

LES POLES DE VIGILANCE SUICIDE

Lors de la remise de ses conclusions sur l'étude épidémiologique sur le suicide au sein des services de police en juin 2010 l'INSERM a souligné le manque de coordination entre les réseaux de professionnels médicosociaux du ministère de l'intérieur comme une défaillance dans le dispositif de prévention.

Amener ces professionnels à travailler en partenariat a été l'un des quatre objectifs fixés pour améliorer la lutte contre ce fléau. Toutefois restaient à lever les obstacles juridiques liés au secret médical ou professionnel afin qu'une meilleure communication puisse s'établir entre les intervenants sur les situations individuelles sensibles qu'ils ont à connaître.

Le séminaire des 8 et 9 septembre 2011 organisé par la direction des ressources et des compétences de la police nationale, regroupant les psychologues du service de soutien psychologique opérationnel avec des représentants des réseaux de la médecine de prévention, du service médical statutaire et de contrôle de la police nationale, du service social et des inspecteurs de la sécurité et de la santé au travail, sur la prévention du suicide et des risques psychosociaux a porté en particulier sur le partage et les échanges d'informations. En dépit de la complexité de cette question des voies et moyens d'amélioration dans ce domaine ont été examinés, avec l'assistance de deux experts juristes, permettant d'envisager la mise en place d'une organisation de ces échanges entre professionnels d'une part, au sein de pôles de vigilance suicide, d'autre part entre ces derniers et la hiérarchie, responsable de la santé au travail des agents placés sous son autorité.

Cette organisation, après quelques mois de fonctionnement, fera l'objet d'une évaluation avec les professionnels concernés.

1- Les modalités de fonctionnement des pôles de vigilance suicide (PVS)

A la faveur des évolutions réglementaires qui ont concerné le domaine de la sécurité et de la santé au travail avec la parution du décret n°2011-774 du 28 juin 2011 modifiant le décret n°82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique, il est décidé de mettre en place des pôles de vigilance suicide en s'appuyant sur le positionnement du médecin de prévention dans l'organisation de la sécurité et de la santé au travail au sein de la fonction publique de l'Etat.

En effet, l'article 19 de ce texte dispose que : « ... afin d'assurer la mise en œuvre des compétences médicales, techniques et organisationnelles nécessaires à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail, le service de médecine de prévention fait appel en tant que de besoin, aux côtés du médecin de prévention, ... à des personnes ou des organismes possédant des compétences dans ces domaines. L'équipe pluridisciplinaire ainsi constituée est placée sous la responsabilité du chef de service et est coordonnée par le médecin de prévention ».

La prééminence du médecin de prévention en matière d'hygiène, de sécurité et de santé au travail est donc réaffirmée et lui donne toute compétence pour agir en le plaçant au cœur du système en matière de prévention du suicide.

Le pôle de vigilance est constitué exclusivement de professionnels de soutien, géographiquement compétents sur le département, chacun pouvant avoir à connaître de situations individuelles de vulnérabilité d'un point de vue médical, social ou psychologique. La connaissance de ces situations peut résulter, le plus souvent de la demande d'un agent ayant des difficultés sociales, psychologiques ou médicales, ou d'un signalement de l'autorité hiérarchique ou intermédiaire voire de collègues de travail.

Les membres du pôle sont donc:

- le médecin de prévention, animateur du groupe,
- le psychologue relevant de la cellule de soutien psychologique opérationnel.
- l'assistant de service social désigné par le conseiller technique régional,
- éventuellement l'inspecteur sécurité et santé au travail (I.S.S.T.) relevant de la zone géographique, s'il a connaissance d'une situation individuelle nécessitant la mobilisation de l'ensemble des professionnels du PVS.

L'organisation des réunions du pôle appartient au médecin de prévention : soit de sa propre initiative, soit à la demande d'un des professionnels de soutien. Les réunions du pôle n'auront donc pas forcément lieu à échéance régulière.

Il revient à chacun des professionnels d'évaluer s'il est nécessaire d'aborder les situations paraissant les plus critiques dont il a connaissance en vue d'une coordination des actions de prévention, sans toutefois présenter un caractère de gravité et d'urgence nécessitant l'appel aux structures hospitalières appropriées ou à la médecine de ville.

Concernant les échanges entre professionnels sur les cas individuels, selon les juristes il est possible légalement pour les personnes dépositaires du secret (médical ou professionnel) et dans certains cas même, il y a obligation, de révéler les informations connues dans la mesure où l'intérêt général et celui de la personne sont en cause. « Le secret professionnel, a pour objet de protéger les personnes et non de laisser se développer les conditions d'une dégradation silencieuse de situations à risque ». Les membres du pôle pourront ainsi échanger sur les bases qui sont les leurs, sur les éléments qui leur paraissent de nature à être partagés et dans le respect de la confidentialité et de la personne concernée.

Si un agent a exprimé son opposition à ce que sa situation soit présentée à d'autres professionnels, aucune dérogation ne sera possible.

Les pôles ne sauraient donc être empêchés d'agir du fait du secret professionnel.

Par ailleurs, s'il apparaît lors des échanges que le fonctionnaire concerné a connu une ou des périodes d'arrêt maladie, récentes ou non et plus ou moins longues, impliquant un avis médical d'aptitude à la reprise par le médecin statutaire, le médecin de prévention peut prendre l'attache de ce dernier.

Compte tenu des différentes pratiques professionnelles et des échanges ayant eu lieu, le pôle de vigilance décide collégalement, sous sa propre responsabilité de l'opportunité ou non d'informer l'autorité d'emploi des personnels concernés.

En effet, « pour les professionnels médico-sociaux le secret professionnel représente un motif légitime de ne pas dire à condition que ce soit dans l'intérêt de la personne vulnérable en situation de danger et que le risque ait été évalué et maîtrisé »

2- L'information de la hiérarchie

Si l'autorité hiérarchique est à l'origine d'un signalement auprès d'un ou plusieurs professionnels de soutien, un retour d'information, quelle qu'en soit la nature devra obligatoirement être effectué soit par ce ou ces derniers, soit par le pôle de vigilance si la situation évoquée a été suffisamment préoccupante pour que le pôle l'examine.

Lorsque le pôle de vigilance décide collégalement d'informer la hiérarchie des situations jugées à risque, il lui appartient de déterminer la nature et le contenu des informations communicables à cette dernière. Cette communication doit permettre à l'autorité hiérarchique, à partir des avis formulés par le médecin de prévention (aménagement de poste, retrait de l'arme de service ...) de « prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale » des agents conformément aux dispositions du code du travail, reprises par l'article 2-1 du décret 82-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène et la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique.

Au-delà des textes, il convient de rappeler qu'en matière de prévention des risques professionnels, la jurisprudence, tant civile qu'administrative, reconnaît la responsabilité pénale de l'employeur dès lors qu'il savait ou devait professionnellement avoir conscience des risques.

Ainsi, en fonction des renseignements communiqués et des éventuelles préconisations, le chef de service doit être en capacité d'adopter vis à vis de l'agent concerné la décision administrative et statutaire la plus adéquate.

En application du règlement général d'emploi de la police nationale (article 114-6) il peut être amené à prendre la décision du retrait de l'arme de service sur une période donnée. Il peut en informer le médecin statutaire et de contrôle.

Par contre, l'éventuel réarmement de l'intéressé doit être obligatoirement soumis aux conclusions d'une visite d'aptitude passée auprès d'un médecin du service médical statutaire et de contrôle de la police nationale.

Le chef de service est à même d'apprécier l'opportunité d'y donner une suite immédiate ou de la différer. Lorsque la prescription de réarmement est suivie d'effet, il conviendra qu'il en informe le médecin de prévention, qui en fera retour aux membres du pôle de vigilance. Les mêmes dispositions sont à envisager quelle que soit la mesure prise vis-à-vis de l'intéressé (par exemple réintégration du poste de travail après aménagement temporaire...).

*

*

*

Le médecin chef, coordonnateur national, de la médecine de prévention rendra compte de la mise en place des pôles de vigilance au directeur général de la police nationale ainsi qu'au secrétaire général par une évaluation du dispositif en liaison avec l'ensemble des réseaux concernés et plus particulièrement celui des médecins de prévention.

Il est rappelé que ces pôles de vigilance suicide sont axés sur le risque individuel, à la différence des cellules de veille des risques psycho-sociaux qui, elles, s'intéressent aux risques collectifs recensés éventuellement au sein des services.