Septembre 2016

Numéro 151

L'hospitalier du Cantal

Le journal trimestriel des travailleurs de la santé publique, privé et d'éducation spécialisée

Le Suicide en France

Phénomène plus meurtrier que les accidents de la route (10 000 Personnes/an). Un Observatoire National du Suicide (ONS) est créé en 2013 dont certains chiffres clés sont les suivants :

- 75 % d'hommes concernés et 25 % de femmes,
- les 45 - 54 ans et les + de 75 ans catégories les plus à risques,
- 53,5 % des décès par pendaison,
- 1 agriculteur se suicide tous les deux jours,
- 200 000 tentatives/an

La France enregistre le taux de suicide le plus élevé d'Europe. Il n'est pourtant pas une fatalité et a de multiples facteurs notamment :

- les conditions de travail : violences, pressions psychologiques, rythmes de travail, etc...
- la catégorie socio-professionnelle : la prévalence (mesure de l'état de santé d'une population) du risque suicidaire est peu élevée lorsque la personne est cadre d'une entreprise (3,2% pour les hommes à 6% pour les femmes).
  En revanche, ce taux grimpe autour de 12% hommes et femmes confondus pour des employés de la fonction publique ou des ouvriers non qualifiés. Les principaux touchés sont les salariés de la santé et de l'action sociale.

Après France Télécom, Renault, la Poste, EDF, la FNAC, l'ONF, La Police, les Banques, les entreprises Agricoles, vient le tour de la Fonction Publique Hospitalière fortement touchée par une vague de suicides institutionnalisés par un ministère de la Santé qui reste sourd aux différentes alertes.

Quelques explications avec **Christelle MAZZA**, avocat spécialisé dans la Fonction Publique et son article intitulé :

Suicide des professionnels de Santé : jusqu'où ira-t-on ?

EDITORIAL

Dans ce numéro :

Editorial : Le Suicide en France	1
Suicide des professionnels de Santé : jusqu'où ira-t-on ?	2
Suicide des professionnels de Santé : jusqu'où ira-t-on ?	3
Suicide des professionnels de Santé : jusqu'où ira-t-on ?	4
Suicide des professionnels de Santé : jusqu'où ira-t-on ?	5
Suicide des professionnels de Santé : jusqu'où ira-t-on ?	6

Siège social : Syndicat CGT
Centre Hospitalier BP229,
15002 AURILLAC Cedex
Ligne directe : 04 71 46 56 23

Directrice de la Publication :
Christelle PERNETTE
Rédacteur en chef :
Patricia ROUME
Membres du Bureau du Journal :
André BRALERET -
Christian NAVARRO -
Bernadette SALABERT -
Alain VELLE -

Mail :
cgtchaurillac@wanadoo.fr

Inscription à la Commission Paritaire des Publications et Agences de Presse n° 0208 S 07806
Imprimé par I2S imprimerie

LE SUICIDE DES PROFESSIONNELS DE SANTE :

Le suicide par défenestration du Professeur Megnien, brillant cardiologue de l'hôpital Pompidou à Paris en décembre 2015 a jeté sur la place publique avec violence et consternation les défaillances de plus en plus décriées de notre système public hospitalier.
Quand ceux qui constituent l'un des derniers liens sociaux collectifs et portent avec conviction et dévouement le système de santé d'une population entière se retrouvent profondément atteints dans leur éthique et leurs conditions de travail, c'est toute une démocratie qui souffre, au-delà de chaque drame personnel.
La France accuse un retard incontestable quant à l'étude de la souffrance au travail des professionnels de santé qu'il convient de combler de toute urgence.

Aux termes de nombreuses études internationales dont le dernier rapport de l'Organisation mondiale de la santé, le suicide serait évitable. Il toucherait majoritairement des populations fragilisées ou marginalisées. L'office national du suicide français dans son dernier rapport de février 2016 démontre le lien fort entre le suicide et le chômage. L'actualité sur le suicide des agriculteurs en France démontre encore si besoin était l'origine psychosociale du suicide et le lien entre la situation économique et le droit à l'existence que chaque individu s'octroie sous le poids du système. Quelle est la nature du choix face à la survie et en a-t-on vraiment un ?

Pour autant, les grands absents du débat public sont les agents publics, notamment ceux appartenant aux fonctions dites régaliennes de l'Etat (Police, Armée, Education nationale, Justice) et surtout à la fonction publique hospitalière dans sa globalité.

Nota : sur ce point, il convient de souligner que l'Observatoire National du Suicide n'a été créé qu'en 2013 en France : il n'a aucune indépendance juridique puisque la ministre de la Santé le préside, il est une émanation du ministère de la Santé. **Il n'existe en conséquence aucune enquête indépendante sur le suicide dans la fonction publique et établissements assimilés en France**. Ce constat juridique interroge fortement sur la volonté politique de taire le suicide en ses rangs, sous fond de déclin de service public.

Les professionnels de la santé publique et plus particulièrement les praticiens hospitaliers, par leur milieu social et leurs compétences, semblent bien loin des considérations qu'ont les agents fragilisés sur le plan économique ou social qui décident de mettre fin à leurs jours. Dans l'opinion publique, on comprend mal comment un brillant médecin a pu se suicider dans des conditions d'une violence extrême. Pour déculpabiliser collectivement l'institution, on va aller chercher dans sa vie personnelle ce qui a pu expliquer ce geste.

Et pourtant, le taux de suicide dans le milieu de la santé est particulièrement élevé.

Le suicide est ce que l'on peut qualifier une « catégorie frontière » qui recoupe à la fois la philosophie, le droit, la religion, la sociologie, la biologie, la génétique et les cliniciens qui ont été les premiers témoins du phénomène. Il faut en conséquence des études transversales afin de comprendre le suicide et distinguer les facteurs biologiques des facteurs psychosociaux notamment.

Il existe pourtant une souffrance au travail propre chez les professionnels de santé et le risque suicide devient majeur tant qu'aucune prise de conscience ne sera opérée. La mort, pour un médecin, est un élément quotidien, inévitable. Chez la plupart des personnels de soin interrogés, tous répondront que leur vocation c'est le soin, le don de soi. L'éthique est un élément majeur de leur existence : ils ont le souci de soi, d'autrui et au-delà, le souci de l'institution, en particulier dans l'hôpital public.

Mais l'hôpital a changé.

D'aucuns disent que conformément à certains modèles anglo-saxons, l'hôpital public à terme ne regroupera que la gérontologie et la maternité. Toute la médecine intermédiaire sera basculée dans le privé. Et c'est peu à peu ce à quoi nous assistons par la fermeture de services et le transfert de pans entiers de secteurs dans le libéral. Mais sur fond de crise budgétaire, dans un système hypocrite qui cache le déclin amorcé de l'hôpital public, se dessinent des comportements déviants caractéristiques de harcèlement moral et d'une violence telle que ceux qui n'adhèrent pas à ce système, meurtris dans leur éthique et leur souci de servir les usagers, prévenir les accidents et assurer une qualité de soin, choisissent de se donner la mort dans l'indifférence générale d'un ou plusieurs autres qui auront choisi le clan de la performance.

La recherche de rentabilité, de rationalisation et d'objectivation obligeant à bouleverser la gouvernance des hôpitaux a profondément dégradé l'ensemble des relations humaines au sein des établissements. Se sont alors retrouvés en balance l'éthique et le management par objectifs. Derrière la souffrance des médecins, il y a aussi la souffrance des équipes, ces autres personnels de santé dont on parle moins mais qui absorbent par ricochet la fragilité du chef de service, au-delà même du stress connu lié à leurs fonctions et à la confrontation quotidienne avec la souffrance des patients. Le médecin doit ainsi gérer la souffrance de ses équipes et l'incompréhension voire l'indifférence de sa hiérarchie ce qui rajoute encore à sa propre souffrance et conduit fréquemment à un épuisement psychologique très violent.

Car comme dans de nombreuses administrations, c'est le silence et l'indifférence de la hiérarchie qui aggravent la souffrance psychologique et peuvent générer une décompensation et un passage à l'acte. La prise en considération des souffrances et des alertes est indispensable pour empêcher le risque suicide à l'hôpital, risque très souvent précédé d'alertes comme dans le cas du Pf Megnien.

La Loi Hôpital Patients Santé Territoires de 2009 a considérablement renforcé le pouvoir des directeurs aux dépens de la communauté médicale, communauté au sein de laquelle se sont développées des luttes claniques à la faveur des pouvoirs excessifs dévolus à certains chefs de pôle ou de services. Les collusions ont alors donné libre cours à des abus de pouvoirs conduisant à des suspensions arbitraires, de soudains changements de poste voire des mises au placard ce qui est naturellement facilité par les restrictions budgétaires.

Des mécanismes insidieux, permis par l'organisation tentaculaire du secteur public, peuvent alors être mis en place. Le directeur pourra, sur instruction ou protection de l'ARS, par un système de délégation de pouvoirs légal ou fonctionnel, se protéger derrière les nombreuses commissions qui composent l'hôpital, créant des clans et bras armés pour conduire sa politique au détriment de ceux, isolés, dont le seul souci est la qualité des soins. Un directeur nommera celui qui le servira et peut ainsi devenir incontrôlable, sans aucune limite hiérarchique ou disciplinaire. Au vu du contexte, la gouvernance devient celle d'un cirque romain et on pousse vers la sortie, parfois non sans perversité, de façon totalement inacceptable.

Une situation qui pourrait encore s'aggraver avec la mise en place des groupements hospitaliers de territoires (GHT) prévus par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, augurant de réorganisations fortement déstabilisantes. Peu après le suicide du Professeur Megnien, la ministre de la Santé avait souhaité voir se mettre en place une « politique résolue » en réponse à la souffrance des médecins. Si les dispositifs structurés pour prévenir la souffrance psychique et la réaction à l'alerte suicidaire sont essentiels, la situation actuelle nous semble exiger avant tout le renforcement même de la protection des praticiens.

Des praticiens toujours plus gravement exposés

La rentabilité, avec des objectifs fixés en fonction des bassins de santé, se concilie mal avec les aléas de la vie des patients ; un management par la rentabilité ne peut fonctionner pour gérer l'humain, sauf à détériorer la qualité des conditions de travail des praticiens et bien au-delà la santé des patients. Des conditions dégradées aussi par le jeu des cooptations au sein de la communauté médicale qui les empêchent d'exercer leur métier selon leur éthique et les règles de l'art.

Le cumul des tensions et des frustrations à ne pas être respectés dans leurs décisions et leur serment d'Hippocrate les conduit à l'épuisement, au point de représenter, comme en attestent plusieurs études anglo-saxonnes, un des taux de suicide les plus importants.

Le secteur du soin représente 10% de la population active en Europe et l'hôpital est le premier employeur. Une étude européenne diligentée entre 1999 et 2007 a ainsi rapporté que 40,6% des travailleurs du secteur social et de santé ont été exposés à un risque récurrent de dépression ou syndrome dépressif réactionnel.

Par ailleurs, le secteur de la santé répertorie le plus fort taux d'exposition au risque de violence et harcèlement moral en Europe. 28% des hommes et 22% des femmes du secteur ont alerté avoir subi des comportements à risque du type harcèlement moral, sexuel, injures et insultes, menaces et comportements humiliants, intimidation, ce qui constitue les taux les plus importants par rapport à d'autres secteurs.

Ces études, essentiellement nordiques et anglaises, font d'ailleurs un lien essentiel entre la prise de drogues, somnifères ou anxiolytiques et ce type d'agression au travail. L'un des symptômes en effet de souffrance au travail est la prise de médicaments pour dormir et supporter une situation qui ne change pas, dégradant peu à peu l'estime de soi, le sentiment de compétence professionnelle et la santé mentale. Or un médecin en souffrance n'est plus en mesure de bien soigner. L'empêcher de soigner, c'est aussi le tuer.

Depuis la loi HSPT précitée, la crise sociale en France s'est considérablement aggravée avec l'émergence inquiétante d'un phénomène de suicides.

Il est malheureusement regrettable qu'il ait fallu un suicide très médiatique pour qu'une prise de conscience s'amorce alors que le problème est connu depuis plusieurs années et demeure mystérieusement occulté tant par les médias que par les communications institutionnelles.

Que cache le suicide dans la fonction publique et à l'hôpital en particulier ?

Afin de comprendre le suicide du Pf Megnien, un groupe de travail a été mis en place afin de déterminer l'existence d'éléments pouvant « avoir contribué à la situation de détresse ou des faiblesses dans la protection que doit pouvoir offrir le milieu professionnel ». Des difficultés statutaires et organisationnelles ont été aussitôt détectées.

Mais l'institution sera-t-elle prête à reconnaître sa vraie responsabilité ? Et si oui, quelles seront les sanctions, les changements ?

Des moyens de limiter efficacement l'exposition des professionnels de santé

Défini dans le Code de santé publique, le statut d'agent public non titulaire des praticiens ne leur permettait pas de se prévaloir du statut général des fonctionnaires. D'où une insécurité juridique, perçue avec acuité en 2011 lorsqu'un arrêt du Conseil d'Etat avait semblé remettre en cause le bénéfice de la protection fonctionnelle. Pourtant acquise à titre de principe général de droit par analogie sur le statut de la fonction publique hospitalière, certaines directions semblaient ignorer leur devoir à l'octroyer. En pratique, elle l'est d'ailleurs au profit du directeur du fait de sa fonction mais très rarement des praticiens hospitaliers.

Signe fort d'une prise de conscience de l'urgence à protéger davantage les praticiens, le gouvernement a proposé de clarifier et de renforcer cette protection à leur attention dans le projet de loi relatif à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires. Le texte, passé devant députés et sénateurs, étend aussi de manière générale la protection fonctionnelle aux agents victimes d'atteintes volontaires à l'intégrité de la personne et d'agissements constitutifs de harcèlement moral (ce qui ne figure d'ailleurs pas expressément dans l'article 6 quinquies de la loi du 13 juillet 1983 applicable aux trois versants de la fonction publique et constitue en conséquence une avancée majeure).

En application de ce texte nouveau, la direction doit en principe déclencher sans délais une enquête interne et procéder à des mesures disciplinaires, y compris conservatoires. Cela, pour faire la lumière sur les faits, justifier de l'octroi ou non de la protection et sanctionner l'éventuel auteur. Sur ce point, le statut dérogatoire de praticien s'aligne sur celui de la fonction publique hospitalière générale. Car toute entorse à l'indépendance de l'exercice de la médecine, liberté totale qui avait justifié un statut dérogatoire, doit aujourd'hui pouvoir être protégée dans les mêmes conditions que les autres professionnels de santé.

Cette mise en œuvre est néanmoins rare en pratique, la direction pouvant difficilement admettre qu'elle n'a pas fait toutes diligences en amont avant d'en arriver à une telle extrémité. Certaines organisations syndicales ont relevé en particulier que le texte n'abordait pas le cas dans lequel un praticien serait directement confronté à un membre de la direction et que, si l'établissement lui refusait la protection, il devrait s'en remettre au juge administratif dans le cadre d'une procédure longue et coûteuse durant laquelle il pouvait être illégalement maintenu en suspension conservatoire ou en arrêt maladie pour se protéger lui-même. La question de la mise en œuvre concrète de l'avancée du projet de loi reste donc ouverte, la diffusion d'une circulaire à cet effet nous semblant avoir une bien faible portée juridique.

Au final, le vote de ce texte ne fait que constater une situation juridique qui existe déjà, ce qui était indispensable en terme d'égalité législative, alignant le statut des praticiens hospitaliers sur celui des agents publics en général, mais risque malheureusement de ne trouver aucune application concrète en pratique, au regard du contentieux actuel de la protection fonctionnelle. Il est encore une fois question d'économie : dans une schizophrénie à peine voilée, la protection fonctionnelle oblige le système à réparer les conséquences d'un dommage qu'il a lui-même créé. Et les finances de ce système, ce n'est que le contribuable puisque la réparation est obligatoirement issue de fonds publics.

Comment responsabiliser individuellement les gestionnaires et en premier lieu le directeur d'hôpital qui n'ont aucune pression disciplinaire ni financière ?

Question majeure et essentielle en termes de responsabilité : qui doit prendre en charge le suicide au travail et tous les accidents et dommages survenus du fait de la défaillance ou de la mutation du système ? Un principe classique de responsabilité en droit est que tout auteur d'un dommage doit en réparer les conséquences. Mais en matière de service public, les gestionnaires et décisionnaires sont investis au sens large de missions d'intérêt général pour la population entière, financée par des fonds appartenant à tous.

La responsabilité est-elle collective ? Comment agir sur l'individu ?

D'où l'importance majeure de mécanismes de prévention, de contrôle et de surveillance. Impliquer davantage la Haute Autorité de la Santé serait opportun : chargée de contribuer à la régulation du système de santé par la qualité, il lui appartient d'intervenir dans le champ des pratiques professionnelles pour améliorer la qualité et la sécurité des soins, ce qui la rend

légitime à veiller à la qualité des conditions de travail des praticiens.
Investir d'une mission de médiation, de prévention et de gestion des conflits les commissions régionales paritaires serait aussi fort utile ; réunissant directeurs d'hôpitaux, pouvoirs publics et PH, elles constituent des enceintes privilégiées de dialogue de proximité pour pouvoir dépêcher sur place des émissaires formés aux diagnostics. Ce qui nous conduit finalement à la question de fond, celle de l'éthique, laquelle ne se pose pas seulement vis-à-vis des patients.

Enfin, il faut rassembler la direction institutionnelle et les acteurs des soins plutôt que les opposer dans des visions totalement antagonistes, de même réfléchir sur le fond à l'essence même de l'hôpital et du soin public. La question taboue mais évidente qui se pose hélas pour tous les fonctionnaires est de savoir si la France a encore les moyens de son service public. Si L'Etat est en train de faire, par diverses actions éparses et difficilement traçables, un plan social déguisé historique, le prix à payer doit-il être celui du suicide de ses acteurs ?
Dans un monde utopique où l'humain serait au centre des préoccupations, le ministère de la Santé réunirait les principaux acteurs de son institution afin de réfléchir à l'avenir de la médecine et du soin en France, en conservant un équilibre juste et nécessaire avec la gestion des comptes mais en réformant un certain nombre d'usages inacceptables qui finissent par détruire la qualité des soins et la vocation de ses acteurs, jusqu'à leur âme. Il n'y a qu'à voir la réaction des professionnels de santé qui, alors que le bateau coule, restent fidèlement attachés à leur institution et aux malades qu'ils refusent de voir rejetés.

La question est en conséquence éminemment politique et éthique.

Quel peut être le rôle du droit ?

Voici l'illustration classique des contentieux qui peuvent atterrir chez un avocat spécialisé : les praticiens hospitaliers, démunis dans le microcosme de l'hôpital, sont suspendus à titre conservatoire sans contrôle et sans limite, le temps que leur service soit fermé, puis ils seront mis en recherche d'affectation quand on ne sait plus qu'en faire parce que leurs alertes deviennent gênantes, renvoyés du centre national de gestion à leur hôpital de rattachement voire dans un néant absolu sans affectation, mis au placard, payés à ne rien faire parfois plusieurs années, éloignés de ce qu'ils sont, la médecine, dans l'indifférence institutionnelle des agences régionales de santé, services administratifs qui établissent des cartes, objectifs, budgets et plans loin des contraintes d'un bloc opératoire et de l'humain, laissant les directeurs soit tous puissants soit démunis, investis de pouvoirs démesurés à leur échelle, inféodant les uns, rejetant les autres… L'hôpital, une cité dans la cité, sans contrôle.

Le juge saisi devra alors examiner la légalité de l'arrêté de mise en recherche d'affectation contre le CNG, qui répondra qu'il agit en compétence liée avec la décision de l'hôpital qui a fermé le service, sous couvert des instructions d'une ARS intouchable, dans une procédure qui va durer deux ans, sous les moqueries de certains confrères débarrassés, plus influents, vainqueurs d'une spécialité sur une autre. Et pendant ce temps, le médecin n'exerce plus, perd son savoir-faire et son âme, se heurte à des confrères moins compétents mais plus malins qui ont su faire passer les enjeux des restructurations avant les patients.

Nous assistons démunis à un système clanique, violent dans un laisser-faire indécent qui réduit au silence ceux qui soignent le mal de nos sociétés en souffrance. L'impuissance des juges et des médecins à soigner cette souffrance devrait considérablement alarmer car la chute des piliers d'une démocratie risque de générer l'injustice et la montée en puissance d'un sentiment de solitude, facteur déclencheur, au-delà des violences éthiques, du suicide.

Le suicide au travail ne peut et ne doit pas exister.

Impression I2S. Aurillac