Aspects médico-légaux et administratifs du suicide dans les Forces et à l'hôpital

A.-H. Poutout

Résumé

Le suicide est une cause de mort qui entraîne des conséquences juridiques particulières. Quelle attitude est attendue des professionnels de santé lors de la découverte du corps et quelles précautions le médecin doit-il prendre pour renseigner le certificat de décès ? Quel est le rôle de l'employeur dans les heures qui suivent le suicide ? Comment les médecins doivent-ils réagir dans leurs relations avec la famille, avec le commandement et avec les autorités judiciaires ? Quelles sont les déclarations d'accident de travail qui doivent être effectuées et quelles sont les conditions pour reconnaître le lien au service? Quelles sont les infractions qui peuvent être reprochées à l'employeur, aux collègues de travail et aux professionnels de santé? Quel type d'indices peut engager leur responsabilité pour le suicide ?

Mots-clés : Droit. Jurisprudence. Responsabilité. Suicide.

Abstract

MEDICO-LEGAL AND ADMINISTRATIVE ASPECTS OF SUICIDE AMONG THE ARMED FORCES AND IN HOSPITAL.

Suicide is a cause of death that entails specific legal consequences. What is the required attitude of the healthcare professionals at the time of the discovery of the body and what precautions must the doctors take when they fill in the death certificates? What is the role of the employers in the hours following the suicide? How are the physicians expected to react in their contacts with the families and the commanding officers of the person who has committed suicide, as well as with the law enforcement representatives? What kind of occupational accident claims must be made and what are the required conditions to establish a connection with duty?

What kind of offenses can the employers, co-workers or healthcare professionals be prosecuted for? What kind of incriminating evidence can bring them to be held liable for the suicide?

Keywords: Jurisprudence. Legislation. Liability. Suicide.

Introduction

Le suicide est l'une des quatre causes médico-légales de décès, avec la mort naturelle, l'homicide et l'accident. Le contexte de suicide demande une attention renforcée dans la réalisation de certaines procédures (certificat de décès, relations avec les ayants-droit et les autorités judiciaires, inscription au registre des constatations) et met un accent particulier sur la recherche de la responsabilité.

Les réflexions développées ici s'intéresseront au rôle et à la responsabilité des personnels du Service de santé des armées (SSA) dans l'exercice de leurs attributions spécifiques de professionnels de santé mais aussi en tant que collègues de travail ou commandant de formation administrative du suicidé.

Le premier chapitre étudiera la conduite à tenir face à un suicide, le deuxième la responsabilité vis-à-vis du suicide.

A.-H. POUTOUT, médecin en chef.

Correspondance : A.-H. POUTOUT, Bureau affaires juridiques, Sous-direction appui à l'activité, Direction centrale du Service de santé des armées, Fort neuf de Vincennes – Cours des Maréchaux – 75614 Paris Cedex 12.

E-mail : anne-helene.poutout@santarm.fr

Conduite à tenir face à un suicide

Immédiate

Elle ne concerne que le médecin qui est amené à examiner physiquement le suicidé.

Prise en charge médicale

Le premier devoir du médecin appelé auprès d'un suicidé est de s'assurer qu'aucune prise en charge n'est susceptible de le sauver. L'absence de gestes de réanimation ne doit s'envisager que si le décès est parfaitement évident, au risque d'exposer le médecin à une sanction pénale pour omission de porter secours (article 223-6 du Code pénal).

Dès que le décès est confirmé, le médecin doit s'abstenir de tout bouleversement des lieux du décès et conseiller le commandement sur la conservation des lieux en l'état et l'éloignement des collègues. Les autorités judiciaires (police, gendarmerie ou procureur de la République) doivent en effet être informées au plus tôt (article 81 du Code civil et article 74 du Code de procédure pénale) et il est important pour l'enquête que les lieux restent intouchés (article L.212-9 du Code de justice militaire).

Cas particulier des prélèvements d'organe sur le corps d'un suicidé

Que le suicidé soit arrivé décédé à l'hôpital ou que le constat de la mort encéphalique (articles R.1232-1 à R.1232-4-1 du Code de la santé publique) y soit effectué, les éventuels prélèvements d'organe chez un suicidé ne doivent être effectués qu'après que le médecin-chef de l'hôpital a obtenu l'accord du Procureur de la République.

Certificat de décès

L'article L.2223-42 du Code général des collectivités territoriales prévoit que « l'autorisation de fermeture du cercueil ne peut être délivrée qu'au vu d'un certificat, établi par un médecin attestant le décès ». « Ce certificat, rédigé sur un modèle établi par le ministre chargé de la santé, précise la ou les causes de décès ». L'exclusion légale au secret professionnel (article 226-13 du Code pénal) ne permet cependant l'inscription des informations médicales que sur la partie inférieure du certificat, qui est destinée à l'INSERM. La partie supérieure du certificat, administrative, comporte simplement la notion d'un éventuel obstacle médico-légal, sans que les autorités judiciaires puissent avoir accès aux raisons précises qui font poser cet obstacle par le médecin.

Le certificat de décès, dont le modèle est fixé par l'arrêté du 24 décembre 1996, doit être signé par un docteur en médecine (donc pas par un interne), et comporter la date, la signature et le cachet du médecin signataire. La rédaction du certificat est une obligation du médecin (article R.4127-76 du Code de la santé publique et article 14 du décret du 16 septembre 2008). Elle engage sa responsabilité, en particulier sur le plan pénal et disciplinaire.

Le suicide appartient aux indications devant faire poser un obstacle médico-légal à l'inhumation (la liste de ces indications figure au dos du certificat de décès) et donc avertir les autorités judiciaires. Dans des cas où le suicide est « évident » (personne retrouvée seule, ayant laissé un mot, dans un contexte de pathologie psychiatrique connue), le médecin peut parfois s'interroger sur la nécessité de poser l'indication d'obstacle médico-légal mais les recommandations européennes et celles de l'Ordre national des médecins sont claires et cet obstacle doit être posé. Le procureur de la République (ou le juge d'instruction) pourra ensuite lever l'obstacle et délivrer un permis d'inhumer judiciaire, demander une levée de corps médico-légale, un examen de corps, des prélèvements ou une autopsie.

Si le décès a lieu sur les lieux de travail ou si certains éléments peuvent faire penser à un lien avec le service, la case « accident du travail » doit être cochée.

Rapatriement du corps

Avant le rapatriement du corps, le médecin doit rédiger un certificat de maladie non contagieuse permettant au commandement de connaître le type de conteneur ou de cercueil nécessaire pour le transport.

À court terme

Rôle de l'autorité militaire

Notification du décès à la famille

Si l'autorité militaire est informée du décès avant la famille (décès survenu en emprise militaire ou en opération extérieure), la notification du décès doit être faite dans les plus brefs délais, si possible par le commandant de formation administrative lui-même. Les instructions 74 et 1 100 précisent les modalités de cette annonce, ainsi que les informations qui doivent être apportées à la famille.

L'étude de la jurisprudence montre que certaines familles n'hésitent pas à demander réparation du préjudice lié à une information tardive du décès.

Procédure « EVENGRAVE »

L'instruction 1950 prévoit qu'une procédure « EVENGRAVE » doit être initiée, pour tout personnel militaire ou civil du ministère de la Défense ou des établissements publics qui en dépendent, devant tout décès présumé par suicide, survenu en/hors service, susceptible d'avoir un lien avec le service ou sans lien avec le service.

Actes d'état-civil

Sur le territoire de la République, les opérations d'état civil sont effectuées par l'officier de l'état civil de la commune où le décès a eu lieu, sur déclaration de la famille le plus souvent (article 78 du Code civil).

En opération extérieure, les actes d'état-civil peuvent être reçus par les officiers de l'état civil militaires spécialement désignés à cet effet (article 93 du Code civil).

Réquisition du médecin

Le médecin militaire peut être requis comme médecin « légiste » pour établir les causes et circonstances du décès, procéder à l'examen du corps et de son environnement matériel et psychologique, estimer la date et l'heure du décès, conclure à l'une des quatre formes médico-légales de la mort, effectuer des prélèvements, etc. (article 60 du Code de procédure pénale).

Il n'est pas possible de refuser une réquisition, qui doit sauf circonstance exceptionnelle être effectuée par écrit. Si le médecin estime ne pas être compétent ou être en conflit d'intérêt (situation de médecin traitant ou d'ami du décédé, rendant délicate une exécution parfaitement objective de la mission confiée), il le signalera à l'autorité requérante. Mais si celle-ci confirme sa réquisition, le médecin doit alors s'exécuter.

La réquisition du médecin militaire dans ce cadre, exceptionnelle pour un médecin des Forces sur le territoire métropolitain, est plus fréquente en hôpital, sur un bâtiment de la Marine nationale ou en opération

extérieure. Le médecin requis doit rendre compte de la réquisition à sa chaîne hiérarchique.

Le médecin qui avait connaissance antérieurement d'informations médicales sur le patient doit s'appliquer à en faire abstraction dans la réalisation des constatations et examens techniques et scientifiques qui lui sont demandés. Il doit se limiter à répondre clairement aux questions posées en se basant uniquement sur les résultats de ses constatations et examens.

À plus long terme

Le médecin doit conserver une copie du dossier médical à son niveau avant tout envoi aux archives administratives de l'État, afin d'être en état de répondre à des demandes de communication. Rappelons que les règles de secret professionnel ne permettent pas de transmettre des éléments du dossier médical du patient décédé à un des médecins qui le prenaient en charge de son vivant (le partage du secret médical dans le cadre de la continuité des soins n'a plus de raison d'être à compter du décès du patient).

Relations avec les ayants-droit

Sauf si le défunt s'y est expressément opposé de son vivant (dans ce cas, il est préférable que cette opposition fasse l'objet d'un document signé par le patient qui sera inséré dans son dossier médical), l'article L.1110-4 du Code de la santé publique prévoit que les ayants-droit peuvent demander communication d'informations couvertes par le secret professionnel dans le but de :

– connaître les causes de la mort ;
– défendre la mémoire du défunt ;
– faire valoir leurs droits.

Ont la qualité d'ayants-droit les successeurs légaux du défunt, dans l'ordre déterminé par le Code civil (arrêté du 5 mars 2004 modifié), à savoir :

– en priorité le conjoint survivant non divorcé et les enfants ou leurs descendants ;
– à défaut les père et mère, les frères et sœurs, puis les descendants de ces derniers ;
– à défaut les ascendants autres que les père et mère ;
– à défaut les collatéraux autres que les frères et sœurs et leurs descendants ;
– puis enfin les autres héritiers (par exemple concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité).

En l'absence d'enfants et de leurs descendants, le père et la mère d'un majeur décédé ont qualité d'ayant-droit au même titre que le conjoint. Il n'existe pas d'ordre de priorité entre ayants-droit du même rang (frères et sœurs par exemple), qui ont tous accès aux informations, quelles que soient les éventuelles querelles familiales qui peuvent exister. Les légataires universels désignés par testament ont également la qualité d'ayants-droit.

En pratique, la demande doit être écrite. Elle doit justifier de la nature d'ayant-droit (nature du lien avec le défunt et justification de l'absence d'héritier prioritaire, par exemple par acte notarié) et de l'identité du demandeur (photocopie de la carte d'identité). Comme pour une demande effectuée par le patient, le délai de transmission des documents est de huit jours pour les informations datant de moins de cinq ans, de deux mois dans les autres cas.

L'arrêté du 5 mars 2004 précise que l'ayant-droit a accès aux seuls éléments du dossier médical nécessaires à la réalisation de l'objectif poursuivi. L'appréciation portée sur la question de savoir si un document contenu dans le dossier médical est susceptible de présenter une utilité dans la poursuite des objectifs poursuivis relève souverainement de l'équipe médicale (arrêt du Conseil d'État du 26 septembre 2005).

La demande la plus fréquente des ayants-droit concerne les clauses d'exclusion du versement des capitaux d'assurance décès. Il convient de préférence de demander la liste des clauses d'exclusion pour rédiger un certificat signalant si la cause de la mort relève ou pas de l'une de ces clauses. Le suicide étant fréquemment une clause d'exclusion, le médecin doit en remettant le certificat aux ayants-droit leur signaler les conséquences de la remise de ce certificat à l'assurance.

Relations avec les autorités judiciaires

Sauf s'ils sont mis en examen, les professionnels de santé ne peuvent communiquer oralement aucune information couverte par le secret professionnel aux autorités judiciaires. S'il est appelé à témoigner, le professionnel de santé doit répondre à la convocation mais ne doit évoquer que les éléments qu'il aurait pu recueillir en dehors de tout contexte professionnel. Lors d'une mise en examen, le professionnel de santé peut, pour sa défense, évoquer des faits couverts par le secret professionnel (arrêt de la Cour de cassation du 20 décembre 1967) ; les faits révélés doivent être strictement indispensables à la défense du professionnel.

Même sur présentation d'une réquisition demandant au médecin de rédiger un certificat, le médecin ne peut fournir aucun élément relevant du secret professionnel. Les réquisitions effectuées dans le cadre des articles 60-1 (enquête de flagrance), 77-1-1 (enquête préliminaire) et 99-3 (instruction) du code de procédure pénale permettent au médecin de remettre des documents médicaux préexistants au procureur de la République ou à un officier de police judiciaire sur autorisation de celui-ci. L'accord du médecin est alors nécessaire et aucune sanction ne peut être requise contre lui s'il refuse de remettre les documents. La réponse à apporter à ce genre de demande étant délicate et dépendant des circonstances, il est conseillé aux médecins confrontés à cette situation de prendre contact avec la Direction centrale (bureau Affaires juridiques) pour demander conseil sur la conduite à tenir.

La récupération du dossier médical par les autorités judiciaires peut s'effectuer :

– dans le cadre d'une perquisition (article 56-3 du Code de procédure pénale), en présence d'un magistrat et d'un responsable de l'ordre ou de l'organisation professionnelle (ici, un représentant du Service de santé des armées, désigné par le directeur régional ou le médecin-chef de l'hôpital) ;
– dans le cadre d'une saisie (article 96), effectuée par un magistrat ou par un officier de police judiciaire mandaté à cet effet, là aussi en présence d'un représentant du Service de santé des armées.

Dans tous les cas, les opérations de remise du dossier médical nécessitent la présentation par l'autorité judiciaire d'un document mentionnant l'article du Code de procédure pénale à la base de la demande, ainsi que l'identité de l'officier de police judiciaire et du magistrat au nom duquel il agit. Seul le dossier médical concerné doit être saisi, après copie des documents qu'il comporte pour conservation par le médecin. Le dossier est placé dans une enveloppe scellée et ne pourra être ouvert que par la personne qualifiée (expert médical) désignée à cet effet par le magistrat.

Comme cela sera vu dans « Rôle du commandant de formation administrative », toute intervention d'autorités judiciaires dans un établissement militaire répond à une procédure particulière.

Déclaration d'accident en service

L'employeur et le médecin de prévention doivent rechercher si les causes du suicide peuvent avoir un rapport avec le travail. Le médecin doit veiller, même en ces circonstances, à ne pas donner au commandement d'informations médicales sur les causes du suicide mais à lui transmettre les informations strictement nécessaires à la mise en place des mesures appropriées de prévention. Le commandant de formation administrative doit en général (sauf si aucun personnel civil n'est affecté au sein de l'organisme) provoquer une réunion en urgence du Comité d'hygiène et de sécurité des conditions de travail (CHSCT). Le CHSCT étudiera alors la façon dont les conditions de travail ont pu jouer un rôle dans la survenue du suicide et les actions pouvant éventuellement prévenir la survenue d'autres suicides ou de complications chez les collègues du suicidé.

Pour les militaires (et les réservistes en activité) décédés, un rapport circonstancié doit être rédigé quel que soit le lieu du décès et un extrait du registre des constatations inséré dans le livret médical du défunt avant tout archivage. La traçabilité de l'évènement doit également être assurée pour ceux qui ont été confrontés au cadavre (découverte ou vision du corps) ; un rapport circonstancié pourra éventuellement être rédigé pour les militaires concernés.

Parallèlement, pour les personnels civils, tout décès survenu sur les lieux de travail doit entraîner une déclaration d'accident de service ; si le décès du personnel civil est survenu hors des lieux de travail, la déclaration d'accident de service doit être effectuée soit à la demande des ayants-droit, soit si des éléments amènent à suspecter un lien du décès avec le service.

Ces procédures permettent de préserver les droits tant de la famille du défunt que de l'Institution.

Dans son rapport circonstancié ou sa déclaration d'accident de service, le commandement doit exposer les faits de façon neutre et précise, sans émettre d'hypothèse sur les causes de la mort, l'existence d'une responsabilité ou d'un lien au service.

Rôle du commandant de formation administrative

Relations avec l'autorité judiciaire

L'article L.212-6 du Code de justice militaire prévoit que les officiers de police judiciaire civils qui sont amenés à rechercher dans les établissements militaires des personnes ou des objets relatifs à des infractions doivent adresser préalablement à l'autorité militaire des réquisitions tendant à obtenir l'entrée des établissements.

Les autorités judiciaires de la gendarmerie nationale doivent se présenter au directeur de l'établissement pour lui soumettre l'objet de leur visite et solliciter les autorisations nécessaires.

Les obligations du secret de la Défense nationale doivent dans tous les cas être respectées.

Suivi de la procédure « EVENGRAVE »

Le commandant de formation administrative doit rendre compte des éléments nouveaux apparus après le message initial, notamment en ce qui concerne la détermination des responsabilités et l'évolution de l'éventuelle procédure judiciaire en cours.

Responsabilité face au suicide

Responsabilité de l'Institution

La reconnaissance du suicide comme accident de service permet aux ayants-droit de percevoir une pension et de bénéficier éventuellement du versement d'allocations de fonds de garantie et d'assurances. Ils peuvent également bénéficier d'une indemnisation complémentaire de leurs préjudices, notamment en cas de faute de l'Institution.

Accident survenu sur les lieux et au temps du travail

La présomption d'accident de service pour un suicide survenu dans ces conditions peut être écartée si l'Institution peut démontrer que le geste suicidaire est totalement étranger à l'activité professionnelle et en lien direct avec des difficultés relevant de la sphère personnelle ou d'un état dépressif antérieur.

Suicide survenu hors des lieux et du temps du travail

Les ayants-droit doivent alors apporter la preuve du lien de causalité entre le geste suicidaire et les conditions de travail. Ainsi, la Cour de cassation a reconnu dans un arrêt du 22 février 2007 qu'une tentative de suicide survenue au cours d'un arrêt maladie devait être considérée comme un accident du travail. De même, un suicide survenu dans les suites d'un traumatisme crânien peut être considéré comme une rechute de l'accident du travail ayant entraîné ce traumatisme (arrêt de la Cour de cassation du 13 juin 1979).

Faute de l'employeur

Les ayants-droit peuvent rechercher la responsabilité pour faute de l'Institution afin de bénéficier d'une indemnisation intégrale de leurs préjudices.

Pour la Cour de cassation, la faute de l'employeur nécessite les deux conditions suivantes :

– l'employeur avait ou aurait dû avoir, en bon professionnel, conscience du danger auquel il exposait son salarié ;

– l'employeur n'a pas pris les mesures nécessaires pour préserver la santé et la sécurité de ce dernier.

L'évaluation de ces conditions passe notamment par l'analyse du document unique d'évaluation des risques professionnels (article 8 du décret du 29 mars 2012) et des éventuelles dispositions de contrôle et de prévention des risques psycho-sociaux. En cas de comportement clairement inadapté du chef d'organisme, la responsabilité personnelle de celui-ci pourrait être engagée.

Responsabilité individuelle

La responsabilité individuelle d'un militaire ou d'un personnel civil du ministère de la Défense ne peut être engagée que sur le plan pénal, sauf en cas de faute personnelle détachable du service (situation exceptionnelle qui demande habituellement la volonté évidente de commettre un délit ou un crime).

Le chef d'organisme est chargé par le décret du 29 mars 2012 de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale du personnel qui relève de son autorité. Il peut ainsi être poursuivi pour mise en danger délibérée d'autrui par manquement ou violation à une obligation de prudence ou de sécurité (articles 121-3 et 223-1 du Code pénal).

La responsabilité des collègues de travail peut aussi se trouver engagée si le comportement du défunt montrait de toute évidence son intention de se suicider ou aurait dû les inquiéter et les faire réagir (article 223-6 du Code pénal sur l'omission de porter secours à une personne en péril).

Responsabilité spécifique des professionnels de santé

Infractions pénales pouvant être reprochées aux professionnels de santé

Ces infractions pénales sont :

– homicide involontaire (article 221-6 du Code pénal) ;

– omission de porter secours (article 223-6 du Code pénal) ;

– imprudence, négligence ou manquement à une obligation de prudence ou de sécurité (article 121-3 du Code pénal).

Il est exceptionnel que le comportement du professionnel de santé ait entraîné directement le décès par suicide d'un patient. De même, si le médecin ne porte pas secours à un patient sur le point de se suicider, c'est par erreur et non par volonté délibérée. En conséquence, les condamnations pénales de professionnels de santé dans des cas de suicide sont extrêmement rares et concernent presque toujours l'article 121-3 du Code pénal. Par contre, la sévérité des tribunaux est renforcée en matière d'obligations des professionnels de santé, possédant par nature plus de connaissances et de compétences que le simple citoyen.

Indices de responsabilité

Les professionnels de santé sont soumis à une obligation de moyens et non de résultats. À partir du moment où ils ont eu un comportement prudent et diligent et où leurs soins ont été consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science, aucune faute ne peut leur être reprochée. Les obligations déontologiques en matière de continuité des soins et de recours à des tiers compétents doivent être strictement respectées.

Les écrits (dossier médical, feuilles de soins, courriers, compte-rendu des « tours » infirmiers) sont des indices particulièrement importants. Les éléments recherchés par la justice sont par exemple le constat d'absence ou le signalement de signes inquiétants, la recommandation de consultations spécialisées avec les résultats de ces recommandations, les prises de rendez-vous, les prescriptions de traitement et les consignes de surveillance.

Responsabilité en médecine de ville

Responsabilité du médecin généraliste

Sa responsabilité est dégagée lorsqu'il a tenté d'orienter son patient vers une consultation spécialisée et qu'en cas de prise en charge hospitalière ou spécialisée, il a informé ses confrères des signes inquiétants présentés par le patient.

Ainsi, la Cour de cassation a jugé le 24 février 2004 qu'un médecin qui avait prescrit un traitement inadapté à son patient n'avait pas commis de faute à partir du moment où le diagnostic réel de la pathologie dont souffrait le patient était difficile à établir et où le patient n'avait pas donné suite aux propositions du médecin de consulter d'autres praticiens.

Responsabilité du pharmacien

Le 26 juin 2009, la Cour d'appel de Paris a reconnu la responsabilité d'un pharmacien dans un suicide par médicaments. D'après les juges, le pharmacien a manqué à une exécution raisonnée de la prescription falsifiée, non parce qu'il n'avait pas décelé la falsification mais parce qu'une analyse réfléchie lui aurait permis de remarquer l'incohérence de la prescription.

Responsabilité à l'hôpital

La détermination de la responsabilité s'appuie sur le caractère prévisible ou imprévisible du geste suicidaire du patient et sur les mesures prises en fonction de son comportement (état d'agitation, syndrome confusionnel) et de ses antécédents (tentatives de suicide) : nature de la surveillance exercée (nombre de rondes, chambre seule ou double, proximité de l'équipe soignante) et mesures de sécurité (prescriptions de traitements calmants, objets laissés à proximité permettant le geste suicidaire, porte fermée pour éviter les fugues, fenêtres condamnées empêchant les défenestrations).

En cas de fugue du patient, la justice évalue la rapidité de la réaction de l'équipe soignante pour prévenir la police ou la gendarmerie. De même, des autorisations de sortie trop précoces peuvent engager la responsabilité du médecin.

Un arrêt du Conseil d'État du 6 juillet 1988 a admis la responsabilité d'un hôpital dans la défenestration d'une patiente victime d'un traumatisme crânien. Cette patiente avait donné des signes inquiétants d'agitation dans les heures précédant son suicide, avait été laissée sans surveillance particulière après l'injection d'un neuroleptique et avant que celui-ci ait pu produire ses effets et n'avait pas été empêchée de circuler dans les couloirs de l'hôpital.

Un arrêt de la Cour administrative d'appel de Lyon du 26 mars 1991 a reconnu la responsabilité d'un hôpital dans le suicide lors d'une fugue d'une patiente en hospitalisation libre au motif que les services de police n'avaient pas été avertis de cette disparition, survenue huit jours avant le suicide.

Responsabilité de l'équipe soignante sous les ordres du médecin

Le médecin est tenu de prescrire les mesures de soins et de surveillance appropriées à l'état du patient et d'informer le personnel soignant sur cet état. Ainsi, la Cour de cassation a reconnu le 21 juin 2005 la responsabilité d'un médecin psychiatre qui n'avait donné aucune information particulière de nature à mettre en œuvre une surveillance rigoureuse de l'équipe infirmière. La responsabilité de l'équipe soignante, qui n'avait pas été avertie des risques d'autolyse et avait effectué une surveillance régulière du patient, n'a pas été engagée.

Responsabilité du service de psychiatrie

Elle est évaluée avec plus de rigueur que celle d'un service hospitalier non spécialisé.

Cependant, le Conseil d'État a jugé dans un arrêt du 12 mars 2012 que la tentative de suicide d'une patiente fugueuse admise en hospitalisation libre n'engageait pas la responsabilité de l'hôpital. Cette patiente, psychotique, ne manifestait aucun élément dépressif ou mélancolique et ne pouvait laisser présager de quelconques idées suicidaires. Par ailleurs, sa famille avait refusé la procédure d'hospitalisation à la demande d'un tiers préconisée à plusieurs reprises par le service. Ainsi, les pouvoirs limités dont disposait le service dans le cadre du régime de l'hospitalisation libre n'avaient pas permis d'adopter les méthodes coercitives nécessaires pour éviter sa fugue. L'hôpital avait renforcé la surveillance de cette patiente dans la mesure qui lui était autorisée et sa responsabilité ne pouvait donc être engagée.

De même, les services accueillant des patients hospitalisés sans leur consentement doivent faire preuve de plus de rigueur dans leur surveillance, leur fonctionnement et leur organisation matérielle que ceux qui n'accueillent que des patients en hospitalisation libre.

Dans un arrêt du 5 décembre 2007, le Conseil d'État a jugé que le simple fait qu'un patient soit parvenu à se suicider dans la chambre où il était placé ne permet pas de déduire l'existence d'une faute dans l'organisation du service. Dans le cas d'espèce, le patient, dont l'état requérait une surveillance particulière en raison de ses antécédents, avait été placé dans une chambre de sûreté contiguë à la salle de soins et communiquant avec elle par une lucarne d'observation. Aucun incident particulier n'avait été constaté dans les neuf jours précédant le suicide. L'aménagement du local, dans lequel le patient disposait d'un drap et d'un seau hygiénique – objets qu'il a utilisés pour se pendre à l'un des barreaux de la fenêtre – était approprié à son état. Par ailleurs, le décès a été découvert seulement quelques minutes après sa survenue. Tous ces éléments ont amené les magistrats à considérer que la responsabilité de l'hôpital n'était pas engagée dans la survenue de ce suicide.

Par contre, dans un arrêt du 9 mars 2009, le Conseil d'État a reconnu la responsabilité d'un hôpital dans le suicide d'une jeune femme hospitalisée à la demande d'un tiers, aux multiples antécédents suicidaires, dont plusieurs dans les jours précédant le geste fatal, et qui avait échappé à la surveillance de l'équipe soignante.

Conclusion

L'engagement de la responsabilité dans la survenue d'un suicide peut être limité par une attention particulière au comportement des personnes, une traçabilité précise des observations faites et des mesures prises en réaction à ces observations. Dans les suites d'un suicide, une attention particulière doit être portée au déroulement des procédures médico-légales et administratives pour préserver les droits de la famille et de l'Institution.

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt avec les données développées dans cet article.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Décret 2008-967 du 16 septembre 2008 fixant les règles de déontologie propres aux praticiens des armées.
2. Décret 2012-442 du 29 mars 2012 relatif à la santé et à la sécurité au travail au ministère de la Défense.
3. Arrêté du 24 décembre 1996 relatif aux deux modèles du certificat de décès.
4. Arrêté du 5 mars 2004, modifié par l'arrêté du 3 janvier 2007, portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès.
5. Instruction N° 8590/MA/DSLA/SLP sur l'intervention de l'autorité judiciaire à l'intérieur des établissements, bâtiments et autres dépendances militaires ou maritimes ainsi qu'à bord des bâtiments de l'État du 15 juillet 1958.
6. Instruction N° 1100/DEF/EMA/OL/4 relative aux dispositions à prendre lors du décès de militaires et dans certains cas lors du décès de membres de leur famille du 18 juin 1980.
7. Instruction 1950/DEF/CAB/SDBC/CPAG fixant la conduite à tenir par les autorités militaires et civiles en cas d'accidents ou d'incidents survenus au sein du ministère de la Défense ou des établissements publics qui en dépendent du 6 février 2004.
8. Instruction N° 74/DEF/EMA/ORH/OR relative à l'état-civil en opération extérieure du 18 janvier 2007.

JURISPRUDENCE

9. CE, 5e et 3e ss-sect., 6 juillet 1988, n° 68262.
10. CE, 1re et 6e ss-sect., 26 sept. 2005, n° 270234.
11. CE, 5e et 4e ss-sect., 5 déc. 2007, n° 291936.
12. CE, 5e ss-sect., 9 mars 2009, n° 303983.
13. CE, 5e et 4e ss-sect., 12 mars 2012, n° 342774.
14. Cass. Crim., 20 décembre 1967.
15. Cass., soc., 13 juin 1979, n° 78-10.115.
16. Cass., 1re civ., 24 fév. 2004, n° 02-10.857.
17. Cass., 1re civ., 21 juin 2005, n° 03-18.779.
18. Cass., 2e civ., 22 fév. 2007, n° 05-13.771.
19. Cour administrative d'appel de Lyon, 1re chambre 26 mars 1991, n°90LY00592.
20. Cour d'appel de Paris, pôle 2, 2e chambre, 26 juin 2009, n° 07/16021.