-Triple Evaluation du Potentiel Suicidaire
-Conclusions

ANNEXE 5 : MODALITÉS DE RÉALISATION DES ENQUÊTES DE PRÉVENTION

Mise à jour du Guide méthodologique « Enquête Accident » du METLTM de mai 2003 pour la prise en compte de la spécificité de l'enquête de prévention à réaliser dans le cadre des gestes suicidaires.

L'OBLIGATION DE FAIRE UNE ENQUÊTE

Conformément à l'article 45 du décret n°82-453 du 28 mai 1982 modifié, « *tout événement grave portant atteinte à la santé et à la sécurité des agents dans le cadre de leur activité professionnelle doit appeler une analyse et des mesures conservatoires puis correctives* », au plan local dans le cadre de la responsabilité du chef de service, comme au plan national dans le cadre de la politique de prévention des risques professionnels.

Les gestes suicidaires sont des évènements graves pouvant porter atteinte à la santé et à la sécurité des agents. A ce titre, ils sont éligibles à la réalisation d'enquête de prévention à l'instar des enquêtes réalisées lors « *d'accidents de service grave ou de maladie professionnelle ou à caractère professionnel grave ayant entraîné mort d'homme ou paraissant devoir entraîner une incapacité permanente ou ayant révélé l'existence d'un danger grave* » (article 45 du décret n°82-453 du 28 mai 1982 modifié).

Pour autant, cette enquête de prévention à l'issue des gestes suicidaires ne peut adopter le formalisme des enquêtes de prévention accidents graves ou maladies professionnelles.

L'objectif de l'enquête de prévention « gestes suicidaires » doit distinguer la problématique individuelle de la problématique collective.

En particulier, s'agissant de problématique individuelle, l'enquête à réaliser n'a pas vocation à rechercher des responsabilités ce qui relève du domaine judiciaire. De plus, l'enquête de prévention ne saurait résoudre à elle seule toutes les questions relatives au caractère multifactoriel d'un tel acte compte tenu de l'intrication des sphères professionnelle et privée. C'est donc l'enquête de compréhension décrite au chapitre 20, menée au titre de l'étude épidémiologique et réalisée par un binôme indépendant de spécialistes de la prévention des suicides et des relations au travail qui livrera les clefs de compréhension de la problématique individuelle du geste.

Pour autant, le contexte professionnel peut et doit être questionné. La problématique collective doit permettre de dégager des éléments de compréhension et d'aider à la dynamique de réflexion destinée à identifier d'éventuels dysfonctionnements des conditions de travail, mais aussi et surtout, doit permettre d'améliorer les facteurs de protection collectifs. Un comportement suicidaire peut en effet en générer d'autres et provoquer des suicides en cascade. De même, tout geste suicidaire, qu'il ait lieu en dehors ou sur le lieu de travail, emporte des conséquences sur la personne, ses proches et son entourage, mais également sur le collectif de travail qui est généralement fragilisé voir traumatisé par cet événement qui génère nombre de sentiments - culpabilité, sentiment d'injustice, d'abandon, de colère ou de révolte – et qui renvoie chacun à ses propres fragilités ou peurs.

Après de tels gestes, des soutiens psychologiques sont donc nécessaires mais leur dynamique d'efficience est directement liée à la démarche de reconstruction engagée par le service après de tels gestes et on ne peut donc occulter la prise en compte des facteurs professionnels susceptibles d'être découverts par l'enquête de prévention.
Cependant, la mise en œuvre de l'action de soutien psychologique des collectifs de travail ne saurait être subordonnée aux résultats quelconques d'une enquête. Les modalités de prise en compte et d'organisation d'un tel soutien doivent par ailleurs être inscrits dans les plans de secours d'urgence.

Il est donc nécessaire d'engager dans les meilleurs délais une procédure d'enquête

LES OBJECTIFS DE L'ENQUÊTE

On notera plus particulièrement que l'enquête à réaliser n'a pas vocation à rechercher des responsabilités.. On ne cherchera donc pas à identifier les facteurs individuels et personnels du geste. A ce titre, l'utilisation de l'arbre des causes est à proscrire.
Pour autant, le contexte professionnel peut et doit être questionné. La problématique collective doit permettre de dégager des éléments de compréhension et d'aider à la dynamique de réflexion destinée à identifier d'éventuels dysfonctionnements des conditions de travail, mais aussi et surtout, doit permettre d'améliorer les facteurs de protection collectifs. Un comportement suicidaire peut en effet en générer d'autres et provoquer des suicides en cascade.

L'objectif de l'enquête est donc la recherche et l'identification des dysfonctionnements dans l'organisation du travail et la situation de vie au travail (relations inter-individuelles) et la proposition d'actions pour les corriger et pour développer les facteurs de protection dans cette organisation d'autant plus fragilisée par le geste suicidaire.

LA COMMISSION D'ENQUÊTE

mise en place de la commission d'enquête

La commission d'enquête relevant de la compétence du comité hygiène et sécurité, il appartient à son président de créer cette commission. Il convient pour cela d'officialiser cet acte par une décision écrite dont un modèle est proposé ci-après.

composition de la commission d'enquête

la réglementation

En application de l'article 45 du décret Hygiène et Sécurité *« chaque enquête est conduite par deux membres du comité, l'un représentant l'administration, l'autre représentant le personnel. Ils peuvent être assistés par d'autres membres du comité et notamment par un médecin de prévention ».*

la désignation des membres

A minima, la commission est composée de deux **membres du CHS, d'un représentant de la direction, d'un médecin de prévention et de l'assistant de service social**. Il est cependant important et nécessaire d'y adjoindre, pour ses compétences l'Animateur Sécurité Prévention et d'autres membres de l'administration ou représentants du personnel pouvant être choisis en fonction de leur compétence ou connaissance du fonctionnement des organisations de travail dans lequel le geste suicidaire s'est produit.
Il peut être fait appel à tout expert ou personne qualifiée et notamment à l'Inspecteur Hygiène et Sécurité (IHS).
Il est important de trouver un bon équilibre entre le rassemblement des compétences (et donc de personnes) et un dispositif opérationnel (nombre restreint de personnes).

Par analogie aux règles régissant les comités d'hygiène et sécurité, les représentants du personnel sont *« désignés librement par les organisations syndicales »* (article 40 du décret) parmi les membres du CHS. Si le respect des règles de représentativité du CHS n'est pas transposable au cas par cas aux commissions d'enquêtes (nombre plus restreint de membres), il convient de rechercher cette représentativité dans le fonctionnement global de ces commissions.

Le fonctionnement de la commission d'enquête

la collégialité

Le fonctionnement doit être collégial, ce qui doit se traduire par une participation effective de chacun des membres à la réflexion du groupe. La commission n'a pas pour fonction de valider le travail d'un ou partie de ses membres.
L'ensemble des membres de la commission ont un même objectif. Il n'y a pas de mise au vote, les conclusions et les propositions de la commission sont le résultat de la collégialité (constat partagé). Si des divergences persistent entre les membres, le rapport devra en faire état, et elles

feront l'objet d'un débat en CHS.

des connaissances communes

Si les membres apportent, chacun pour ce qui le concerne leurs compétences spécifiques, il est important qu'ils disposent de connaissances communes en matière d'une part, de méthodologie d'enquête de prévention, ***d'autre part en terme de connaissance du phénomène suicidaire***. Certaines de ces connaissances pourront être acquises dans le cadre de la formation des membres de CHS (article 8 du décret Hygiène et Sécurité) et d***es formations spécifiques sur la connaissance du phénomène suicidaire.*** Ce partage de connaissances contribue à la bonne collégialité de la commission.

le déroulement de l'enquête et sa durée

L'enquête accident se décompose en deux phases :

- **le recueil des informations**

En l'espèce, il s'agira de recueillir des éléments auprès des témoins éventuels mais également auprès des collègues de l'agent suicidant sous réserve de l'accord de ces derniers à participer à ces échanges.

- **l'analyse** :

Elle est menée par l'ensemble des membres à l'occasion de réunions (travail collégial). Pour ce faire, il est indispensable de réunir la commission autant de fois que nécessaire.

LES SUITES DE L'ENQUÊTE

la réglementation

En application de l'article 45 du décret Hygiène et Sécurité *« le comité (hygiène et sécurité) est informé des conclusions de chaque enquête et des suites qui leur sont données »*.
En application de l'article 47 *« Le comité est consulté sur la teneur de tous documents se rattachant à sa mission, et notamment des règlements et des consignes que l'administration envisage d'adopter en matière d'hygiène et de sécurité ».*
Il résulte des deux articles ci-dessus, qu'outre **l'obligation d'informer** systématiquement le comité, il convient également de **le consulter** sur les nouvelles consignes en matière d'hygiène et sécurité, qui pourraient être adoptées à la suite de l'enquête de prévention.

remise du rapport et communication

La commission d'enquête remet son rapport au président du C.H.S. Celui-ci le communique, sous timbre confidentiel, dans les meilleurs délais au chef de service et à tous les membres du C.H.S.

l'avis du CHS

Pour répondre pleinement à ses obligations le rapport de la commission d'enquête doit faire l'objet d'une présentation puis d'un débat en C.H.S., ponctué éventuellement par un vote sur les propositions formulées. Suite au débat, le président peut demander des compléments d'enquête.
En application du même article 47, l'Inspecteur Hygiène et Sécurité (IHS) est également consulté.
L'avis du CHS est communiqué au chef de service.

les suites données au rapport

Le chef de service de part ses attributions (article 2.1 du décret), est destinataire des résultats de l'enquête et des propositions qui l'accompagnent ainsi que des conclusions du débat qui a eu lieu au CHS. Il lui appartient de donner suite à tout ou partie de ces propositions. En retour il doit informer le CHS via son président des décisions qu'il a prises en la matière.
Il doit cependant **sans attendre les résultats de l'enquête** prendre les dispositions nécessaires pour **prévenir tout danger grave et imminent**, révélé par ***l'événement suicidaire***.
Il est enfin important de prévoir et d'assurer dans le temps, un suivi des dispositions qui auront été adoptées. En application de l'article 60 du décret Hygiène et Sécurité, le président du CHS doit, dans un

délai de deux mois, informer par communication écrite les membres du CHS des suites données aux propositions et avis de celui-ci.

LE CARACTÈRE CONFIDENTIEL DE L'ENQUÊTE

En application de l'article 56 du décret Hygiène et Sécurité *« Les membres du comité d'hygiène et de sécurité et les personnes qui participent à ses réunions à titre d'experts ou de consultants sont soumis à l'obligation de discrétion professionnelle ».*

Les membres de la commission d'enquête, en tant qu'émanation du comité hygiène et sécurité, sont tenus à l'obligation de discrétion, prévue à l'article 56.

Cette discrétion vise à ne pas divulguer aux personnes, autres que celles visées à l'article 56, des renseignements concernant des agents nommément désignés ou facilement identifiables.

Le rapport de la commission d'enquête (ou tout autre document s'y référant) peut en conséquence être nominatif, dans la mesure où sa diffusion se limite aux personnes visées à l'article 56.

MODÈLE DE DÉCISION

Référence
SERVICE

DECISION (n° Réf.)

Vu le décret n° 82-453 du 28 mai 1982 modifié par les décrets du 23 novembre 1984 et du 9 mai 1995, relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail, ainsi qu'à la prévention médicale dans la Fonction Publique, et notamment ses articles 6 et 45

Vu l'arrêté du *(date)* portant création du Comité Local *(ou spécial)* d'hygiène et sécurité,

Vu la circulaire du Ministre de l'Equipement, du Logement, des Transports et du Tourisme n° 96-25 du 19 avril 1996,

Considérant ***le geste suicidaire*** *de (nom prénom de la victime)* réalisé le *(date)* à *(service ; subdivision ou lieu).*

Le *président du CHS*

D E C I D E

Article 1 : La création d'une commission d'enquête, chargée de dégager des éléments de compréhension du ***geste suicidaire*** susvisé et d'aider à la dynamique de réflexion destinée à identifier d'éventuels dysfonctionnements des conditions de travail, et permettant d'améliorer les facteurs de protection collectifs de l'environnement professionnel ainsi que , de proposer toutes dispositions ou actions de prévention susceptibles de maîtriser ou de limiter ce risque.

Article 2 : Cette commission d'enquête est composée comme suit :
- *(nombre)* Représentant(s) de l'administration (membre du CHS)
Nom Prénom
Nom Prénom
…….
- *(nombre)* Représentant(s) du personnel (membre du CHS)
Nom Prénom
Nom Prénom
…….
- Représentant de la direction
Nom Prénom

- Médecin de prévention
Nom Prénom

- Assistant de service social
Nom Prénom

- *(nombres)* Autres membres associés du CHS
Nom Prénom
Nom Prénom
- Animateur Sécurité Prévention
Nom Prénom
- Inspecteur Hygiène et Sécurité
Nom Prénom

Article 3 : Les conclusions et les propositions de la Commission seront remises au Président du CHS dans un délai de ……. à compter de la date de la présente décision.

MODÈLE DE RAPPORT DE COMMISSION D'ENQUÊTE

RAPPORT COMMISSION ENQUETE

Références : Décision n° (référence) jointe en annexe.
Réunions de la commission : - le (date)
- le (date)
- .....

Déroulement de l'enquête
Principaux éléments relatifs au déroulement de l'enquête (nom, prénom et fonctions des personnes auditionnées, constatation sur place, informations recueillies à l'extérieur (gendarmerie.....).

Méthodologie utilisée.

Description de l'évènement

Description chronologique des faits.

Le suicidant

Nom :
Prénom :
Age :

Informations relatives à sa carrière (parcours professionnel).

Informations relatives à son suivi médical dans le cadre de la médecine de prévention.

Informations relatives à l'état de santé apparent de la victime et ayant pu jouer un rôle déterminant dans le déroulement de l'accident.(*)

Informations relatives à l'état de santé de la victime officiellement constaté avant et après ***le geste suicidaire*** .(*)

Informations relatives aux rythmes, charges de travail de l'agent et aux périodes de repos les jours précédant l'accident.

(*) : Le rapport ne peut en aucun cas violer le secret médical. Les informations relatives à la santé de l'agent, contenues dans le rapport, ne peuvent correspondre qu'à des constats effectués hors du cadre du secret médical.

Les autres agents de l'équipe

Il s'agit des agents avec lesquels le ***suicidant*** travaillait habituellement (collègues ou supérieurs hiérarchiques) ou qui ont été témoins de l'évènement et qui peuvent apporter des éléments lors de l'enquête.
Informations relatives à chaque agent : Nom, prénom, âge, ancienneté, formation…
Informations relatives aux tâches exercées au moment du geste suicidaire.

Identification des dysfponctionnement de l’organisation du travail et propositions d'actions

Le rapport doit faire apparaître les éléments de compréhension et identifier les éventuels dysfonctionnements des conditions de travail dans l’organisation du travail et la situation de vie au travail (relations inter-individuelles), mais aussi et surtout, doit faire apparaître proposition d’actions pour les corriger et pour développer les facteurs de protection collectifs dans cette organisation.
Il convient également de hiérarchiser ces actions (ordre de priorité) en fonction de l'importance des risques identifiés.

ANNEXE 6 : LISTE DES NUMÉROS VERTS

Avertissement : Attention, cette liste n'est pas exhaustive. La qualité des organismes d'écoute n'est pas sous la responsabilité du Ministère.

Croix Rouge Ecoute

FIL Santé Jeunes : " pouvoir en parler "

Fondation SOS Suicide Phenix France :

Phare Enfants-Parents

SOS Amitié

Suicide Ecoute

Croix Rouge Ecoute

Réception des appels du lundi au vendredi de 10 heures à 22 heures et le week-end de 12 heures à 18 heures.

Téléphone national (appel gratuit)

Numéro vert : 0 800 858 858

FIL Santé Jeunes : " pouvoir en parler "

Ouvert tous les jours de 8h à minuit. 31 écoutants : 10 médecins, 17 psychologues, 2 assistants sociaux, 1 conseillère scolaire, 1 juriste "volante". 3000 sollicitations par jour - 510 appels traités.

Téléphone national (appel gratuit)

Numéro vert : 0800 23 52 36

Fondation SOS Suicide Phenix France

La fédération SOS Suicide Phénix France, créée en 1978 par Eric Degrémont et présidée par Roger Farhi, accueille et organise la rencontre de ceux qui ont tenté de se suicider ou qui, un jour, y ont pensé.

Ses bénévoles, formés en continu, écoutent, entendent, sans juger, ni conseiller. Entretiens individuels et participation à la vie du groupe permettent de restaurer le lien social, de redonner du sens à la parole.

Des réunions sont réservées aux familles de suicidants et de suicidés, d'autres sont spécialement consacrées aux moins de 25 ans. SOS Suicide Phénix intervient également auprès des étudiants, des responsables de l'éducation et de la santé, dans un souci d'information et de prévention.

Elle dispose d'un numéro d'appel national et assure un accueil dans ses locaux, répartis dans sept grandes villes de France.

La Fédération SOS Suicide Phenix

Roger Farhi

36, rue de Gergovie - 75014 Paris

Ligne nationale : 01 40 44 46 45

Phare Enfants-Parents :

L'association Phare Enfants-Parents (" pour l'harmonie des relations enfants-parents "), créée en 1991, a pour objectif de combattre l'autodestruction des jeunes. Elle intervient en amont dans une démarche de prévention primaire. Son action est axée sur la prévention du mal-être des enfants et s'adresse plus spécialement aux parents. Dans cet l'esprit, elle a réalisé un guide à l'usage des parents "Repères pour une attitude éducative", qui propose des éléments de réflexion et suggère des attitudes à adopter afin d'éviter les erreurs qui sont souvent à l'origine des difficultés des enfants.

Elle organise des conférences publiques et intervient également dans les collèges et les lycées devant des enseignants, des lycéens ou des parents d'élèves. Pour les lycéens, elle a conçu un dépliant, "Envie de mourir ? Oser en parler..." diffusé par le Ministère de l'Education nationale, de l'Enseignement et de la Recherche. Son objectif : permettre aux jeunes qui souffrent d'identifier leur mal-être et déclencher en eux le désir de l'exprimer et d'être aidés. Depuis 1993, Phare Enfants-Parents propose, sous forme de groupes de parole, un soutien moral aux parents dont un enfant s'est suicidé. Elle répond à toute demande de parents ou d'enfants en difficulté en les orientant vers les professionnels ou les organismes susceptibles de les aider. Elle rassemble un millier de personnes de tous horizons, en particulier des parents d'enfant suicidé. Des Relais-Phares la représentent dans une dizaine de villes.

Phare Enfants-Parents

Thérèse Hannier

7 rue Perrot - 75012 Paris

Ligne nationale : 01 42 66 55 55

SOS Amitié

Association loi 1901 reconnue d'utilité publique par Décret du 15 février 1967.

SOS Amitié, créée en 1960, est présidé par Alain Brossier. Présente aujourd'hui dans 47 villes de France, cette association offre 24 heures sur 24 un service d'urgence dont l'objectif premier, mais non exclusif, est la prévention du suicide. 2 000 bénévoles, rigoureusement formés par des psychologues et soutenus continuellement, reçoivent 600 000 appels par an, dont 50 000 sont directement liés au suicide, soit un toutes les heures.

SOS AMITIE

Alain Brossier

11, rue des Immeubles-Industriels - 75012 Paris

Téléphones régionaux :

Agen : 05 53 66 47 47
Aix-en-Provence : 04 42 38 20 20

Albi : 05 63 54 20 20
Angers : 02 41 86 98 98
Annecy : 04 50 27 70 70
Arras : 03 21 71 01 71
Avignon : 04 90 89 18 18
Besançon : 03 81 88 12 12
Bordeaux : 05 56 44 22 22
Brest : 02 98 46 46 46
Caen : 02 31 44 89 89
Charleville-Mézières : 03 24 59 24 24
Clermont-Ferrand : 04 73 37 37 37
Dijon : 03 80 67 15 15
Grenoble : 04 76 87 22 22
Ile-de-France :Paris Boulogne : 01 46 21 31 31
Paris Concorde : 01 42 96 26 26
Paris Est : 01 43 60 31 31
Paris Evry : 01 60 78 16 16
La Rochelle : 05 46 45 23 23
Le Havre : 02 35 21 55 11
Le Mans : 02 43 84 84 84
Lille : 03 20 55 77 77
Limoges : 05 55 79 25 25
Lyon : 04 78 29 88 88 / 04 78 85 33 33
Marseille : 04 91 76 10 10
Metz : 03 87 63 63 63
Montbéliard : 03 81 98 35 35
Montpellier : 04 67 63 00 63
Mulhouse : 03 89 33 44 00
Nancy : 03 83 35 35 35
Nantes : 02 40 04 04 04
Nice : 04 93 26 26 26
Orléans : 02 38 62 22 22
Pau : 05 59 62 02 02
Poitiers : 05 49 45 71 71
Reims : 03 26 05 12 12
Rennes : 02 99 59 71 71
Roanne : 04 77 68 55 55
Rouen : 02 35 60 52 52
Saint-Etienne : 04 77 74 52 52
Strasbourg : 03 88 22 33 33
Toulon : 04 94 62 62 62
Toulouse : 05 61 80 80 80
Tours : 02 47 54 54 54
Troyes : 03 25 73 62 00

Suicide Ecoute

Suicide Ecoute, s'est donné pour mission d'être à l'écoute téléphonique des suicidaires et des suicidants. Cinquante bénévoles formés à cette écoute particulière se succèdent pour recevoir 24 heures sur 24 les appels des désespérés, dans l'anonymat et le respect des convictions de chacun. Son offre se veut humaine, solidaire, désintéressée et non directive. Suicide Ecoute ne porte pas de jugement moral sur le suicide. Son ambition est de faire en sorte que les personnes qui envisagent d'attenter à leurs jours ne restent pas seules face à une souffrance. Suicide Ecoute reçoit en moyenne 14 000 appels par an. L'association intervient également à la demande d'établissements scolaires et d'associations pour organiser des conférences et des débats de sensibilisation sur le problème du suicide. Suicide Ecoute est représentante pour la France de l'Association *Befrienders Internatio*nal et membre de L'IASP *(International Association for Suicide Prevention*).

Suicide Ecoute

Pierre Satet

16, rue du Moulin-Vert - 75014 Paris

Ligne nationale : 01 45 39 40 00

ANNEXE 7 : ÉLÉMENTS RELATIFS À LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES PSYCHIATRIQUES

CIRCULAIRE N°39/92 DH.PE/DGS.3C/ DU 30 JUILLET 1992
RELATIVE À LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES PSYCHIATRIQUES

Ministère de la Santé et de l'action humanitaire
Direction des hôpitaux
Direction générale de la santé

République Française
le Ministre de la Santé et de l'Action Humanitaire
à
Messieurs les Préfets de région
Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (pour exécution)

à
Madame et Messieurs les Préfets de département
Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (pour exécution)

***Date d'application** : immédiate*

Résumé : Amélioration du dispositif de prise en charge des urgences psychiatriques par :
- l'organisation du dispositif SAMU-centre 15 pour la réception, la régulation et l'orientation des appels psychiatriques ;
- la mise en œuvre d'une réponse psychiatrique efficace et permanente, articulée avec les secteurs psychiatriques, dans tous les pôles d'accueil des urgences retenus dans le schéma régional d'organisation sanitaire ;
- le développement des réponses dans le cadre extra hospitalier afin de favoriser les interventions de proximité.

Mots clés : Urgences en psychiatrie - Centres hospitaliers assurant des soins généraux y compris CHR-CHU-Centres hospitaliers assurant principalement des soins spécialisés en psychiatrie - Secteurs de psychiatrie - Centres médico-psychologiques - Volet "urgences" du schéma régional d'organisation sanitaire – SAMU centre 15 - SMUR.

Textes de référence :
- Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relatif aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.
- Loi n° 91.748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.
- Décret n° 86.602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique.
- Décret n° 91.1410 du 31 décembre 1991 relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaire.
- Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales comportant ou non des possibilités d'hébergement.
- Arrêté du 31 mars 1992 pris en application de l'article R712-10 du Code de la santé publique, portant définition du contenu obligatoire des schémas régionaux d'organisation sanitaire.
- Circulaire n° 90-326 du 15 février 1990 relative à l'amélioration de l'accueil des urgences.
- Circulaire n° 90.5 du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique en santé mentale.
- Circulaire n° 91/34 du 14 mai 1991 relative à l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale : guide d' organisation.
- Note n° 55/DGS d'information sur les problèmes de suicides et tentatives de suicide.

Textes modifiés : circulaire n° 896 A 92 du 15 juin 1979 relative à l'accueil et aux urgences en psychiatrie.

La priorité absolue qu'attachent les pouvoirs publics à la réorganisation générale des services d'accueil des urgences hospitalières a été récemment réaffirmée par deux textes visés en référence, l'un, définissant les principes généraux de l'amélioration des conditions d'accueil des urgences et attribuant des moyens de renforcement immédiats, l'autre reprenant et complétant la circulaire précédente et proposant un guide d'organisation de ces services.

Ces textes annonçaient déjà la nécessité d'une amélioration de la prise en charge des urgences psychiatriques en les intégrant dans les services d'accueil des urgences. Ces orientations s'inscrivent désormais dans le cadre de la loi du 31 juillet 1991, portant réforme hospitalière, prévoyant un schéma d'organisation sanitaire pour chaque région ; elles en précisent le volet urgences.

Le souci de réponse à l'urgence psychiatrique était une préoccupation de longue date de mes services, s'exprimant dans les textes spécifiques à cette discipline et plus récemment dans la circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale.

Le but de la présente circulaire est de préciser, compte tenu des particularités d'équipement de la psychiatrie, les différentes modalités d'organisation à mettre en œuvre pour répondre au mieux aux urgences psychiatriques en les intégrant dans le volet urgence des schémas régionaux d'organisation sanitaire.

L'analyse de la situation actuelle constate, d'après l'étude des schémas départementaux d'organisation achevés et des différentes publications disponibles (notamment le rapport au Conseil Économique et Social présenté par le Professeur STEG, et le rapport de la Commission des Maladies Mentales) :

–l'hétérogénéité de l'organisation de la réponse aux urgences psychiatriques,
–l'insuffisante articulation entre les circuits urgences générales et urgences spécifiques,
–l'inégalité dans la répartition des moyens,
–l'insuffisance, assez généralement repérée, de la réponse aux urgences psychiatriques dans les centres hospitaliers assurant des soins généraux y compris CHR et CHU.

En conséquence, les objectifs à atteindre, de façon à obtenir le professionnel compétent le plus rapidement possible et à organiser le parcours le plus bref possible jusqu'au lieu d'accueil sont les suivants :

-organiser ou améliorer la réception, la régulation et l'orientation des appels concernant l'urgence psychiatrique
-en l'insérant pleinement dans le dispositif du SAMU centre 15,
-en favorisant l'articulation du SAMU-centre 15 avec les secteurs psychiatriques et les autres réseaux existants,
-en développant les réponses à l'échelon du secteur psychiatrique et notamment des centres médico-psychologiques,
-mettre en œuvre une réponse psychiatrique efficace dans les pôles d'accueil des urgences retenus dans le cadre des schémas régionaux d'organisation sanitaire,
-accroître la réponse aux urgences psychiatriques dans le cadre extra-hospitalier pour favoriser les interventions de proximité,
-améliorer, s'il y a lieu, les procédures d'admission dans les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie.

Bien évidemment le principe fondamental du droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé, tel qu'il est affirmé aux articles L. 326-1 et L. 710-1 du code de la santé publique doit être respecté.

I - ANALYSE DE LA SITUATION

- Les situations d'urgence en psychiatrie : définition et fréquence

Plusieurs définitions de la notion d'urgence en psychiatrie sont nécessaires pour en cerner les différentes composantes :

a) Les professionnels de la psychiatrie en proposent la définition suivante :

"l'urgence en psychiatrie est une demande dont la réponse ne peut être différée : il y a urgence à partir du moment où quelqu'un se pose la question, qu'il s'agisse du patient, de l'entourage ou du médecin : elle nécessite une réponse rapide et adéquate de l'équipe soignante afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychique" (définition du groupe de travail de la commission des maladies mentales, 1991).

b) Les spécialistes de l'urgence y intègrent des états d'urgence autres que strictement psychiatriques :

"l'urgence psychiatrique recouvre en réalité trois grandes catégories d'états pathologiques :

-l'urgence psychiatrique pure par décompensation d'une affection psychiatrique lourde (mélancolie, grand état d'angoisse, agitation), qui à l'évidence nécessite une prise en charge en milieu psychiatrique après élimination par le diagnostic d'une affection organique ;

-les urgences psychiatriques mixtes groupent les malades qui présentent des manifestations organiques et psychiatriques simultanées : tentatives de suicide, délirium tremens, etc...

-les états aigus transitoires c'est-à-dire les réactions émotionnelles intenses survenant sur un terrain psychologique vulnérable à la suite d'évènements, conflits et détresse très souvent vécus dans la solitude (tentative de suicide, ivresse, etc ...)" (Définition adoptée par le rapport présenté au conseil économique et social par le professeur STEG en 1989).

Ainsi selon la définition prise en compte, la part des urgences psychiatriques dans la totalité des urgences se présentant dans un service d'accueil des urgences est estimée de 10 à 30 %.

Les urgences en psychiatrie sont très diverses et peuvent revêtir d'emblée un caractère bruyant et souvent grave (suicide ou hétéroagressivité) ou être la révélation d'un état pathologique qui pourra entraîner des manifestations différées dans le temps (décompensation, installation de maladies psychologiques ou somatiques).

c) Ces définitions doivent encore être complétées et éclairées par **la notion de crise** : selon les professionnels qui s'y sont intéressés, la crise se situe en amont de l'urgence, dont elle doit selon eux être distinguée ; il s'agit en général d'une situation interactive conflictuelle impliquant le malade et son environnement (famille, voisins, milieu professionnel, médecin traitant, services sociaux ou municipaux...) ; c'est un état instable qui, en l'absence d'intervention appropriée, se résout exceptionnellement de manière positive et évolue au contraire vers l'urgence, médicale, psychiatrique ou mixte.

Dans la pratique, on constate que les notions d'urgence et de crise sont souvent amenées à se recouper. Cependant, dans tous les cas une prise en charge rapide et appropriée de cette manifestation urgente est donc primordiale, car de la qualité de la réponse peut dépendre, en partie, l'évolution de la situation et ses répercussions sur l'environnement familial, professionnel et social.

1.2- Description des modalités actuelles de réponses aux urgences psychiatriques

1.2-1 - Les centres de réception, de régulation des appels (SAMU-centres 15)

Les SAMU-centres 15, en amont des services d'accueil des urgences, du fait de leur fonctionnement permanent, de la gratuité de l'appel et de la facilité d'accès du numéro 15 sont un moyen de réguler les appels et de proposer une réponse adaptée ; en matière d'urgence psychiatrique, ils sont sollicités de façon diverse, et leur articulation avec l'ensemble des structures psychiatriques et des médecins libéraux pourrait être améliorée.

1.2-2 - La réponse dans le circuit des urgences générales

La grande majorité des urgences psychiatriques arrive dans les services d'urgences générales des centres hospitaliers. Le plus souvent, le patient se présente seul, ou accompagné par sa famille, ou adressé par un médecin. Par ordre de fréquence décroissante, les troubles rencontrés sont : les tentatives de suicide, les états dépressifs et anxieux, l'alcoolisme et les toxicomanies, les états d'agitation ; psychoses et états démentiels ne représentant qu'un faible pourcentage.

Les possibilités de réponse dans les unités d'accueil aux urgences générales sont extrêmement variables ; de nombreux centres hospitaliers ne disposent d'aucune présence psychiatrique aux urgences et pour les autres, elle varie du simple passage d'un vacataire le matin, à la présence permanente avec garde (source : enquête de la commission des maladies mentales). La diversité de ces réponses correspond plus à l'histoire et aux opportunités locales qu'à une véritable organisation de la réponse à l'urgence psychiatrique étayée sur une étude des besoins.

1.2-3 - La réponse dans les structures spécialisées en psychiatrie publique

Elles se sont mises en place parallèlement au circuit des urgences générales ; il s'agit des équipements habituels des secteurs de psychiatrie, parfois renforcés de moyens complémentaires réservés à l'accueil d'urgence :centre médico-psychologique, centre d'accueil permanent beaucoup plus rarement centre de crise, services d'hospitalisation complète des centres hospitaliers assurant principalement des soins spécialisés en psychiatrie, avec ou sans unité d'accueil d'urgence.

Selon leur implantation, leur notoriété et leurs modalités de fonctionnement, les centres médico-psychologiques reçoivent plus ou moins d'appels et de consultations en urgence ; comme les centres de crise lorsqu'ils existent, ils sont souvent sollicités les premiers pour les situations de crise impliquant plusieurs partenaires (famille, entourage, services sociaux). Ils sont à même d'assurer une irremplaçable fonction d'intervention à domicile. Cependant, ils restent pour un grand nombre d'entre eux encore mal connus des professionnels comme de la population, et leurs plages d'ouverture, variables, sont parfois insuffisantes.

Le centre hospitalier assurant principalement des soins spécialisés en psychiatrie, quant à lui se situe dans plus de la moitié des cas au deuxième niveau de l'urgence, celle-ci lui étant adressée soit par les centres hospitaliers assurant des soins généraux soit par les centres médico-psychologiques. Par ordre de fréquence décroissante, les pathologies rencontrées sont : les psychoses, l'alcoolisme et la toxicomanie, les états d'agitation, les états démentiels. Les états dépressifs, anxieux et plus encore les tentatives de suicide ne représentent qu'une faible proportion des patients. S'il existe des réalisations de grande qualité dans certains de ces centres hospitaliers, il arrive aussi que l'accueil ne soit pas organisé de façon satisfaisante et que l'admission, temps fort d'une hospitalisation, s'effectue dans des conditions préjudiciables à la poursuite de soins adaptés.

1.2-4 - Les autres modalités de réponses à l'urgence

* il convient également de prendre en compte : les consultations en urgence des généralistes, des psychiatres libéraux, celles des regroupements de professionnels spécialisés dans la réponse à l'urgence psychiatrique ainsi que l'hospitalisation en urgence dans les cliniques privées.

* les réseaux d'écoute téléphonique animés par des bénévoles remplissent une fonction spécifique et importante ;toutefois leurs échanges avec les services médicaux sont encore insuffisamment organisés.

Il ressort, de ce constat de l'existant qu'un effort pour réduire les inégalités dans l'accueil aux urgences psychiatriques est indispensable, en améliorant et en coordonnant les différents réseaux et structures.

II – MESURES A METTRE EN ŒUVRE

II.1 - Réception, régulation et orientation des appels concernant l'urgence psychiatrique

Afin que les usagers et les professionnels puissent obtenir une réponse permanente adaptée au plus près possible de la demande, il convient de développer deux pôles complémentaires qui doivent parfaitement communiquer entre eux :les SAMU-centres 15 et les centres médico psychologiques.

ll.1.1 - Le SAMU-centre l5

Assurant une écoute médicale permanente et maintenant mieux connue de la population, le SAMU-centre 15, dans le cadre de ses missions, régule la prise en charge des urgences psychiatriques. Pour remplir cette mission, il doit disposer du répertoire à jour du dispositif opérationnel des différentes structures infra et extra hospitalières psychiatriques ainsi que de leurs possibilités de réponse clairement définies (horaires, modalités d'intervention...) et, le cas échéant, des coordonnées des psychiatres libéraux et associations d'urgentistes spécialisés.

Le médecin régulateur pourra faire appel s'il le juge nécessaire, pour affiner le diagnostic et la réponse à un psychiatre soit au centre médico-psychologique, soit à l'unité d'accueil des urgences. S'il y a lieu d'intervenir, il pourra alors :

- soit déclencher les moyens d'interventions habituels (SMUR, médecins généralistes ou spécialistes, associations urgentistes)
- soit, compte tenu du dispositif de soins extra-hospitaliers en psychiatrie, faire appel aux centres médico-psychologiques, aux centres de crise,
- soit, organiser des réponses conjointes avec le SMUR, l'équipe psychiatrique, la police ou les pompiers.

Afin d'optimiser les orientations vers ces différentes structures, le Préfet du département devra mettre en place, dans les six mois suivant la publication de la présente circulaire, dans le cadre du conseil départemental de santé mentale, un sous groupe "urgences psychiatriques" chargé de faciliter la concertation entre les différents professionnels concernés, (équipes psychiatriques mais aussi personnel des services d'urgence, et des SAMU-centre 15 médecins libéraux) de faire des propositions d'organisation du système d' urgences et la mise au point du répertoire.

Ce sous-groupe sera également chargé de concevoir l'organisation de l'information locale des élus, des professionnels et du public, en complément des informations générales sur la bonne utilisation du centre 15.

Pour permettre le bon fonctionnement du système, la formation des personnels à la régulation des urgences psychiatriques doit être une priorité. En outre, la collaboration des médecins régulateurs et des équipes psychiatriques mènera à une meilleure formation réciproque.

ll.l-2 - Réception des appels à l'échelon du secteur psychiatrique

Dans le cadre des missions du secteur, telles que définies par la circulaire du 14 mars 1990 du fait de sa proximité et des possibilités d'écoute spécialisée, le contact direct avec le centre médico-psychologique doit être développé pendant les heures d'ouverture. Pour cela, il lui appartient de poursuivre l'information notamment auprès de ses partenaires. L'appel téléphonique au centre médico-psychologique, fréquent pour les malades déjà suivis et pour les correspondants sociaux, doit trouver une réponse.

De plus, le centre médico-psychologique doit impérativement se doter d'un répondeur indiquant, en dehors de ses heures d'ouverture, les coordonnées du SAMU centre 15 et celles du lieu d'accueil permanent des urgences psychiatriques. II s'agira le plus souvent du service d'urgence des centres hospitaliers retenus dans le schéma régional mais aussi, lorsqu'ils existent, des centres d'accueil permanent ou des centres de crise.

II.1-3 - Articulation avec d'autres réseaux d'écoute téléphonique et de prise des charges

L'appel arrivant au SAMU-centre 15 ou au centre médico-psychologique pourra, après une analyse attentive de celui-ci, dans certains cas, être dirigé :

- vers des réseaux d'écoute spécialisée ;
- vers des structures ou des associations spécialisées dans la prise en charge des personnes âgées, des alcooliques, des toxicomanes ou des personnes en difficulté sociale.

Pour que ces articulations soient effectives, il serait souhaitable que des contacts soient établis avec ces différents partenaires en concertation avec les organismes publics du département.

II.2 - L'organisation de l'urgence psychiatrique dans les centres hospitaliers assurant les soins généraux y compris CHR et CHU

II.2-1 - Place de la psychiatrie aux urgences générales

Il est nécessaire de développer la présence des équipes psychiatriques aux urgences car ces centres hospitaliers représentent le lieu d'accueil naturel de toutes les urgences. II est ainsi, souvent possible, dans cet espace banalisé de dédramatiser des situations à composantes psychiatriques.

La circulaire du 14 mars 1990, en continuité avec les objectifs de la sectorisation psychiatrique et celle du 14 mai 1991 prévoient l'accueil des urgences psychiatriques dans les centres hospitaliers. Un schéma régional d'organisation des urgences, composant du SROS fixe les pôles d'accueil des urgences et vous devrez veiller à ce qu'ils comportent une réponse appropriée à la fréquence déjà évoquée des urgences psychiatriques.

L'organisation de ces pôles d'accueil doit permettre une réponse spécialisée permanente et une possibilité d'hospitalisation de très courte durée : s'il s'avère nécessaire de parfaire l'observation et d'engager le traitement ou de permettre une meilleure gestion de la crise en collaboration avec l'entourage du malade, celui-ci doit trouver un lit dans l'unité d'hospitalisation de très courte durée.

Vous devrez prendre en compte le flux des urgences psychiatriques dans la détermination de la capacité en lits de ladite unité.

** Le rôle de l'équipe psychiatrique est multiple :*

- auprès des patients et de leur famille, pour évaluer, s'il y a lieu, traiter immédiatement, orienter et informer, - auprès des autres personnels des urgences par un travail de formation en fonction des problèmes rencontrés,
- et enfin pour faciliter l'articulation très étroite entre cette prise en charge organisée au niveau des services des urgences et le dispositif habituel (secteur psychiatrique, psychiatres libéraux, médecins généralistes, services hospitaliers...) afin d'organiser la continuité des soins ou de s'y inscrire.

Selon la charge de soins de cette équipe, son activité pourrait être partagée, le cas échéant avec d'autres activités relevant de sa compétence sur le site ou à proximité immédiate (psychiatrie de liaison, centre médico-psychologique...).

Afin de poursuivre la participation aux urgences générales des personnels des secteurs actuellement rattachés aux centres hospitaliers assurant principalement des soins spécialisés en psychiatrie, il convient :

- d'impliquer ces secteurs dans la gestion courante des urgences mixtes psychologiques et somatiques,
- de dégager les moyens en personnel nécessaires, en fonction des possibilités et dans le cadre du schéma départemental d'organisation, afin d'assurer la réelle permanence des soins qui dans bien des cas ne saurait reposer exclusivement sur les seuls personnels psychiatriques des centres hospitaliers assurant les soins généraux.

** Les locaux de soins :*

Sur la base du dispositif prévu dans la circulaire du 14 mai 1991, il conviendra de veiller à ce que ces locaux permettent de réaliser les entretiens dans de bonnes conditions de calme et de confidentialité. Ils devront être équipés d'un bureau, de lignes téléphoniques et de sièges en nombre suffisant pour accueillir les familles. Si nécessaire, en fonction des besoins, une ou plusieurs pièces seront aménagées pour les consultations psychiatriques. Dans certains cas particuliers, les patients et/ou leurs familles pourront être accueillis dans ces pièces.

** Les locaux d'hospitalisation de très courte durée*

La majorité des chambres destinées à la psychiatrie sont celles habituellement utilisées dans l'unité d'hospitalisation de très courte durée. De plus, il est utile de prévoir une zone spécifique permettant l'isolement en cas de besoin.

II.2-2 - La prise en charge des suicides et tentatives de suicide au niveau du service des urgences

Compte tenu de l'importance du problème de santé publique posé par les suicides et les tentatives de suicide, un des rôles du service public hospitalier est de mettre en œuvre des moyens de prévention des récidives.

Par note d'information en date du 31 juillet 1991, votre attention a été appelée sur ces problèmes.

Des actions déjà menées pour améliorer l'accueil des suicidants, il ressort que les modalités suivantes sont à privilégier :

- développement de l'accueil initial : avec une participation active d'infirmiers de secteur psychiatrique
- systématisation d'une consultation psychiatrique sur place même s'il n'y a pas hospitalisation. Cette consultation n'est actuellement pas toujours proposée ni même sollicitée tant en raison des difficultés à l'organiser que de la réticence du patient ou de son entourage à parler de l'acte suicidaire dès lors que le danger immédiat est passé. Elle est néanmoins essentielle pour évaluer l'ensemble de la situation et des dangers qu'elle représente. Le médecin traitant est un partenaire privilégié un compte-rendu de cette consultation lui sera adressé, en accord avec le patient.

Dans tous les cas, il importe que les patients et leur entourage puissent disposer aisément de coordonnées téléphoniques de consultations spécialisées en psychiatrie, mais aussi de celles des services d'écoute téléphonique des appels de détresse. Ces informations doivent au minimum être affichées dans les locaux.

Le problème des adolescents et jeunes adultes mérite d'être traité spécifiquement. Des actions pilotes sont actuellement réalisées avec le concours de la Direction générale de la santé : elles ont pour but de dégager les modalités d'une prise en charge cohérente, s'articulant à l'intérieur comme à l'extérieur de l'hôpital. Elles consistent en projets de "recherche-action" menés depuis le début de l'année 1991 sur sept

sites hospitaliers. En 1992, ces projets, menés sous l'égide d'un comité de pilotage composé d'experts avec la participation de l'INSERM, feront l'objet d'une évaluation fondée sur une comparaison entre les sites pilotes et les sept hôpitaux choisis comme témoins.

D'ores et déjà il apparaît très souhaitable de proposer le plus souvent possible aux adolescents et jeunes adultes un temps d'hospitalisation afin de bâtir un projet thérapeutique, et, d'organiser la continuité des soins. Ce type d'hospitalisation requiert si possible un lieu adapté et une équipe motivée, disponible et compétente. Cette organisation se mettra en place avec l'appui de l'équipe de psychiatrie infanto-juvénile.

II.3 - La réponse aux urgences psychiatriques dans le cadre extra-hospitalier public

II.3-1 - Le centre médico-psychologique

Le Centre médico-psychologique est un des lieux d'accueil privilégié du secteur : l'équipe psychiatrique doit pouvoir recevoir en urgence les patients qui s'adressent à elle directement ou envoyés par les partenaires médico-sociaux. Ceci implique une organisation permettant une disponibilité réelle lorsque nécessaire. Il sera dans certains cas utile de revoir le fonctionnement du secteur, la répartition des personnels et l'organisation de locaux spécifiques, afin de favoriser cette disponibilité et une véritable attitude d'accueil. De même, il est très vivement souhaitable que les plages d'ouverture correspondent aux possibilités de consultation des patients avec, par exemple, des possibilités d'ouverture tardive. Certains secteurs se sont dotés de structures de réponse permanentes aux urgences : les centres de crise ou les centres d'accueil permanent.

Dans le même état d'esprit, les équipes psychiatriques doivent conseiller les personnes, familles ou intervenants sociaux qui les sollicitent lorsqu'ils sont confrontés à une pathologie ou à une situation de crise. II peut s'agir d'une aide à la prise en charge ou l'organisation d'une hospitalisation, y compris sans consentement.

II.3-2 - L'intervention à domicile

L'intervention à domicile est une modalité particulièrement intéressante et utile de la prise en charge de l'urgence et de la crise. La présence d'un spécialiste sur place permet de dédramatiser certaines situations de crise, d'évaluer et d'orienter au mieux, en évitant dans certains cas un recours inapproprié à l'hospitalisation.

Lorsque le patient est connu et déjà engagé dans le processus de soins, l'intervention à domicile peut être relativement aisée grâce à une négociation directe entre le patient et l'équipe soignante. Elle peut être de réalisation plus difficile, notamment s'il s'agit d'un nouveau patient : dans ce cas et après évaluation des informations données par l'entourage, il est souhaitable que l'équipe puisse être accompagnée d'un tiers (médecin généraliste, assistante sociale, pompiers, police, représentants de la mairie...). Dans d'autres situations, l'intervention du SMUR en première intention, seul ou accompagné d'un soignant psychiatrique permet l'acceptation plus facile de soins spécialisés.

II.4 - La réponse aux urgences dans le cadre des centres hospitaliers assurant principalement des soins spécialisés en psychiatrie

II.4-1 - Certains centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie ont constitué en leur sein des unités d'accueil des urgences. Ces unités déjà existantes seront retenues dans le volet psychiatrique des urgences du schéma régional d'organisation sanitaire si elles répondent impérativement à un certain nombre de critères :

* implantation dans ou à proximité immédiate d'une agglomération importante, situation proche de l'entrée de l'établissement, ou accès aisé, identification facile. "caractère intersectoriel afin d'atteindre une activité suffisante permettant la présence d'un personnel en nombre pour une ouverture permanente.

* convention avec le ou les centres hospitaliers de proximité assurant des soins généraux y compris le CHR ou le CHU afin d'harmoniser leur fonctionnement.

* analyse des flux d'urgences, mettant en évidence que ces unités reçoivent la majorité des urgences psychiatriques.

* des locaux suffisamment vastes pour permettre l'examen des patients et l'attente des familles ou des accompagnateurs dans des conditions confortables ; les formalités d'accueil devront pouvoir être effectuées sur place.

Ces unités comporteront quelques lits d'hospitalisation de très courte durée ; l'articulation avec le secteur pour le suivi ultérieur des patients devra être précisée.

II.4-2 - Dans les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie non retenus dans le cadre des schémas régionaux d'organisation des urgences, l'admission devra toutefois être organisée au mieux. Pour cela l'établissement doit installer un pôle unique permanent de réponse, d'où pourront être joints le médecin, l'administratif et/ou le surveillant de garde, pour préparer l'hospitalisation des malades.

Cette admission concerne l'hospitalisation de patients consécutive à un transfert secondaire ou à une hospitalisation sans consentement, qu'elle vienne des centres médico-psychologiques, des unités d'urgence des hôpitaux généraux ou exceptionnellement de patients venus directement.

II devra être possible, d'examiner le malade avant son admission dans une unité de soins, d'accueillir la famille et de remplir les formalités administratives.

III - UNE ACTION PROGRESSIVE POUR LA MISE EN PLACE DES MOYENS

II appartient aux préfets de région et de département d'engager les crédits, mis à leur disposition dans les enveloppes régionales et départementales, nécessaires au soutien des programmes de modernisation des urgences psychiatriques.

Les moyens nécessaires pour l'organisation de la prise en charge de la psychiatrie dans les systèmes d'urgence pourraient être, également, trouvés par redéploiement des moyens existants. Les moyens ainsi dégagés serviront en priorité, à augmenter les temps médicaux.

Des conventions pourront être conclues entre les établissements hospitaliers pour mettre à disposition du personnel infirmier et médical. La couverture des heures de jour, les astreintes et gardes de nuit, seront revues. Leurs modalités seront arrêtées en fonction des situations locales en ne perdant pas de vue la nécessité d'une permanence effective, sur chaque site d'urgence.

II est nécessaire de réserver une partie des crédits de formation des établissements hospitaliers aux actions de formation et de sensibilisation des personnels aux urgences psychiatriques.

Tous les projets de restructuration en cours et futurs devront s'intégrer dans le cadre des schémas départementaux d'organisation de psychiatrie, pris en considération dans le cadre des schémas régionaux d'organisation sanitaire.

L'organisation des locaux devra être mise à niveau en fonction des programmes de travaux prévus. Lorsque les contraintes financières l'exigent, le recours à la marge de manœuvre mise en place par les instructions budgétaires en vigueur pourra être effectué.

Un bilan régional des actions de modernisation engagées selon les dispositions de la présente circulaire, devra m'être adressé d'ici la fin de l'année 1993.

Pour le Ministre et par délégation
Le Directeur Général de la Santé,
Jean-François GIRARD

Pour le Ministre et par délégation
Le Directeur des hôpitaux.
G. VINCENT

ANNEXE 8 : LISTE DES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL ET DES CONTRIBUTEURS

Membres du groupe de travail	
Mme Michèle BALAGUER-MOTA	chef de bureau - DSCR
M. Eric BERNARD	CGT, membre CCHS
Mme le docteur Maryline BLAVETTE	médecin de prévention – DDE 76
Mme le docteur Laure CLAUDE	médecin de prévention – DDE 74
Mme Sophie DAHMANI	infirmière - DRH
M. Bertrand DETOURNAY	CGT, membre CCHS
M. le professeur Alain DÔMONT	Conseiller scientifique du MEEDDAT
M. Denis GANTES	FO, membre CCHS
M. Yves GAVALDA	secrétaire général puis directeur départemental adjoint – DDE 31
Mme Catherine GELY	assistante sociale – DDE 89
M. le docteur Alain GOBERT	médecin de prévention – DRH
M. Patrick GROSROYAT	CFDT, membre CCHS
M. Jacky HARVIER	FO, membre CCHS
M. le docteur Louis DR JEHEL	psychiatre – Hôpital TENON
Mme Christine JOLLY	assistante sociale – DDE 64
M. Joël LAINE	FO, membre CCHS
M. Jean-Yves le BARS	CGT, membre CCHS
Mme Andrée LEGOFF	Conseillère Sociale Territoriale – DRE Lorraine
M. le docteur Gérard LUCAS	médecin de prévention **–** DDE 44
M. Jean-Michel MEHEUT	CGT, membre CCHS
Mme Agnès MOUCHARD	sous-directrice de la Gestion des compétences et des effectifs, du Budget du personnel et du Fonctionnement des services DRH/SEC/GREC
Mme Magali MUNDLER	chef de bureau DRH/SGP/PSP1
M. Richard NIETO	FO, membre CCHS
M. Gérard NIQUET	CFDT
Mme le docteur Brigitte OVELACQ	médecin de prévention – DDE 59
M. Michel PERRET	médecin de prévention – DDE 66
M. Roland PERROUX	Animateur Sécurité Prévention DDE 27 – FO, membre CCHS
M. Jean-Marie RECH	CGT, membre CCHS
Mme Florence RUELLE	Conseillère Sociale Territoriale – DRE Languedoc-Roussillon
Mme Elisabeth SROUSSI	Conseillère Sociale Nationale
M. Arnault THERY	FO, membre CCHS
Mme Anne THEVENOT	assistante sociale – ex DGA
M. Jean-François VACHERIAS	Animateur Sécurité Prévention DDE 74 – CFDT, membre CCHS
M. Kaci VANDERRIELE	CGT, membre CCHS
Mme Dominique VARAGNE	sous-directrice des Politiques et des prestations Sociales et des Pensions DRH/SGP/PSP
Mme Sandrine BRON	Bureau de l'organisation du travail et de la prévention DRH
Mme Nathalie COMBES	Bureau de l'organisation du travail et de la prévention DRH
M. Pascal ZEMOUR	Bureau de l'organisation du travail et de la prévention DRH
Mme Brigitte THORIN	Bureau de l'organisation du travail et de la prévention DRH

Contributeurs	
M. Guy BARATHIEU	IPST /CNAM
Mme Sylviane COUINET	Bureau de l'organisation du travail et de la prévention DRH
M. Cédric DECULTOT	Bureau de l'organisation du travail et de la prévention DRH
Mme Véronique LANTOINE	Bureau de l'organisation du travail et de la prévention DRH
Mme Françoise PORTEJOIE	Bureau de l'organisation du travail et de la prévention DRH