



NOTRE VOCATION, C'EST VOUS !

GUIDE SANTÉ & SÉCURITÉ AU TRAVAIL

 **FICHES**
REFLEXES

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 16
- 17
- 18
- 19
- 20
- 21
- 22
- 23
- 24
- 25
- 26
- 27
- 28
- 29
- 30





BERNARD CAZENEUVE

ministre de l'Intérieur

La Police nationale dispose d'un capital humain extraordinaire - qui fait sa force - et toute sa capacité opérationnelle repose largement sur les femmes et les hommes qui la composent. Ils exercent un métier exigeant, qui les expose quotidiennement aux situations les plus difficiles, au stress, à l'agressivité, à la violence et à toutes les formes de la misère humaine. Eux-mêmes, comme tout un chacun, peuvent rencontrer des difficultés personnelles ou familiales. Mais leur engagement les conduit d'abord à prendre en charge celles de leurs concitoyens avant de leur laisser le temps de se consacrer à leurs propres soucis. C'est la noblesse de leur mission et ils méritent notre reconnaissance et notre soutien.

Mais au-delà, ce constat nous oblige. Il est non seulement indispensable d'accompagner individuellement les personnels de tous grades et de tous statuts dans l'exercice de leurs fonctions, mais encore de porter une attention soutenue aux signes qui révèlent des situations personnelles délicates. Difficultés professionnelles et personnelles interagissent le plus souvent. Elles peuvent générer des attitudes inadaptées qui compromettent la mission, mettent en danger l'agent lui-même, son équipe ou son groupe et, parfois, conduire à des gestes dramatiques.

Pour mieux prendre en compte ces situations, pour donner à chacun les outils nécessaires à leur prévention ou à leur traitement, le directeur général de la Police nationale m'a proposé la réalisation **d'un guide pour la santé et la sécurité au travail** qui s'inscrit pleinement dans le prolongement du plan de prévention des risques psychosociaux.

Je salue cette initiative qui recense et décrit, au sein d'un document pédagogique, l'ensemble des dispositifs de soutiens médicaux, sanitaires et psychologiques à la disposition des personnels et de leur hiérarchie. Sa rédaction collective a permis d'associer tous les acteurs du réseau de soutien du ministère, les directions d'emplois et les organisations syndicales représentatives. Je leur adresse mes plus vifs remerciements.



A chacun de s'approprier ce guide. Il s'adresse à tous. L'encadrement, en particulier, y trouvera les ressources nécessaires pour mieux appréhender les situations difficiles et contribuer à leur trouver les solutions les plus pertinentes. Il doit être considéré comme une aide car rien ne remplacera jamais les liens de solidarité et de confiance qu'il faut parallèlement développer entre collègues comme au sein de la chaîne hiérarchique.

Je sais pouvoir compter sur l'engagement de chacun d'entre vous.



BERNARD CAZENEUVE

SOMMAIRE

1^{ÈRE} PARTIE : AMÉLIORER LA PREVENTION

FICHE 01 /	QUE SONT LES RISQUES PSYCHOSOCIAUX (RPS) ET QUELLE EST LEUR PLACE DANS LE DOCUMENT UNIQUE D'ÉVALUATION DES RISQUES PROFESSIONNELS (DUERP) ?	5
FICHE 02 /	QUELS SONT LES INDICATEURS INCONTOURNABLES A SUIVRE POUR PREVENIR LES RISQUES PSYCHOSOCIAUX (RPS) ?	7
FICHE 03 /	A QUOI SERT LE COMITE D'HYGIENE, DE SECURITE ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL (CHSCT) ?	9
FICHE 04 /	QUEL EST LE RÔLE DE LA CELLULE DE VEILLE DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX ?	11
FICHE 05 /	QUEL EST LE RÔLE DES PRÉVENTEURS ET DES INSPECTEURS SANTÉ SÉCURITÉ AU TRAVAIL (ISST) ?	13
FICHE 05^{BIS} /	COORDONNÉES DES INSPECTEURS SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL	15
FICHE 06 /	QUEL EST LE RÔLE DES REPRÉSENTANTS DU PERSONNEL ?	17
FICHE 07 /	COMMENT TRAITER LE RAPPORT A L'ARME ?	19
FICHE 08 /	A QUOI SERVENT LES DÉMARCHES DE « DEBRIEFING » ET DE « DEFUSING » ?	21
FICHE 9 /	QUELLES SONT LES MISSIONS DE LA MEDECINE DE PREVENTION ?	23
FICHE 09^{BIS} /	COORDONNÉES DES MÉDECINS COORDONNATEURS RÉGIONAUX	25
FICHE 10 /	QUELLES SONT LES MISSIONS DE LA MÉDECINE STATUTAIRE ET DE CONTRÔLE ?	27
FICHE 10^{BIS} /	COORDONNÉES DES MÉDECINS INSPECTEURS RÉGIONAUX ET ADJOINTS	29
FICHE 11 /	QUELLES SONT LES DISPOSITIONS EN MATIÈRE DE VISITES MÉDICALES RELEVANT DE LA MÉDECINE DE PRÉVENTION ?	31
FICHE 12 /	QUELLES SONT LES DISPOSITIONS EN MATIÈRE DE VISITES MÉDICALES RELEVANT DE LA MÉDECINE STATUTAIRE ET DE CONTRÔLE ?	33

2^{ÈME} PARTIE : FACILITER LA PRISE EN CHARGE INDIVIDUELLE

FICHE 13 /	QUEL EST LE RÔLE DU SERVICE DE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE OPÉRATIONNEL ET COMMENT LE SAISIR ?	35
FICHE 13^{BIS} /	COORDONNÉES DU SERVICE DE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE OPÉRATIONNEL	37
FICHE 14 /	QUELS SONT LE RÔLE ET LES MODALITÉS DE SAISINE DU SERVICE SOCIAL ?	39
FICHE 14^{BIS} /	COORDONNÉES DES CONSEILLERS TECHNIQUES DE SERVICE SOCIAL	41
FICHE 15 /	SUR QUOI PORTE LE PARTAGE DE L'INFORMATION AVEC LES PROFESSIONNELS DE SOUTIEN ?	43
FICHE 16 /	QUEL EST LE RÔLE DU PÔLE DE VIGILANCE SUICIDE ?	45
FICHE 17 /	QUELLES SONT LES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE DES BLESSÉS EN SERVICE ?	47

FICHE 18 /	QUELLE EST L'OFFRE DE SOINS DE L'ÉTABLISSEMENT DU COURBAT ?	49
FICHE 19 /	QUELS SONT LES AUTRES ACTEURS DE LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE ?	51

3^{ÈME} PARTIE : DÉVELOPPER L'ACCOMPAGNEMENT

FICHE 20 /	QUELLES SONT LES MESURES DE SOUTIEN ET D'ACCOMPAGNEMENT DES FAMILLES ENDEUILLÉES ?	53
FICHE 21 /	QUELLES SONT LES MODALITÉS DE DÉCLENCHEMENT DE LA RECONNAISSANCE D'IMPUTABILITÉ AU SERVICE ?	55
FICHE 22 /	A QUOI SERVENT LES COMITÉS MÉDICAUX ET LES COMMISSIONS DE RÉFORME ?	57
FICHE 23 /	COMMENT S'ORGANISE LA REPRISE D'ACTIVITÉ D'UN FONCTIONNAIRE A L'ISSUE D'UN CONGÉ MALADIE OU D'UNE BLESSURE EN SERVICE ?	59
FICHE 24 /	QUELLE EST L'OFFRE DE FORMATION SUR LES RISQUES PSYCHOSOCIAUX ?	61
FICHE 25 /	EN QUOI CONSISTE LA DÉMARCHÉ D'AIDE AUX MANAGERS (DAM) ?	65
FICHE 26 /	QUELLE POSTURE MANAGÉRIALE ADOPTER FACE À UN ACTE SUICIDAIRE ?	67

4^{ÈME} PARTIE : AMÉLIORER LA CONNAISSANCE

FICHE 27 /	COMMENT RÉALISER LES ENQUÊTES ENVIRONNEMENTALES ?	69
FICHE 28 /	QUELLES SONT LES PRINCIPALES CONCLUSIONS DE L'ÉTUDE-ACTION DE L'INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ ET DE LA RECHERCHE MÉDICALE (INSERM) SUR LA PRÉVENTION DU SUICIDE (JUIN 2010) ?	71
FICHE 29 /	QUELLES SONT LES PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DU RAPPORT D'AUDIT DES INSPECTIONS GÉNÉRALES SUR LA PRÉVENTION DU SUICIDE (JANVIER 2013) ?	73
FICHE 30-1 /	QUELLES INITIATIVES LOCALES ? LE PÔLE DE VIGILANCE MÉDICO-ADMINISTRATIF DANS LES DÉPARTEMENTS DE CORSE DU SUD, LOIRE, LOIRE-ATLANTIQUE	75
FICHE 30-2 /	QUELLES SONT LES INITIATIVES LOCALES ? LA CELLULE ZONALE DE MAINTIEN DANS L'EMPLOI DE LA PRÉFECTURE DE LA ZONE DE DÉFENSE ET DE SÉCURITÉ EST	77
FICHE 30-3 /	QUELLES INITIATIVES LOCALES ? L'OBSERVATOIRE ZONAL DES RISQUES PSYCHO SOCIAUX	79
FICHE 30-4 /	QUELLES INITIATIVES LOCALES ? L'UNITÉ DE SOUTIEN AUX EFFECTIFS ET DE PRÉVENTION DE LA PRÉFECTURE DE POLICE (USEP)	81
FICHE 30-5 /	QUELLES INITIATIVES LOCALES ? LA REMISE DE L'ARME INDIVIDUELLE DANS DES CASIERS INDIVIDUELS (MOSELLE/ARDENNES/INDRE)	83
FICHE 30-6 /	QUELLES INITIATIVES LOCALES ? « L'AIDE AUX PAIRS » (SUISSE/GENEVE) LES « POLICIERS DE RESSOURCE ET DE SOUTIEN » (CANADA)	85



QUE SONT LES RISQUES PSYCHOSOCIAUX (RPS) ET QUELLE EST LEUR PLACE DANS LE DOCUMENT UNIQUE D'ÉVALUATION DES RISQUES PROFESSIONNELS (DUERP) ?

TEXTES DE REFERENCE

Code du travail (articles L4121-1 et suivants)

Décret n°82-453 du 28 mai 1982 modifié par le décret n° 2011.774 du 28 juin 2011, relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique.

Arrêté ministériel du 6 juin 2006 portant règlement général d'emploi de la Police nationale (article 111-9)

Accord-cadre du 22 octobre 2013 relatif à la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique.

DEFINITION

La plupart des guides ou textes de présentation des risques psychosociaux (RPS) les définissent à travers leurs conséquences: stress professionnel, harcèlement et violences au travail, épuisement professionnel, suicide en lien avec le travail notamment.

Les risques psychosociaux peuvent être définis comme les risques pour la santé mentale ou physique, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs d'organisation du travail, susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental.

Les risques psychosociaux font partie des risques professionnels qui sont liés à l'activité professionnelle et peuvent se traduire par une maladie ou un accident.

Le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP), rédigé au moyen de l'outil d'aide à la rédaction (DUERMI2), répertorie l'ensemble des risques professionnels, y inclus les risques psychosociaux, et permet d'organiser la prévention par le biais d'un programme annuel de prévention.

Réalisé et mis à jour annuellement par le chef de service ou le responsable d'un établissement, le DUERP constitue le document de référence de toute démarche de prévention des risques psychosociaux.

CONTEXTE / OBJECTIFS

L'article 111-9 du règlement général d'emploi de la Police nationale (RGEPN) dispose que l'autorité hiérarchique veille à la sécurité et à la protection de la santé physique et mentale des agents placés sous son autorité. Elle a la responsabilité de rechercher concrètement en quoi l'organisation du travail ainsi que les conditions de travail des agents sont susceptibles de générer ou favoriser l'apparition des conséquences des risques psychosociaux (par exemple stress professionnel ou épuisement).

L'élaboration puis l'actualisation du document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) permettent d'alerter le chef de service sur certains indicateurs de risques psychosociaux (cf fiche 2) et le conduisent à engager des actions de prévention ou développer des méthodes de travail garantissant un meilleur niveau de protection de la santé et de la sécurité de ses collaborateurs.

Ces actions pourront également être proposées par la cellule de veille des risques psychosociaux (cf fiche 4) ou le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) (cf fiche 3).

FONCTIONNEMENT

Le chef de service, dans le cadre préalable de l'élaboration ou de la révision du DUERP, doit d'abord déterminer les unités de travail qui constituent son service. Il peut s'agir, par exemple, des unités administratives, des espaces sociaux de restauration, de l'armurerie, des garages.

Le chef de service procède également à la composition du comité de rédaction du DUERP, qui associe les réseaux de soutien (l'assistant ou le conseiller de prévention, le médecin de prévention), les membres du CHSCT ou représentants syndicaux locaux, le responsable logistique ou des ressources humaines par exemple), ainsi que des personnes ressources, notamment les inspecteurs en santé et sécurité du travail (cf fiche 5).

Le comité de rédaction, dans sa responsabilité d'écriture du DUERP, répertorie l'ensemble des risques (routier, incendie, amiante, risques psychosociaux parfois qualifiés de «charge mentale» dans le document unique) et propose des mesures de prévention.

L'appréhension des RPS repose d'une part sur l'analyse des indicateurs (cf fiche 2) sur lesquels la cellule de veille (cf fiche 4) s'est prononcée et qui sont présentés en CHSCT (en particulier ceux relatifs aux congés maladie, au turn over, au suivi médical), d'autre part sur l'observation de la situation de travail et l'identification d'éventuels dysfonctionnements en matière d'organisation du travail.

Après validation par le chef de service, le DUERP et son programme de prévention sont communiqués au CHSCT et tenus ensuite à la disposition des agents, ainsi qu'à celle des autres acteurs de prévention déjà mentionnés.

Le DUERP doit ensuite être suivi (dans la mise en oeuvre des mesures de réduction ou de suppression du risque). Il est donc mis à jour au moins une fois par an. Le suivi du DUERP est inscrit à l'ordre du jour du CHSCT.



QUELS SONT LES INDICATEURS INCONTOURNABLES A SUIVRE POUR PRÉVENIR LES RISQUES PSYCHOSOCIAUX (RPS) ?



TEXTES DE REFERENCE

Accord cadre sur la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique du 22 octobre 2013

Plan de prévention ministériel des risques psychosociaux du 20 octobre 2010

Instruction DGPN de février 2014 sur l'état mensuel des fonctionnaires de police tués et blessés en service



DEFINITION

La prévention des risques psychosociaux suppose l'identification d'indicateurs qui vont mettre en évidence une charge mentale excessive.

Cette charge mentale excessive se manifeste de différentes façons :

- symptômes physiques: maux sur le lieu de travail, absentéisme par exemple ;
- symptômes émotionnels: nervosité ou sensibilité accrues, manifestation de violences internes ou externes, harcèlements avérés, idées suicidaires par exemple ;
- symptômes intellectuels: troubles de la concentration, perte de capacité à prendre des initiatives par exemple.

Les indicateurs à suivre doivent être simples et fiables. Ils doivent pouvoir faire l'objet d'un suivi et d'un reporting régulier auprès du chef de service. Ils sont présentés et validés en comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) (cf fiche3).



CONTEXTE / OBJECTIFS

Le plan ministériel de prévention des risques psychosociaux a présenté 32 indicateurs susceptibles d'être retenus et suivis sur un tableau de bord de suivi des RPS, qui doivent permettre de décider de mesures de prévention en temps réel.

La variété des missions dévolues aux services de police, les conditions d'exercice de ces missions, la difficulté de pouvoir suivre tous ces indicateurs doivent conduire le chef de service à retenir 6 indicateurs a minima.

Ces 6 indicateurs sont communs à l'ensemble des services quelles que soient leurs missions. Il ne préjuge pas de la décision du chef de service d'identifier quelques indicateurs supplémentaires.

Dans tous les cas, il est fortement recommandé de limiter à une dizaine le nombre d'indicateurs de suivi et de les suivre mensuellement.

Ce suivi est de la responsabilité d'un service de gestion des ressources humaines et des moyens.



LISTE DES INDICATEURS

Il convient de retenir les 4 indicateurs suivants contenus dans l'accord cadre sur la prévention des RPS dans la fonction publique du 22 octobre 2013 :

❶ le **taux d'absentéisme médical**, en identifiant les différents types de congés maladie, les arrêts liés aux accidents de service, les arrêts liés aux maladies professionnelles. Le nombre d'agents en arrêt maladie a en effet un impact sur le fonctionnement d'un service.

Il se calcule comme suit :
nombre de jours d'arrêts pour maladie / nombre total d'agents.

❷ Le **taux de rotation des agents**

Il se calcule comme suit :
somme du nombre d'arrivées et du nombre de départs sur l'année / effectif moyen de l'année (effectif physique à la fin de chaque mois divisé par 12).

❸ le **nombre de décès et de blessures en service, avec ou sans arrêt de travail** pour ce qui concerne les blessures, défini dans l'accord cadre du 22 octobre 2013 comme un indicateur de "violences externes".

Il peut être utile de recenser les demandes d'imputabilité au service de ces accidents, comme révélateur complémentaire de tensions ou de malaise en service (sur le mécanisme de l'imputabilité, cf fiche 21).

❹ le **taux de consultations des professionnels de soutien**, prioritairement auprès de la médecine de prévention et auprès des psychologues du SSPO. En ce qui concerne la médecine de prévention, il s'agit des demandes de visites spontanées.

Il se calcule comme suit :
nombre de demandes de visites spontanées / 100 agents.

Il est proposé par ailleurs de rajouter les 2 indicateurs spécifiques supplémentaires suivants :

❺ le **nombre de procédures disciplinaires.**

❻ le **suivi des signalements en CHSCT ou des inscriptions sur le registre en santé et en sécurité**, pour ce qui concerne l'environnement matériel, sachant que des conditions de travail dégradées sont aussi un facteur de charge mentale supplémentaire.

D'autres indicateurs en nombre limité peuvent être retenus en lien avec l'activité du service et/ou avec ses contraintes spécifiques.



A QUOI SERT LE COMITÉ D'HYGIÈNE, DE SÉCURITÉ ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL (CHSCT) ?

TEXTES DE REFERENCE

Loi n°84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat, notamment article 16

Décret n°82-453 du 28 mai 1982 modifié par décret n°211-774 du 28 juin 2011, relatif à l'hygiène et à la sé-

curité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique

Instruction DGPN du 5 décembre 2011 relative aux modalités d'organisation et de fonctionnement des CHSCT départementaux de la Police nationale.

DEFINITION

Le CHSCT est une instance consultative spécialisée dans l'examen des questions relatives à la santé, à la sécurité et aux conditions de travail des agents. Pour les sujets relatifs à la prévention des RPS, il s'appuie sur les travaux réalisés par une «cellule de veille» RPS, habituellement départementale et constituée par métier.

La «cellule de veille» se décompose elle-même en «groupes de travail» qui examinent des sujets précis (élaboration et suivi des indicateurs RPS, réalisation d'opérations ou de supports de communication sur les

RPS ou la santé au travail par exemple) et qui sont traditionnellement constitués à une échelle infra-départementale (cf fiche n°4).

Le CHSCT central de la Police nationale est présidé par le directeur général de la Police nationale et a vocation à connaître de toutes les questions transversales de santé et sécurité pour l'ensemble des services de police. Les agents relevant des CRS sont couverts par un CHSCT spécial et les agents de la Préfecture de Police couverts par un CHSCT interdépartemental.

MISSIONS

Le CHSCT traite des sujets suivants:

→ l'organisation du travail: durée du travail et aménagements horaires, pénibilité ou enrichissement des missions, incidences liées à la mise en place de nouvelles technologies ;

→ l'environnement au travail: environnement physique (température, éclairage, aération, bruit, poussière, vibration), et aménagement individuel des postes de travail (il est tenu informé par le chef de service d'un éventuel refus d'aménagement de poste de travail, refus qui doit être motivé) ;

→ la construction, l'aménagement et l'entretien des lieux de travail et annexes.

déployées pour prévenir ou supprimer les risques professionnels identifiés dans le DUERP (cf fiche 1), la présentation des éventuelles observations consignées dans le registre «santé et sécurité au travail» ;

→ d'analyser les risques professionnels, à travers la possibilité d'audition d'un chef d'établissement voisin dont l'activité exposerait les agents à des nuisances particulières ;

→ de veiller à l'observation des prescriptions juridiques en matière de santé et de sécurité au travail par des visites régulières de sites ;

→ de définir les besoins en formation des agents à la sécurité.

Le CHSCT a également en charge :

→ de protéger les agents et veiller à l'amélioration des conditions de travail, à travers la présentation de résultats d'enquêtes sur les accidents de service ou les maladies professionnelles, la présentation des mesures

Le CHSCT est consulté sur :

→ les projets d'aménagement importants, y inclus en matière de développement de nouvelles technologies, après avis du médecin de prévention ;



→ le rapport annuel écrit en matière de santé, sécurité et des conditions de travail réalisé par le médecin de prévention ;

→ le programme annuel de prévention, qui relève notamment des mesures inscrites ou à inscrire dans le document unique.

Le DUERP est présenté en CHSCT mais il ne donne pas lieu à approbation. Le DUERP est en effet de la seule responsabilité du chef de service. Le CHSCT donne un avis sur les risques qui sont identifiés, sur le degré de

dangerosité qui est lié à chacun de ces risques, et sur les mesures de réduction ou suppression qui sont envisagées par le chef de service ou ont été mises en oeuvre.

COMPOSITION

Le CHSCT se réunit sous la présidence de l'autorité préfectorale.

Il est composé de :

→ représentants de l'administration: compte tenu des effectifs, c'est traditionnellement le directeur départemental de la sécurité publique qui est désigné en cette qualité. Lorsque le département comprend d'autres directions opérationnelles, les directeurs ou leurs représentants (hors CRS) peuvent assister aux réunions ;

→ représentants du personnel désignés par les organisations les plus représentatives sur la base des élections

au comité technique (jusqu'à 7 pour les instances centrales, entre 3 et 9 pour les instances locales en fonction des effectifs couverts) ;

→ autres membres de droit: le médecin de prévention, l'assistant ou le conseiller de prévention, l'inspecteur santé et sécurité au travail.

Peuvent être également conviés, en qualité d'experts, le médecin de la police, l'assistant de service social et le psychologue du service de soutien psychologique opérationnel.

FONCTIONNEMENT

Le CHSCT doit se réunir 3 fois par an a minima.

Sa réunion n'est pas publique. Elle se tient à l'initiative du président ou à la demande écrite de la moitié des représentants titulaires du personnel (dans ce dernier cas, le CHSCT se réunit dans un délai maximum de 2 mois à compter de la saisine écrite). La réunion donne lieu à l'établissement d'un procès verbal.

Lorsque le quorum n'est pas atteint, la convocation des membres doit intervenir dans les 8 jours qui suivent, pour fixer une nouvelle date de réunion au cours de laquelle le quorum n'est plus nécessaire.

Il se réunit également en urgence lorsqu'il existe un «danger grave et imminent» ou à la suite de tout accident ayant eu des conséquences graves.

Il peut procéder à des enquêtes (à la suite d'un accident) et à des visites sur site après délibération fixant l'objet, le secteur géographique et la composition de la délégation chargée de la visite (qui comprend un représentant de l'administration). Le rapport d'enquête ou de visite est ensuite présenté au CHSCT.



QUEL EST LE RÔLE DE LA CELLULE DE VEILLE DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX ?

TEXTES DE REFERENCE

Accord cadre sur la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique du 22 octobre 2013

Plan de prévention ministériel des risques psychosociaux du 20 octobre 2010.

DEFINITION

La cellule de veille des RPS est une émanation du CHSCT (cf fiche n°3) et est incluse dans l'architecture départementale de prévention des RPS.

De composition paritaire et pluridisciplinaire, elle traite de situations collectives de travail susceptibles d'avoir un impact sur la santé physique ou mentale des agents.

Des conditions de travail collectives dégradées peuvent induire des situations de fragilité individuelle. Néanmoins, **la cellule de veille n'a pas à connaître de situa-**

tions individuelles qui peuvent faire l'objet d'un examen dans le cadre des réunions des "pôles de vigilance suicide"(PVS) coordonnées par le réseau de la médecine de prévention (cf fiche n°16).

La cellule de veille n'est pas le comité de rédaction du DUERP, même si la composition est similaire: le comité de rédaction a une compétence d'écriture qui porte sur l'ensemble des risques professionnels (amiante, incendie, routier, RPS par exemple), alors que la cellule de veille n'est compétente qu'en matière de RPS.

CONTEXTE / OBJECTIFS

La cellule de veille a une fonction permanente de détection des RPS afin de proposer, le cas échéant, des dispositifs de prévention appropriés.

Les situations collectives de travail couvrent les questions de management, de réorganisation des services, d'organisation du travail ou de rythme de travail.

COMPOSITION

La cellule de veille est traditionnellement départementale et organisée selon une logique "métier" (propre à chaque direction d'emploi).

La cellule de veille comprend :

→ un président, qui est le chef de service départemental ou son représentant (chef d'état major ou responsable RH), assisté des représentants infra-départementaux (au niveau des circonscriptions de sécurité publique par exemple) ;

→ l'assistant ou le conseiller de prévention, qui prépare ces réunions ;

→ les professionnels de soutien (médecine de prévention, service social, service de soutien psychologique opérationnel, inspection en santé et en sécurité au travail) ;

→ les représentants du personnel, qui peuvent être conviés.

Il est recommandé de compléter cette architecture, en favorisant la création de "groupes de travail" qui pourront être infra-départementaux.



FONCTIONNEMENT

La cellule de veille se réunit selon un calendrier qu'elle définit dans un règlement intérieur. Il est conseillé de prévoir une fréquence de réunion bimestrielle.

Elle propose des éléments d'analyse objectifs pour permettre la réalisation d'un diagnostic et identifier, le cas échéant, les sources de difficultés.

Elle rend compte au CHSCT de son activité .

La cellule de veille peut être saisie à l'initiative des membres la composant, par exemple en cas de survenance d'un évènement particulier au sein d'un service.

Le conseiller de prévention, placé auprès du directeur départemental, joue un rôle important dans la préparation des réunions des cellules de veille, dans les relations entretenues régulièrement avec les membres de la cellule et avec les assistants de prévention qui siègeront quant à eux dans les groupes de travail.



QUEL EST LE RÔLE DES PRÉVENTEURS ET DES INSPECTEURS SANTÉ SÉCURITÉ AU TRAVAIL (ISST) ?

TEXTES DE REFERENCE

Décret n°82-453 du 28 mai 1982 modifié par le décret n°2011-774 du 28 juin 2011, relatif à l'hygiène et la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique

Circulaire n° NOR/INTA1413927C du 1^{er} juillet 2014 portant sur l'organisation et les missions du réseau des

fonctionnaires et militaires chargés de l'inspection en matière de santé et sécurité au travail du ministère de l'Intérieur

Instruction DGPN du 5 janvier 2012 portant organisation du réseau des conseillers et des assistants de prévention au sein de la Police nationale

DEFINITION

Le décret du 28 mai 1982 modifié prévoit que les chefs de service sont chargés de veiller à la sécurité et à la protection de la santé des agents placés sous leur autorité.

Le réseau des préventeurs (conseillers de prévention et assistants de prévention) est constitué pour appuyer les chefs de service dans l'élaboration de leur politique de prévention des RPS et de formation du personnel à la prévention des risques. Les assistants de prévention (AP) et les conseillers de prévention (CP) sont nommés par et auprès des chefs de service, sous l'autorité desquels ils exercent leurs fonctions.

Les AP constituent le niveau de proximité du réseau des préventeurs. Les CP assurent une mission de coordination de l'activité des assistants de prévention. Les conseillers de prévention sont institués lorsque l'importance des effectifs, le nombre de risques professionnels, l'organisation géographique des services le justifient. Ils ne sont pas à temps plein sur ces fonctions.

Les inspecteurs santé et sécurité au travail (ISST), dont le nombre, le territoire de compétence et la résidence administrative sont déterminées par le secrétaire général du ministère qui les nomme, sont désignés par arrêté conjoint du ministre de l'intérieur et du ministre chargé de la fonction publique.

Ils sont rattachés fonctionnellement au collège des inspections générales chargé des questions de santé et sécurité au travail, de manière à garantir leur indépendance dans l'exercice de leurs fonctions. Ils sont nommés pour une durée de trois ans renouvelable, ils assurent leurs missions à plein temps.

CONTEXTE / OBJECTIFS

Les préventeurs (AP et CP) et les ISST constituent des acteurs incontournables dans la mise en oeuvre et l'animation de la politique de santé et de sécurité au travail et le développement d'une culture commune et partagée dans ce domaine.

Les préventeurs assistent et conseillent le chef de service dans la démarche d'évaluation des risques et la mise en place d'une politique de prévention, ainsi que dans la mise en oeuvre des règles de sécurité et d'hygiène au travail. Ils ont une mission de sensibilisation,

d'information et de formation du personnel à la prévention des risques.

Les ISST contrôlent l'application de la réglementation en matière de santé et sécurité au travail et proposent au chef de service la mise en place de mesures anticipatrices ou correctives pour améliorer les conditions de travail. Ils consultent, à l'occasion de leurs visites, le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP, cf fiche n°1) et le registre en santé et en sécurité au travail.



Les ISST fournissent tout conseil utile aux chefs de service et veillent à la communication de l'information entre les différents acteurs de la santé et sécurité au travail de leur zone de compétence. **Les ISST sont invités à participer aux travaux du comité de rédaction du DUERP et de la cellule de veille des RPS.**

Il est recommandé de faire appel, en tant que de besoin, aux ressources offertes par les ISST et de s'adjoindre les compétences d'un préventeur.

COMPOSITION

548 assistants et conseillers de prévention sont en poste dans le périmètre Police nationale.

19 ISST sont répartis sur le territoire national, à raison de 2 à 3 par zone de défense et de sécurité. La couverture des géographies ultra-marines (départements et collectivités d'outre-mer) est assurée par les ISST des zones de défense hexagonales (cf fiche 5bis).

L'ISST coordinateur national assure, sous l'autorité du collègue des inspections, l'animation et la coordination du réseau.

FONCTIONNEMENT

Les préventeurs bénéficient d'une formation initiale de 5 jours, préalablement à leur prise de fonction. Les conseillers de prévention bénéficient d'une formation spécifique de 3 jours supplémentaires.

Les préventeurs disposent d'une lettre de mission de leur chef de service, qui déterminent des objectifs à hauteur du temps de travail relatif à l'exercice de cette responsabilité (soit 20% et 50% du temps de travail, respectivement pour l'assistant et le conseiller de prévention).

Les ISST remplissent leurs missions d'inspection, de conseil et d'animation des réseaux conformément aux priorités d'action établies par le collège des inspections générales et la coordination nationale auxquels ils sont rattachés. Les ISST territorialement compétents sont saisis par le chef de service en tant que de besoin.



COORDONNÉES DES INSPECTEURS SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL

Monsieur Yves BENEDETTI, Coordonnateur national des Inspecteurs Santé et Sécurité au Travail
01 80 15 41 86 / 06 61 34 91 97

Zones	Nom	Départements en charge	coordonnées téléphoniques	courriel
Paris / Adm centrale	Yves BENEDETTI	75,77,78,91,92,93,94,95	01 80 15 41 86 06 61 34 91 97	isstcoordinationnat@interieur.gouv.fr yves.benedetti@interieur.gouv.fr
Paris / Adm centrale	Gilles GOMBAUD	75,77,78,91,92,93,94,95	01 53 73 43 63 06 61 34 91 98	gilles.gombaud@interieur.gouv.fr
Paris / Adm centrale	Charles PIROUX	75,77,78,91,92,93,94,95	01 53 71 43 76 06 32 28 31 13	charles.piroux@interieur.gouv.fr
Paris / Adm centrale	Eric TRYSTRAM	75,77,78,91,92,93,94,95	01 80 15 41 61 06 33 53 72 94	eric.trystram@interieur.gouv.fr
Nord	Eric WAGNER	59,02	03 20 30 57 26 06 32 16 54 91	eric.wagner@nord.gouv.fr
Nord	Jean-Bernard BOUCHEZ	60,62,80	03 21 21 22 43 06 63 86 05 56	jean-bernard.bouchez@pas-de-calais.gouv.fr
Est	Georges BAUER	08,88,54,55,57	03 87 37 46 97 06 61 34 92 28	georges.bauer@moselle.gouv.fr
Est	Sandrine SAINTOYANT	10,21,51,52,58,89	03 80 44 54 51 06 61 34 92 24	sandrine.saintoyant@interieur.gouv.fr
Est	Michel DUBOIS	25,39,67,68,70,90	03 87 37 46 98 06 48 91 36 19	michel.dubois@moselle.gouv.fr
Sud Est	Philippe MIOR	03,07,15,26,42,43,63	04 72 61 60 07 06 48 91 36 29	philippe.mior@rhone.gouv.fr
Sud Est	Corinne FAYOLLE	01,38,69,73,74	04 72 61 68 02 07 86 87 35 54	corinne.fayolle@rhone.gouv.fr
Sud	Eric BORDEREAU	04,05,06,13,2A,2B,83	04 84 35 41 48 06 63 86 27 65	eric.bordereau@bouches-du-rhone.gouv.fr

Sud	José PELAYO	11,30,34,48,66,84	04 84 35 41 49 06 32 24 64 10	jose.pelayo@bouches-du-rhone.gouv.fr
Sud Ouest	Jean-Marc LE DREAN	16,17,19,23,24,79,86,87	05 57 95 03 23 06 61 34 92 29	jean-marc.le-drean@interieur.gouv.fr
Sud Ouest	Guillaume DELANNES	09,12,31,32,46,65,81,82	05 34 55 49 17 06 24 03 52 91	guillaume.delannes@interieur.gouv.fr
Sud Ouest	Roland HOUILLON	33,40,47,64	05 57 95 03 24 06 32 24 00 85	roland.houillon@interieur.gouv.fr
Ouest	Etienne-Marie LE DISSEZ	18,36,37,41,45,49,72,85	02 47 42 89 30 06 67 72 62 31	etienne-marie.le-dissez1@interieur.gouv.fr
Ouest	Thierry LE MAO	22,29,35,44,56	02 99 02 17 05 06 61 34 92 55	thierry.le-mao@interieur.gouv.fr
Ouest	Véronique JUBAN	14,27,28,50,53,61,76	02 32 76 54 14 06 67 59 95 64	veronique.juban@seine-maritime.gouv.fr

La couverture des géographies ultra-marines est la suivante:

- La Réunion et Mayotte: Zone de Paris
- Guyane: Zone Ouest
- Martinique et Guadeloupe: Zone Nord
- Saint-Pierre et Miquelon: Zone Ouest
- Nouvelle-Calédonie: Zone Sud
- Polynésie française: Zone Est

Une instruction du collège des inspections générales précisera les répartitions des outre-mers.



QUEL EST LE RÔLE DES REPRÉSENTANTS DU PERSONNEL ?



TEXTES DE REFERENCE

Loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat, article 16

Décret N°82-453 du 28 mai 1982 modifié par le décret n°2011-774 du 28 juin 2011, relatif à l'hygiène, la

sécurité et la prévention médicale dans la fonction publique, articles 39 à 46 inclus

Accord-cadre du 22 octobre 2013 relatif à la prévention des RPS dans la fonction publique.



DEFINITION

Les représentants du personnel contribuent à la protection de la santé physique et mentale et de la sécurité, à l'amélioration des conditions de travail des agents et veillent à l'observation des mesures prises en ces matières à l'égard du personnel.

Ils participent à l'architecture prévue en matière de sécurité et de santé au travail: CHSCT (cf fiche 3), pré CHSCT lorsqu'il existe, cellules de veille RPS et groupes de travail (cf fiche 4), comité de rédaction du document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) (cf fiche 1).

Toute implication des personnels dans la sensibilisation aux RPS et la mise en oeuvre des actions a vocation à en améliorer l'efficacité.



CONTEXTE / OBJECTIFS

Les représentants du personnel intègrent dans leurs fonctions une dimension à la fois collective et individuelle de la santé et sécurité au travail.

Au titre de la dimension collective:

→ ils participent aux débats et travaux menés au sein de l'architecture en santé et sécurité au travail, pour contribuer à la définition d'une stratégie de prévention des RPS dans un service (analyse de situations de travail, réflexion et participation à l'élaboration de projets) ;

→ ils peuvent saisir le président du CHSCT de sujets relevant de sa compétence, demander une convocation du CHSCT (à partir du moment où la demande représente plus de la moitié des membres du CHSCT).

Au titre de la dimension individuelle, ils sont les représentants de l'ensemble des agents et pas seulement du corps statutaire. Dans leurs relations quotidiennes avec leurs collègues, ils sont en première ligne pour détecter les difficultés.

Les représentants du personnel doivent avoir la capacité d'instruire le débat sur les conditions de travail (dimension réglementaire, sécuritaire, technique, matérielle, organisationnelle).



COMPOSITION

Le nombre des représentants du personnel varie selon la nature du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

Ils sont au nombre de 7 titulaires et 7 suppléants pour les CHSCT centraux. Localement, leur nombre est compris entre 3 et 9 titulaires, avec autant de suppléants que de titulaires (en fonction des tranches d'effectifs couverts).



FONCTIONNEMENT

La désignation des représentants du personnel au CHSCT se fait sur la base des résultats obtenus aux élections professionnelles au comité technique.

Parmi la représentation syndicale est désigné le secrétaire du CHSCT qui a un rôle de proposition au regard de l'ordre du jour du CHSCT sur lequel il est consulté. Il contresigne le procès verbal des réunions du CHSCT.

Les représentants du personnel bénéficient d'une formation de 5 jours sur le rôle et les missions du CHSCT, organisée par les délégations interrégionales à la formation (DIRF).

En application de l'accord-cadre relatif à la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique du 22 octobre 2013, des moyens en temps sont donnés aux membres titulaires et suppléants du CHSCT ainsi qu'au secrétaire de comité.

Il s'agit d'un temps dédié pour l'exercice des missions spécifiques (enquêtes, visites), proportionné aux effectifs couverts par l'instance. Il doit faire l'objet d'un arrêté des ministres chargés de la fonction publique et du budget.

A l'occasion de l'envoi des convocations des représentants du personnel en CHSCT, il est recommandé d'en adresser également un exemplaire aux membres suppléants, qui pourront sans attendre préalerter le chef de service pour bénéficier, le moment venu et si nécessaire, de l'autorisation leur permettant d'y participer.



COMMENT TRAITER LE RAPPORT A L'ARME ?

TEXTES DE REFERENCE

Arrêté ministériel du 6 juin 2006 modifié portant règlement général d'emploi de la Police nationale, notamment ses articles 114-4 et 114-6

Instruction DGPN du 24 septembre 2012 sur les procédures et pratiques en matière de port et de conservation des armes et munitions

Note du médecin chef de la Police nationale aux médecins inspecteurs régionaux du 28 avril 2014 relative

aux procédures de désarmement / réarmement et sur le «rapport sur le comportement et la manière de servir»

Etude-action INSERM relative à la prévention du suicide dans la Police nationale de juin 2010 (cf fiche 28)

Rapport d'inspection IGA-IGPN-IGGN sur la prévention du suicide dans les forces de sécurité intérieure de janvier 2013 (cf fiche 29).

CONTEXTE / OBJECTIFS

La « spécificité » du suicide dans les forces de sécurité intérieure repose sur l'usage de l'arme à feu, immédiatement ou très rapidement disponible et conduisant automatiquement à une « tentative aboutie ». Ce critère distingue les policiers (et les gendarmes) d'autres professions exposées particulièrement au stress et au danger (sapeurs pompiers, professions médicales, une partie du personnel pénitentiaire).

En 2013, près de 7 suicides de policiers sur 10 ont été commis avec l'arme de service. C'est le taux le plus élevé

depuis 20 ans. La moyenne sur les 20 dernières années est de 55%.

Entre 2011 et 2013, le nombre de suicides au service a été multiplié par 2,5 (11 % des suicides sont commis au service en 2011 contre 32 % des suicides en 2013).

Le risque fort de suicide concerne tous les membres du foyer (y inclus le conjoint et les enfants) et augmente en cas de troubles psychiques, dépression, dépendances et addictions, tentatives de suicide antérieures ou exposition à des suicides dans l'entourage.

LES REGLES DE DETENTION DE L'ARME EN DEHORS DES HEURES DE SERVICE

Ces règles relèvent d'abord du règlement général d'emploi de la Police nationale (RGEPN). Elles sont ensuite précisées par instructions du chef de service en fonction de contraintes particulières. Ces exigences visent notamment à prévenir tout usage accidentel ou suicidaire, tout détournement d'usage, toute disparition, perte ou vol.

Les procédures de dépôt et de stockage des armes détenues dans les locaux de police doivent être impérativement respectées.

Le policier est responsable, en tout temps, tous lieux et toutes circonstances, de la conservation de son arme individuelle pour autant qu'elle n'ait pas été déposée à l'armurerie ou dans un lieu sécurisé de dépôt collectif. L'instruction DGPN du 24 septembre 2012 rappelle qu'il est formellement interdit de conserver l'arme individuelle dans les tiroirs de bureau notamment.

Lorsque le policier n'est pas en service, il n'est autorisé à porter son arme que dans le ressort territorial où il exerce ses fonctions ou entre son domicile et son lieu de travail. Lorsque le policier est indisponible, c'est l'autorité hiérarchique qui se substitue à lui pour s'assurer des bonnes conditions de sa conservation.

L'arme de service est dite «stockée» pour une durée de remise supérieure à 31 jours.

L'arme de service est dite «déposée» pour une durée de remise inférieure ou égale à 31 jours consécutifs.

Elle est obligatoirement déposée lorsque le policier bénéficie d'une interruption de service supérieure au repos cyclique ou hebdomadaire. Elle peut être déposée pour une interruption de service inférieure au repos cyclique ou hebdomadaire. Elle est obligatoirement déposée à la fin de chaque vacation pour ce qui concerne les élèves-gardiens, les adjoints de sécurité et les réservistes.



Le responsable hiérarchique doit être certain que toute arme présente dans les locaux a été mise en sécurité, qu'elle est conservée dans des conditions garantissant la sécurité (chargeur/munitions séparés de l'arme avec témoin de chambre vide), que personne ne peut y accéder sans un contrôle, et qu'un dispositif de traçabilité fasse état de sa présence ainsi que de tout mouvement la concernant. Il doit à tout moment être en capacité de connaître la position de chaque arme dont le service est responsable (conservation au service ou détention par un policier).

La vérification du respect de l'obligation de dépôt liée à la position administrative du détenteur de l'arme (repos supérieur au repos de cycle ou hebdomadaire, congé maladie notamment) doit être régulière et a minima hebdomadaire. Le fonctionnaire ayant déposé son arme dans le cadre d'un congé ou d'un arrêt maladie pour quelque raison que ce soit, n'est appelé à récupérer son arme de service que le jour et à l'heure de sa reprise de travail.

Par ailleurs, une précaution particulière s'avère nécessaire lors des modalités de manipulation des armes en service. Il convient notamment de rappeler l'obligation d'utiliser les puits de neutralisation à disposition.

LE DESARMEMENT

Le désarmement est un acte majeur qui ne doit pas être pris à la légère. La suppression de l'arme, pour motifs disciplinaires, médical ou d'urgence, est douloureusement vécue par les fonctionnaires.

Le fonctionnaire désarmé doit faire l'objet d'une vigilance particulière. Un accompagnement psychologique doit notamment être proposé au fonctionnaire qui se retrouve désarmé. Une surveillance médicale régulière doit également être réalisée.

① En situation d'urgence immédiate

L'article 114-6 du RGEPN dispose que lorsque le policier présente un état de dangerosité pour lui-même ou pour autrui, l'autorité hiérarchique le désarme.

Le chef de service en informe dans les plus brefs délais le médecin de la police et envoie le fonctionnaire en consultation au service médical statutaire et de contrôle.

② En situation classique

Le désarmement peut être proposé au chef de service par un avis du médecin de la police.

Le chef de service est informé de la durée pendant laquelle doit porter l'exemption. Au retrait de l'arme d'autres restrictions d'aptitude ou d'emploi peuvent être proposées.

Le chef de service peut également être saisi d'une préconisation de désarmement par le médecin de prévention, soit à la suite d'une visite médicale, soit dans le cadre de l'examen d'une situation par le pôle de vigilance suicide (cf fiche 16).

Le chef de service a toute latitude de tenir compte ou pas, de l'avis du médecin statutaire et de contrôle ou de la préconisation émise par le médecin de prévention.

LE REARMEMENT

Le réarmement est un acte essentiel et déterminant qui implique l'ensemble des acteurs de soutien socio-médico-psychologique. Un accompagnement et un suivi doivent être organisés avec l'ensemble du réseau de soutien.

L'autorisation médicale de réarmement relève exclusivement du médecin inspecteur régional, qui s'entoure de l'avis du médecin statutaire de la police qui suit l'agent et éventuellement de l'avis de spécialistes agréés selon les circonstances ayant donné lieu au désarmement (les circonstances peuvent avoir été physiques ou psychiques).

L'autorisation médicale de réarmement proposée par le MIR peut être d'effet immédiat lorsque l'arrêt maladie a été la conséquence d'une altération de l'état physique.

L'autorisation médicale de réarmement sera en revanche progressive lorsque l'arrêt préalable aura été la conséquence d'une altération d'ordre psychique ou comportemental. Dans ce cas, il est organisé le séquençage progressif suivant :

① reprise sans arme pour une durée de 3 mois au minimum (avec ou sans temps partiel thérapeutique) ;

② activité autorisée avec arme mais restituée à chaque fin de service selon une durée qui reste à la discrétion du médecin de police ;

③ activité autorisée sans restriction.

Chaque étape est consécutive, d'une part à une consultation de l'agent par le médecin de police (dont les éléments sont portés sur son dossier médical), d'autre part à la transmission par le chef de service direct de l'agent du rapport de comportement sur la manière de servir de l'agent.

Au vu de l'avis médical qui a été formulé, il appartient au chef de service de se prononcer sur le réarmement. S'il le juge nécessaire, il peut passer outre cet avis et maintenir le désarmement,

Le rapport de l'étude action de l'INSERM de juin 2010 (cf fiche 28) précise que s'il est décidé du réarmement, l'arme de service devrait être remise à l'agent par son supérieur hiérarchique et pendant les heures de service.



A QUOI SERVENT LES DEMARCHES DE « DEBRIEFING » ET DE « DEFUSING » ?

TEXTES DE REFERENCE

Plan de prévention des risques psychosociaux du ministère de l'Intérieur d'août 2010

Instruction DGPN du 14 septembre 2004 relative au soutien psychologique aux fonctionnaires de la Police nationale

DEFINITION

Les démarches de «defusing» et de «debriefing» constituent des techniques d'intervention post-traumatique, mises en œuvre par les psychologues du service de soutien psychologique opérationnel (SSPO, cf fiche 15).

Ces démarches relèvent de la catégorie des «debriefings émotionnels». Leur dénominations, varie au regard du moment de leur mise en œuvre par rapport à l'évènement.

CONTEXTE / OBJECTIFS

Les « débriefings émotionnels » sont propres aux psychologues et doivent être différenciés des « débriefings techniques », qui sont mis en œuvre par la hiérarchie (qui se décomposent en débriefing dits opérationnels à la suite d'un dysfonctionnement dans un service ou d'une intervention perçue comme difficile, et en débriefing dits techniques et ciblés exclusivement sur les techniques d'intervention et de sécurité en intervention).

Le «debriefing émotionnel» a pour objectif de permettre aux personnes affectées de s'exprimer sur leurs ressentis dans un espace de parole, sans jugement ou évaluation. Il concourt à prévenir l'apparition de symptômes psycho-traumatiques, de favoriser la mobilisation des ressources individuelles dans la gestion des émotions. L'intervention permet d'accélérer le processus de récupération, de reprise de la maîtrise de soi et sa capacité d'adaptation. Elle permet également de repérer les personnes nécessitant des prises en charge complémentaires ou supplémentaires.



FONCTIONNEMENT

Les interventions post-traumatiques, qui conduisent les psychologues du SSPO à mettre en œuvre ces 2 techniques de « débriefing émotionnel », sont demandées par la hiérarchie, les fonctionnaires eux-mêmes, les partenaires sociaux, ou encore proposées par le psychologue lui-même, dès lors qu'un évènement grave en intervention est porté à la connaissance du SSPO.

L'adhésion des fonctionnaires est toujours un préalable à l'intervention du psychologue.

Le «débriefing émotionnel» prend les formes suivantes :
→ le «débriefing» lorsque la prise en charge, sous forme d'échanges ou d'entretiens en situation individuelle ou collective, est mise en place entre 24h et 72h après un évènement potentiellement traumatique ;

→ le «defusing», qui prend aussi la forme d'entretiens individuels ou collectifs, lorsque l'intervention est réalisée moins de 24h après l'évènement, Cette technique vise à accueillir l'état de choc, les perturbations émotionnelles des agents concernés.



QUELLES SONT LES MISSIONS DE LA MEDECINE DE PREVENTION ?

TEXTES DE REFERENCE

Code du travail, 4^e partie, livres 1 à 6

Code de la santé publique, incluant le code déontologie médicale (articles R 4127-1 et suivants du CSP)

Décret n° 82-453 du 28 mai 1982 modifié par le décret n°2011-774 du 28 juin 2011, relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique et sa circulaire d'application du 09 août 2011.

Décret n° 86-442 du 14 mars 1986 modifié relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires, notamment l'article 18.

Arrêté n° NOR/MTSF1010457A du 2 août 2010 relatif aux conditions d'aptitudes physiques particulières pour l'accès aux emplois de certains corps de fonctionnaires

Circulaire n° NOR/MFPF du 9 août 2011 relatif à l'hygiène et la sécurité et la prévention médicale dans la fonction publique

Instructions DGPN des 13 novembre 2012 (n° 12-6820D) et 20 mars 2013 sur la mise en place dans les services territoriaux de la Police nationale des pôles de vigilance suicide

DEFINITION

La médecine de prévention correspond à la médecine du travail pour les salariés du secteur privé, au profit de tous les agents de la fonction publique. La médecine de prévention a une activité transversale et est compétente pour l'ensemble des agents du ministère de l'Intérieur, qu'ils soient en poste en administration centrale et territoriale, dans les services de la Police nationale ou pour ce qui concerne les personnels civils de la gendarmerie nationale.

Le médecin de prévention est le conseiller de l'administration, de ses agents et de ses représentants en matière de prévention et de santé au travail.

Sa mission consiste à prévenir toute altération de la santé de l'agent du fait son activité professionnelle. Elle s'assure de la compatibilité de sa santé à son poste de travail et à son environnement de travail, tout au long de sa carrière et en réalise, dans ce cadre, la surveillance médicale.

OBJECTIF / MISSIONS

Les missions de la médecine de prévention se déclinent comme suit :

→ la surveillance médicale des agents par les visites médicales tout au long de leur carrière (Cf fiche 11). L'agent a l'obligation de répondre aux convocations de la médecine de prévention. (convocations établies sous la responsabilité du chef de service, en liaison avec le service d'emploi de manière à ne pas altérer le fonctionnement du service). Dans le cadre de la surveillance médicale, le médecin de prévention peut proposer des aménagements de poste de travail, à travers la fiche de visite qu'il remplit à l'issue de la visite médicale et dont

un exemplaire est transmis au chef de service par l'intermédiaire du gestionnaire des ressources humaines ;

→ l'organisation des premiers soins et des traitements d'urgence, trousse de secours, formation aux premiers secours. Le chef de service a l'obligation, en liaison avec le médecin de prévention, d'organiser un dispositif de secours interne et d'alerte, articulé avec les services de secours et les autres soins d'urgence ;

→ l'action sur le milieu professionnel dans le cadre du « tiers temps » : le médecin de prévention conseille le chef de service par des visites de locaux, des études de poste, des préconisations, par la participation à la ré-



daction du document unique et à la mise en œuvre des actions de réduction ou suppression des risques inventoriés ;

→ la conception et la mise en œuvre des programmes d'information en matière de santé, hygiène et sécurité au travail : information des personnels sur leurs risques professionnels, accidents d'exposition au sang, risques biologiques ;

→ l'activité de veille sanitaire : tuberculose, amiante, légionellose, exposition à d'autres substances ;

→ la participation aux dispositifs de santé et sécurité au travail : CHSCT comme membre de droit (cf fiche 3), cellule de veille sur les RPS (cf fiche 4), pôles de vigilance suicide (PVS) en tant que coordinateur (cf fiche 16).

Les médecins de prévention sont appelés à nouer un partenariat très étroit avec l'ensemble du réseau de soutien du ministère, au regard de leurs responsabilités en matière de prévention des RPS et du risque suicidaire : service social, service de soutien psychologique opérationnel, service médical statutaire et de contrôle, inspection en santé et sécurité au travail ;

→ la participation aux réunions des comités médicaux et des commissions de réforme, pour lesquelles il peut lui être demandé la rédaction d'un rapport obligatoire (blessures en service, maladies professionnelles, congés d'office notamment) (cf fiche 22).

COMPOSITION

Le réseau de la médecine de prévention est compétent pour l'ensemble des agents du ministère de l'intérieur, sauf les militaires de la gendarmerie nationale et les sapeurs pompiers. Le réseau est composé de médecins tous titulaires de la qualification en médecine du travail.

Ce réseau de 241 médecins se décompose comme suit :

① un médecin chef coordonnateur national ;

② 8 médecins coordonnateurs régionaux (à compétence zonale), qui sont les conseillers des préfets délégués à la défense et à la sécurité dans leur domaine de compétence ;

③ 232 médecins de prévention.

En cas d'absence d'un médecin de prévention local, il convient de contacter le médecin de prévention coordonnateur régional. Le réseau dispose en outre d'un médecin psychiatre addictologue et d'un médecin référent «rayonnements ionisants».

Le médecin de prévention est coordonnateur d'une équipe pluridisciplinaire, composée d'infirmiers, ergonomes, psychiatres, toxicologues, ainsi que d'un psychologue qui ne relève pas du service de soutien psychologique opérationnel mais qui est ponctuellement sollicité pour participer à la réflexion collective sur l'aménagement des conditions de travail.

FONCTIONNEMENT

Le médecin de prévention peut être saisi par le chef de service, les acteurs du réseau de soutien et les personnels. La santé au travail est placée sous la responsabilité du chef de service et le médecin de prévention est, dans son domaine de compétence, son conseiller. Le chef de service, (eu égard à sa responsabilité en matière de préservation de la santé au travail des agents placés sous son autorité) ainsi que les autres acteurs concernés par la santé des agents au travail doivent communiquer en temps utile au médecin de prévention les informations qui lui permettent d'accomplir ses missions.

Les services de médecine de prévention et de médecine statutaire et de contrôle développent des relations privilégiées dans le domaine de la détection, la plus précoce possible, des situations de fragilité individuelle et de leur suivi.

Le médecin inspecteur régional (MIR) du service médical statutaire et de contrôle transmet régulièrement au médecin coordonnateur régional du service médical de

médecine de prévention les positions médico-administratives des agents (en cas d'arrêt de maladie prolongé).

Outre la visite médicale devant le médecin statutaire à l'issue d'un congé maladie, la reprise d'activité s'accompagne aussi d'une visite médicale devant le médecin de prévention dans un délai maximal de 8 jours à compter du jour de la reprise, de manière à apprécier la nécessité ou non d'adapter le poste de travail ou les conditions de travail (et notamment dans le cadre d'une restriction d'aptitude qui aurait été retenue).

La médecine de prévention assure les liaisons utiles avec les acteurs de la santé extérieurs (médecins traitants, secteur hospitalier).

Le médecin de prévention apporte, dans le respect du secret médical, son assistance aux chefs de service pour permettre le bon fonctionnement du service.



COORDONNEES MEDECINE DE PREVENTION LISTE DES MEDECINS COORDONNATEURS REGIONAUX

Dr Florence FOULLON, Médecin coordonnateur national du ministère de l'Intérieur

01 40 07 25 01 / 06 67 52 95 46

Zones territoriale de compétence	nom	Adresse postale	Départements et sites en charge	Téléphone	Mobile	Mail
ADM centrale Toutes zones	Dr FOULLON	ministère de l'Intérieur service médical de prévention Place Beauvau 75800 Paris cedex	Sites de l'Administration centrale Asnières, Beauvau, Daumesnil, Lognes, Morland, Nanterre, Nélaton	01 40 07 25 01 (Beauvau)	06 67 52 95 46	florence.foullon@interieur.gouv.fr
Ouest	Dr CHEVREAU-FONTENEAU Dr BOUDIN (en fonction jusqu'au 2 mai 2015)	Préfecture d'Ile-et-Vilaine Préfecture du Loiret 181 rue de Bourgogne 45042 Orléans cedex	14, 22, 27, 29, 35, 50, 56, 61, 76 18, 28, 36, 37, 41, 44, 45, 49, 53, 72, 85	02 99 02 12 87 02 38 81 42 71 ou 02 38 81 42 63 ou 02 38 80 27 53	06 74 29 44 85	laurence.chevreau-fonteneau@ile-et-vilaine.gouv.fr boudinj@wanadoo.fr
Sud est	Dr DURAND	Préfecture du Rhône 106 rue Pierre Corneille 69003 Lyon	01, 03, 07, 15, 26, 38, 42, 43, 63, 69, 73, 74	04 72 61 67 95	06 63 27 76 76	charles.durand@rhone.gouv.fr
Sud	Dr DE PERETTI	Préfecture des Bouches du Rhône Service médical de prévention 11 rue Sylvabelle 13006 Marseille	04, 05, 06, 11, 13, 2A, 2B, 30, 34, 48, 66, 83, 84	04 84 35 40 28	06 63 27 77 54	laetitia.de-peretti@bouches-du-rhone.gouv.fr
Sud Ouest	Dr ROGER	Préfecture de Haute Garonne service départementale d'action sociale 17, rue du rempart Saint Etienne 31000 Toulouse	09, 12, 16, 17, 19, 23, 24, 31, 32, 33, 40, 46, 47, 64, 65, 79, 81, 82, 86, 87	05 34 45 39 32 ou 05 34 45 38 28	06 63 27 79 69	sylviane.roger@haute-garonne.gouv.fr



Est	Dr LETACON	Préfecture de Meurthe et Moselle DCIM3 - service départemental d'action social 1, rue du préfet Claude Erignac CS 60031 54038 Nancy cedex	08, 10, 21, 25, 39, 51, 52, 54, 55, 57, 58, 67, 68, 70, 71, 88, 89, 90	03 83 34 27 25	06 25 93 13 27	alice.le-tacon@meurthe-et-moselle.gouv.fr
Paris	N.C	Hôpital des gardiens de la paix service médical de prévention 35 bd saint Marcel 75013 Paris	Préfecture de Police 75	01 44 08 08 14	NC	
Ile-de-France	Dr VERGELY- TESNIERES	ministère de l'Intérieur service médical de prévention 101, rue des Trois Fontanot 92000 Nanterre	77, 78, 91, 93, 94, 95	01 40 97 83 32	06 23 41 40 26	sandrine.vergely-tesnieres@interieur.gouv.fr
SGAP Nord	Dr DOUBLET	pôle santé travail du nord 118 rue de Solférino BP 1365RP 59039 Lille cedex	02, 59, 60, 62, 80	03 28 52 06 28 (secrétariat)	NC	adoublet@polesantetravail.fr

NB : Outre-mer : Pas de médecin coordonnateur nommé

Contact : Dr Florence FOULLON

Médecin chef, coordonnateur national

place Beauvau - 75800 Paris cedex

Tél : 01 40 07 25 01

Courriel : florence.foullon@interieur.gouv.fr



QUELLES SONT LES MISSIONS DE LA MEDECINE STATUTAIRE ET DE CONTRÔLE ?

TEXTES DE REFERENCE

Code de santé publique, y inclus le code de déontologie médicale (article R 4127-1 et suivants du CSP)

Décret n° 86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires

Décret n°95-654 du 9 mai 1995 modifié fixant les dispositions communes applicables aux fonctionnaires actifs des services de police

Arrêté ministériel du 6 juin 2006 n° NOR/INTC0600544A portant règlement général d'emploi de la Police nationale

Arrêté du 2 août 2010 n° NOR MTSF1010457A relatif aux conditions d'aptitude physique particulières pour l'accès aux emplois de certains corps de fonctionnaires

Circulaire PF4 n°1711 du 30 janvier 1989 relative à la protection sociale des fonctionnaires et stagiaires de l'Etat contre les risques maladie et accidents de service

Circulaire du 21 juillet 2004 n° NOR/INTC0400094C relative à l'absentéisme d'ordre médical des fonctionnaires actifs affectés dans les services de police

Circulaire du 6 février 2007 n° NOR/INTC0700029C relative au règlement d'emploi des médecins de la Police nationale

DEFINITION

A l'instar d'autres institutions comportant des fonctionnaires ou militaires confrontés à des risques importants et éventuellement porteurs d'armes, la Police nationale bénéficie d'un service médical spécifique dont la mission essentielle est de vérifier que les personnels sont aptes physiquement à occuper les différents métiers exercés dans la Police nationale.

La médecine de la Police nationale est une médecine statutaire et de contrôle. Elle est le service médical en charge de veiller à l'aptitude physique des personnels de la Police nationale à exercer leur métier, depuis le

recrutement jusqu'à leur mise à la retraite et leur éventuel emploi au titre de la réserve s'ils sont actifs : fonctionnaires actifs, administratifs et techniques, personnels scientifiques, adjoints de sécurité, réservistes.

La médecine statutaire et de contrôle a pour objet la détermination et le suivi des aptitudes physiques des agents à exercer leur emploi pour les publics cités, le suivi des positions médico-administratives des personnels actifs (malades ou blessés), le contrôle de l'absentéisme et des arrêts maladie des personnels.

OBJECTIF / MISSIONS

Les missions du service médical statutaire et de contrôle se déclinent comme suit:

→ la détermination de l'aptitude physique à l'exercice du métier, au moment du recrutement des candidats aux métiers actifs de la Police nationale (y compris ADS), au moment de l'incorporation dans les écoles de police, à l'examen d'une candidature à certains emplois spécialisés tels que motocycliste, maître nageur sauveur, moniteur de tir, maître chien, plongeur, démineur, garde d'ambassade.

→ la détermination de l'aptitude physique des fonctionnaires actifs pour exercer des fonctions :

→ dans des structures spécialisées : force d'intervention de la Police nationale (FIPN), service de la protection (SDLP), brigades de recherche et d'intervention (BRI), sections de protection et d'intervention au sein des compagnies républicaines de sécurité (CRS) ;

→ à l'occasion d'une candidature pour une affectation outre-mer ou à un emploi subordonné au renouvellement préalable du permis de conduire (catégorie B) ;



→ l'avis d'aptitude au moment de la reprise de service (lorsque le CMO est d'une durée supérieure à 15 jours). Outre la visite médicale devant le médecin statutaire à l'issue du congé maladie, la reprise de service s'accompagne aussi d'une visite médicale devant le médecin de prévention dans un délai maximal de 8 jours à compter du jour de la reprise, de manière à apprécier la nécessité ou non d'adapter le poste de travail ou les conditions de travail (cf fiche 9) ;

→ l'avis en matière de réarmement pour les personnels actifs, les ADS et les réservistes, qui est de la seule compétence du médecin inspecteur régional ;

→ le contrôle médical de l'absentéisme des fonctionnaires actifs de police (à l'initiative du service médical lui-même ou sur demande de la hiérarchie) et des personnels administratifs, scientifiques et techniques (à l'initiative de la seule hiérarchie) ;

→ l'établissement des dossiers médicaux des fonctionnaires blessés en service présentés à la commission de réforme, des demandes de prise en charge financière par l'administration des frais de soins, de matériel médical ou de transport (cf fiche 17), la mise en place des expertises permettant de fixer les taux d'invalidité liés à un accident ou une affection imputables au service ;

→ l'établissement des dossiers médicaux des fonctionnaires en congé de maladie présentés au comité médical (examens cliniques, biologiques, d'imagerie médicale, rapports d'expertise des spécialistes agréés) ;

→ l'instruction des demandes de mutation à caractère dérogatoire au regard des problèmes de santé invoqués par le demandeur ;

→ l'appréciation de la capacité d'un fonctionnaire à subir les démarches et les éventuelles sanctions liées aux affaires disciplinaires.

COMPOSITION

Les médecins de la Police nationale, qui constituent le service médical statutaire et de contrôle, sont placés sous l'autorité du médecin chef de la Police nationale, assisté d'un médecin chef adjoint. Ce sont des médecins agréés qui collaborent au fonctionnement de la Police nationale. Ils sont 270 médecins agréés.

Dans les SGAMI, le service médical statutaire et de contrôle est placé sous la responsabilité d'un médecin inspecteur régional (MIR) qui exerce une compétence fonctionnelle sur l'activité médicale et médico-administrative des médecins agréés de la Police nationale. Les MIR sont au nombre de 18.

Le MIR est sous l'autorité fonctionnelle du préfet délégué à la défense et à la sécurité dont il est le conseiller technique dans son domaine de compétence. Il travaille

en liaison constante avec la structure administrative chargée des affaires médicales au sein du SGAMI. Il contrôle les avis donnés par les médecins de Police nationale en matière d'aptitude physique des personnels à exercer leurs fonctions et décide de leur aptitude au réarmement, donne un avis médical sur le degré d'invalidité en cas d'incapacité de l'intéressé à exercer ses fonctions.

De même, le MIR développe des relations privilégiées avec le médecin coordonnateur régional de la médecine de prévention pour permettre à ce dernier de détecter, le plus tôt possible, les situations de fragilité individuelle et d'en organiser la prise en charge (notamment dans le cadre des Pôles de vigilance suicide) (cf fiche 16).

FONCTIONNEMENT

Le service médical statutaire et de contrôle est en lien avec l'ensemble des services administratifs et les autorités hiérarchiques des personnels de la Police nationale.

Toute transmission entre le service médical et les services administratifs se fait dans le respect des règles du secret médical.

En matière de détermination de l'aptitude physique à l'emploi, il est de la responsabilité du chef de service de convoquer l'agent pour toute visite, par le biais du service médical. L'avis d'aptitude, qui se matérialise par la délivrance du certificat médical d'aptitude, est donné à l'agent lui-même, et transmis parallèlement à l'autorité hiérarchique. Le service médical, afin de parfaire son avis, peut demander un rapport au supérieur hiérarchique sur la manière de servir.

En cas de restriction d'aptitude, le chef de service saisit la médecine de prévention pour que soient aménagés au mieux le poste de travail et les conditions de travail de l'agent, conformément à ces restrictions (cf fiches 9 et 11).

En matière de suivi administratif des arrêts maladie, le volet 1 du triptyque d'arrêt de travail délivré par le médecin traitant est soumis au secret médical. Les personnels actifs doivent impérativement le transmettre au service médical statutaire et de contrôle. Les personnels administratifs et techniques, les personnels scientifiques doivent conserver ce volet 1 dans l'hypothèse d'une visite de contrôle à la seule initiative de la hiérarchie. Les volets 2 et 3 doivent être transmis impérativement dans les 48 heures au chef de service.

Toute demande de contrôle hiérarchique à visée médicale doit être faite par écrit, avec un rapport motivant la demande de contrôle, au service médical statutaire et de contrôle. Le résultat du contrôle sera transmis par écrit à l'autorité hiérarchique.

Le réarmement répond aux obligations réglementaires du règlement général d'emploi de la Police nationale. L'autorisation médicale de réarmement relève exclusivement du service médical statutaire et de contrôle (cf fiche 7).



COORDONNEES DES MEDECINS INSPECTEURS REGIONAUX ET ADJOINTS

Dr Claude GONZALEZ - Médecin Chef de la Police nationale

Chef du service médical statutaire et de contrôle

Tél. : 01 80 15 45 86

Zones territoriale de compétence	nom	Adresse postale	Départements et sites en charge	Téléphone	Mail
ADM centrale SGAMI 12/13	Dr SEYSSIECQ	ministère de l'Intérieur service médical statutaire et de contrôle Immeuble Lumière Place Beauvau 75800 Paris cedex 08	services centraux, formateurs, Outre-mer, 974, 976, COM	01 80 15 45 90	valerie.seyssiecq@interieur.gouv.fr
SGAMI Nord	Dr CHAIGNAUD	SMSC rue de Tournai 59048 Lille cedex	59, 02, 60, 62, 80	03 20 62 48 62	jean-pierre.chaignaud@interieur.gouv.fr
SGAMI Ouest	Dr LE MASSON	SMSC 28 rue Pilate 35027 Rennes cedex2	35, 22, 29, 56, 53, 72, 61, 50, 14	02 99 87 89 33	jean-michel.le-masson@interieur.gouv.fr
SGAMI Ouest - délégation Tours	Dr TAVAN	SMSC BP 249 30 rue du Murier 37542 St-Cyr-Sur-Loire Cedex	85, 44, 49, 37, 36, 18, 41, 45, 28	02 47 42 89 39	philippe.tavan@interieur.gouv.fr
SGAMI ouest - délégation Haute Norman- die	Dr PAILLOTIN	SMSC 7/9 rue Brisout de Barneville 76100 Rouen	76,27	02 32 81 43 30	gilles.paillotin@interieur.gouv.fr
SGAMI Sud Ouest	Dr BONNET	SMSC 89 Cours du Pré de St Maur 33041 Bordeaux cedex	33, 79, 86, 17, 16, 24, 47, 40, 64, 23, 87, 19	05 56 99 77 90	patrick.bonnet@interieur.gouv.fr
SGAMI Sud- Ouest délégation Toulouse	Dr MOUILLARD MIR adjoint : Dr BERNHARD	SMSC 4 Chemin de Borde- blanque BP30321 31776 Colomiers cedex	31, 46, 12, 82, 81, 32, 65, 09, 971	05 34 55 49 42	anne.mouillard@interieur.gouv.fr
SGAMI Sud	Dr MAURY MIR adjoint : Dr LAMBICCHI	SMSC 54 bd Alphonse Albais 13014 Marseille	13, 04, 05, 06, 83, 84, 30, 11, 34, 48, 66	04 86 57 68 58	jacques.maury@interieur.gouv.fr



SGAMI Sud délégation de Corse	Dr MARCAGGI	SMSC Hôtel de police BP 327 20179 Ajaccio cedex	Corse	04 95 11 17 80	paul.marcaggi@interieur.gouv.fr
SGAMI Sud Est	Dr SOUTERENE adjoint : Dr VOUZELLAUD	SMSC 215 rue André Phillip 69421 Lyon cedex 03	69, 01, 03, 26, 38, 43, 63, 73, 74, 42, 15, 07, 972	04 72 84 54 91	marie-pierre.souterene@interieur.gouv.fr
SGAMI Est - Metz	Dr FREY	SMSC espace Riberpray BP 1064 57036 Metz cedex 1	57, 08, 51, 10, 52, 55, 54, 88, 67, 68, 973	03 87 16 13 78	christian.frey@interieur.gouv.fr
SGAMI Est délégation Dijon	Dr PAULIN	SMSC 8 rue des Corroyeurs 21000 Dijon	21, 25, 39, 58, 71, 70, 89, 90	03 80 44 56 03	philippe.paulin@interieur.gouv.fr
SGAMI zone de défense de Paris	Dr DUFOUR MIR adjoint : Dr SUIRE Dr BUSNEL	SMSC 3 rue Cabanis 75014 Paris	75, 77, 78, 91, 92, 93, 94, 95	01 53 73 65 53	claudio.dufour@interieur.gouv.fr



QUELLES SONT LES DISPOSITIONS EN MATIÈRE DE VISITES MÉDICALES RELEVANT DE LA MÉDECINE DE PREVENTION ?



TEXTES DE REFERENCE

Code du travail, 4^{ème} partie, livres 1 à 6

Code de la santé publique, y inclus le code déontologie médicale (articles 4127-1 et suivants du CSP)

Décret n° 82-453 du 28 mai 1982 modifié par le décret n° 2011-774 du 28 juin 2011, relatif à l'hygiène et à la sécurité au travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique et circulaire d'application DGAFP du 09 août 2011

Décrets n°2012-136 et n°2012-134 du 30 janvier 2012 relatifs à la fiche de prévention des expositions prévue à l'article L. 4121-3-1 du code du travail

Arrêté du 2 août 2010 relatif aux conditions d'aptitudes physiques particulières pour l'accès aux emplois de certains corps de fonctionnaires

Circulaire PM n°5705/SG du 20 mars 2014 et ses annexes



DEFINITION

Les visites médicales mises en œuvre par la médecine de prévention sont réalisées, soit dans le cadre de la surveillance médicale obligatoire, soit à la demande des personnels de la Police nationale et des chefs de service. Elles permettent de vérifier, en lien avec les chefs de service et jusqu'à la cessation d'activité, la

compatibilité de l'état de santé des agents avec leur poste de travail (aptitude au poste de travail) et leurs conditions de travail, ainsi que d'assurer la traçabilité des expositions aux risques professionnels, en lien avec les chefs de service, depuis l'embauche jusqu'à la cessation d'activité.



CONTEXTE/ OBJECTIF

La médecine de prévention est chargée de veiller à la santé des agents au travail tout au long de leur carrière. Elle a une activité transversale et est compétente pour l'ensemble des agents du ministère de l'Intérieur, qu'ils soient en poste en administration centrale et territoriale, dans les services de la Police nationale ou pour ce qui concerne les personnels civils de la gendarmerie nationale (cf fiche 9).

Les visites médicales constituent un moyen indispensable de prévention des risques professionnels et de dépistage des difficultés en lien avec l'activité professionnelle.



FONCTIONNEMENT

Les visites médicales ont un caractère obligatoire auquel l'agent doit se soumettre.

L'organisation des visites médicales est placée sous la responsabilité des chefs de service : ceux-ci doivent donc fournir régulièrement aux médecins de prévention les listes des agents ainsi que les informations les concernant pour ceux exposés à certains risques professionnels (travail de nuit, risques biologiques, missions à l'étranger, rayonnements ionisants, services spécialisés, travail hyperbare).

Les convocations aux visites sont adressées par le service d'emploi, en lien avec le médecin de prévention. Le chef de service doit s'assurer que les convoqués y défèrent. Les visites et les examens complémentaires demandés interviennent dans le cadre du temps de travail des agents.

Les visites médicales sont mises en place au moins tous les 2 ans pour les personnels actifs et au moins tous les 5 ans pour les personnels administratifs.

Des visites médicales au moins annuelles doivent être mises en place pour les agents soumis à des risques particuliers : surveillance médicale particulière (SMP) pour risques professionnels ou pour raisons de santé.

Des examens complémentaires ou des visites spécialisées sont déclenchés pour aider à la décision de compatibilité au poste de travail si nécessaire (électrocardiogramme d'effort, radiologie, biologie notamment).

Le médecin de prévention fait retour de la fiche de visite vers la hiérarchie qui doit s'informer du bon fonctionnement des convocations et des consultations.

Le médecin de prévention formule des préconisations d'aménagement du poste et des conditions de travail. En cas de contestation par le chef de service de ces préconisations, ce dernier peut saisir le médecin de prévention coordonnateur régional. En cas de refus du chef de service de suivre ces préconisations, ce refus doit être écrit et motivé et porté à la connaissance du CHSCT (cf fiche 3).

Les différents types de visites

① Visite médicale de prise de poste et mise en place du dossier médical de prévention et contenant la « fiche individuelle de prévention des expositions aux risques professionnels ». C'est au cours de cette visite que l'agent doit être informé des risques liés à son poste de travail.

② Visites médicales obligatoires et périodiques : le médecin de prévention fixe la périodicité, et veille en ces occasions à vérifier la compatibilité de l'état de santé de l'agent avec son poste de travail. Il s'appuie sur le guide de médecine de prévention « métiers et risques » du ministère de l'Intérieur, tenu à jour par les médecins de ce réseau.

③ Visite de surveillance médicale renforcée (SMR) pour les travailleurs de nuit, ainsi que pour les postes à risques professionnels. Le médecin de prévention est seul habilité à prescrire les vaccinations en lien avec les risques professionnels encourus et les traitements prophylactiques.

④ Visites de surveillance médicale particulière (SMP) pour les personnes souffrant d'un handicap, les femmes enceintes, les agents réintégrés après un congé de longue maladie ou de longue durée, les agents souffrant de pathologies particulières.

⑤ Visites médicales à la demande des agents (difficultés professionnelles, personnelles, altération de l'état de santé, ou urgences médicales, certificat de visite pour les missions à l'étranger, stages)

⑥ Visites à la demande de l'administration (rapport du chef de service pour avis de compatibilité médicale à la poursuite de l'activité sur le poste), à l'issue desquelles le médecin de prévention conclura par un avis de compatibilité de l'état de santé de l'agent au poste de travail. Cet avis pourra être sans restriction, être assorti d'un aménagement des conditions de travail, ou conclure à une incompatibilité temporaire ou définitive au poste de travail.

L'occasion des visites médicales peut permettre d'orienter le fonctionnaire vers son médecin traitant, vers des consultations médicales spécialisées, vers les réseaux de soutien (service de soutien psychologique opérationnel, service social), la médecine statutaire.



QUELLES SONT LES DISPOSITIONS EN MATIERE DE VISITES MEDICALES RELEVANT DE LA MEDECINE STATUTAIRE ET DE CONTROLE ?



TEXTES DE REFERENCE

Code de santé publique, y inclus le code de déontologie médicale (articles R4127-1 et suivants du CSP)

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Décret n° 86-442 du 14 mars 1986 modifié relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires

Décret n°95-654 du 9 mai 1995 portant dispositions communes des fonctionnaires des services actifs de police

Arrêté ministériel du 6 juin 2006 portant règlement général d'emploi de la Police nationale

Arrêté du 2 août 2010 relatif aux conditions d'aptitude physique particulières pour l'accès aux emplois de certains corps de fonctionnaires

Circulaire du 21 juillet 2004 n°NOR/INTC0400094C relative à l'absentéisme d'ordre médical des fonctionnaires actifs affectés dans les services de police

Circulaire du 6 février 2007 n°NOR INT/C0700029C relative au règlement d'emploi des médecins de la Police nationale



CONTEXTE/OBJECTIF

Les visites médicales organisées par le service médical statutaire et de contrôle permettent d'évaluer l'aptitude physique des policiers à l'exercice de leur métier dans les conditions définies par les textes réglementaires en vigueur.

Ces visites ont aussi pour objectif de lui permettre de prolonger son activité professionnelle du mieux possible tout en maintenant au mieux la capacité opérationnelle des effectifs.

Ces visites concernent l'ensemble des personnels de police : actifs, ADS, réservistes, personnels administratifs, techniques et personnels scientifiques.



FONCTIONNEMENT

Pour les personnels actifs de police

Le SMSC convoque aux visites médicales pour déterminer ou contrôler l'aptitude physique à l'occasion des :

- recrutements et incorporations en école de police ;
- candidatures pour certains emplois spécialisés, conformément à la circulaire du 6 février 2007 relative au règlement général d'emploi des médecins de la Police nationale ;
- reprises d'activité ;

Le SMSC organise les visites de contrôle pour justification d'arrêt maladie (CMO, CLM, CLD), qui concernent l'ensemble des personnels de police.

● Sont à l'initiative de l'agent :

- visites de maintien en activité associées à la demande de l'employeur ;
- visites et avis de recours auprès du médecin chef, quand il existe une contestation par l'agent de l'avis d'aptitude prononcé en premier lieu par un médecin de police, visé par un MIR.

● Sont à l'initiative du chef de service :

- visites de reprise, qui doivent être faites le plus rapidement possible et au plus tard dans les 8 jours à compter du 1er jour de retour au travail. Tant que la visite n'a pas eu lieu, le fonctionnaire doit être affecté à un poste ne comportant aucun danger professionnel (poste sédentaire). En cas de reprise avec restriction d'aptitude, le médecin de prévention doit être informé de cette restriction pour organiser l'aménagement de poste de travail et assurer le suivi en lien avec le service d'affectation (cf fiches 9, 10, 11) ;
- visites de contrôle d'aptitude ;
- visites de contrôle pour justification d'arrêt maladie (CMO, CLM, CLD) ;
- visite de reclassement.

Pour les personnels administratifs et techniques et les personnels scientifiques

Les visites médicales sont uniquement sur demande hiérarchique et exclusivement en matière de contrôle de justification de l'arrêt maladie.



QUEL EST LE RÔLE DU SERVICE DE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE OPÉRATIONNEL ET COMMENT LE SAISIR ?

TEXTES DE REFERENCE

Arrêté ministériel du 6 juin 2006 portant règlement général d'emploi de la Police nationale

Circulaire relative au soutien psychologique des fonctionnaires de la Police nationale du 14 septembre 2004

Circulaire relative à l'exercice des fonctions de psychologue de la Police nationale du 31 janvier 2011

Instructions DGPN des 13 novembre 2012 et 20 mars 2013 sur la mise en place dans les services territoriaux de la Police nationale des pôles de vigilance suicide

CONTEXTE ET OBJECTIF

En raison de la nature, de l'objet et de la dangerosité de leurs fonctions, les policiers qui ont été confrontés à des situations potentiellement traumatisantes bénéficient d'un soutien psychologique approprié.

Ce soutien psychologique s'inscrit dans la démarche de prévention des risques psychosociaux et répond à l'obligation légale qu'a tout employeur de prendre les mesures nécessaires pour assurer la santé physique et mentale de ces salariés.

Le psychologue du Service de Soutien Psychologique Opérationnel (SSPO) procure, en toute confidentialité, assistance et soutien psychologique, individuel ou collectif.

La consultation d'un psychologue du SSPO n'a pas d'incidence administrative qui pourrait être un désarmement ou une mutation : le psychologue du SSPO connaît la réalité professionnelle des policiers et fait partie de l'institution policière.

COMPOSITION

La responsabilité du psychologique est confiée au SSPO, rattaché à la Direction des ressources et des compétences de la Police nationale, qui est composé de 60 psychologues cliniciens répartis sur chaque zone de défense et constitués en cellules de soutien psychologique opérationnel (CSPO).

Une CSPO compte entre 5 et 8 psychologues. Chaque psychologue a une compétence géographique qui peut couvrir plusieurs départements. C'est au SGAMI, en tant qu'autorité opérationnelle, de décider de la répartition des couvertures géographiques, notamment en fonction de la localisation des effectifs à couvrir et des distances à parcourir. Chaque territoire ultra-marin dispose d'un psychologue.

Les moyens de fonctionnement des psychologues sont fournis par chaque SGAMI (voiture, téléphone et ordinateur portables et connexion internet et intranet notamment).



FONCTIONNEMENT

Les psychologues du SSPO sont à la disposition des fonctionnaires de police, de leurs familles pour des difficultés professionnelles, également pour des difficultés personnelles qui pourraient avoir une incidence sur le contexte professionnel.

Les psychologues interviennent par des séances d'information préventive et organisent des permanences régulières au sein des commissariats de police situés dans leur zone de compétence géographique. A l'occasion de ces permanences, ils peuvent être saisis par le chef de service qui a connaissance d'une situation de fragilité individuelle, de façon à ce qu'une prise en charge psychologique, voire pluridisciplinaire puisse être réalisée. Le chef de service est informé en retour de l'effectivité de la prise en charge.

Les psychologues effectuent aussi des interventions post-traumatiques en faveur des personnels qui ont pu être impliqués dans un événement à caractère traumatique. Ces interventions se font après l'adhésion du ou des fonctionnaires. Il ne peut pas y avoir d'injonction de la hiérarchie.

Ces interventions sont sollicitées par le chef de service et le psychologue se met à sa disposition. Le psychologue, qui a également la connaissance d'un événement traumatisant, prend également l'attache du chef de service pour proposer ses services.

L'intervention après un événement post-traumatique doit être réalisée au plus proche de l'évènement et se poursuivra dans la durée, à la demande du chef de service.

Il est donc recommandé de contacter rapidement le psychologue de la CSPO localement compétente afin de définir ensemble le lieu et le cadre d'intervention. Il est essentiel que le psychologue soit prévenu rapidement et obtienne des informations précises sur l'évènement pour évaluer la situation et proposer les outils d'intervention les plus adaptés aux circonstances.

Il s'agit également de contacter les effectifs concernés pour leur proposer de rencontrer le psychologue du SSPO car une personne, en état de choc ou traumatisée ne s'inscrira pas, bien souvent, dans une démarche pro-active.

Pendant les heures ouvrables, chaque psychologue est joignable également sur son numéro de téléphone portable.

En cas d'urgence, un numéro d'appel national fonctionne 24h/24 et 7j/7 :

01 80 15 47 00

Le numéro d'appel pour la Préfecture de Police est le

01 55 43 32 78

et permet d'être mis en relation avec le secrétariat de la cellule de soutien psychologique opérationnel (CSPO). Aux heures de fermeture du secrétariat de la cellule, le répondeur vous indiquera le numéro du psychologue d'astreinte disponible au sein des états-majors.



COORDONNÉES DU SERVICE DE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE OPÉRATIONNEL

Chef SSPO

Adjointe chef SSPO: Isabelle VENOT

01.80.15.47.00 (24h/24)

Zones	nom	Départements/ services en charge	coordonnées téléphoniques
ADM centrale	I.Venot M.Truong	Services centraux	01.80.15.47.08 – 06.26.18.70.70
IDF	M.Damianthe L.Danset Duvivier A Darrieutort S.Ferreira O.Georgouleas	78- 95- 77- 91	06.08.65.39.92 06.78.79.10.80 06.75.56.03.37 06.08.88.74.06 06.08.46.50.40 01.39.66.21.54 / 70
IDF	A.Delabroye J. Dauphin E.Dubut F.Kirchhoffer J. Lardoux C.E.Tetrel V.Klein	PP- intra muros- 92-93-94	06.76.93.71.40 06.82.82.74.34 06.27.88.93.59 06.73.67.58.32 06.87.47.34.78 06.07.25.96.48 06.07.24.82.01 01.55.43.32.78 06.32.63.43.01 (n° astreinte)
Centre Est	A.C. Bleu P.Lecomte G.Cognasse V.Mastengue-Goneta S.Poyard-Cottet M.C. Zulian	69 69 01-73-74 03-15-63 07-42-43 26-38	06.33.24.69.85 06.85.82.59.33 06.15.13.73.03 06.26.50.13.23 06.85.76.43.76 06.08.55.95.95



Sud Est	V. Belmonte A.Caxavelli V.Leblanc C.Leduc M.Pesquie JM.Sasso A.Schmid L.Vadon	30-34-48 34-11-66 83 2A-2B 84-05-04-30 06 13 13	04.99.52.36.23- 06.70.77.65.70 04.68.83.56.90- 06.87.02.54.95 04.94.00.73.49- 06.73.21.56.39 04.95.23.72.52- 06.71.90.92.30 04.32.40.56.47- 06.89.74.67.72 04.92.17.25.63- 06.70.77.65.94 04.86.57.68.75- 06.76.76.10.38 04.86.57.68.74- 06.70.77.65.97
Nord	N.Bascop N.Leroy M.Mauroit R.Reblewski	59 62 district de Maubeuge & Cambrai 60-80	03.20.62.49.07- 06.08.53.10.64 03.21.21.20.56- 06.63.34.82.82 03.23.06.61.39- 06.25.42.21.79 03.22.97.83.57- 06.63.34.83.83
Est	S.Baumlin A.Briffoteaux E.Dhorne C.Dumont M.Fleurence L.Morosini N.Testucci	67 51-08-10 21-25 68-90-88-70 54-55-52 57 28-89-71-39	03.90.23.14.59- 06.16.47.47.62 03.26.36.15.50- 06.13.40.22.66 03.80.44.54.03- 06.82.01.02.26 03.89.56.89.64- 06.24.88.24.82 06.28.92.33.05 03.87.16.11.90- 06.11.77.20.95 03.85.93.94.31- 06.82.09.88.37
Ouest	C.Boulay M.Delannee A.Dujardin AS.Giboire T.Legrand E.Mateos-Raymond N.Merle A.Riban	76 22-35 61-28-72-53 44-85 29-56 41-37-49 36-45-18 50-14-27	02.32.66.30.62- 06.03.51.34.60 02.99.02.17.07- 06.03.51 00.25 02.43.39.72.07- 06.84.27.36.60 02.28.20.04.22- 06.16.13.46.31 02.98.66.74.04- 06.37.65.85.41 02.47.51.71.75- 06.80.66.74.56 02.38.81.43.19- 06.73.60.09.54 02.31.29.22.69- 06.88.45.86.86
Sud Ouest	A.Chouin L.Demain S.Felchner A.Guibout D.Lebreton A.Nicolas S.Wojcik	31-09 64-65-32 33-47 16-17-79-86 19-23-87-24 46-12-81-82 33-40	05.34.55.49.46- 06.64.02.83.16 05.59.98.26.04- 06.64.02.83.19 05.57.85.79.96- 06.64.02.83.29 05.49.37.96.42- 06.64.02.83.18 05.55.79.65.84- 06.64.02.83.17 05.63.21.54.00- 06.64.02.83.20 05.57.85.79.96- 06.64.02.83.15
DOM	A.Henry Boucaud M.Ladilas T.Aiguiier M.Cadet M.Braconnier	971 Guadeloupe 972 Martinique 973 Guyane 974 Reunion 976 Mayotte	05.90.21.65.51- 06.90.53.48.00 05.96.60.88.35- 06.96.25.81.23 05.94.25.55.14- 06.94.43.02.24 02.62.38.22.92- 06.92.34.76.08 06.39.09.13.13
COM	C.Goodfellow I.Guillemard	Nouvelle Calédonie Polynésie Française	00.687.78.52.34 689 74.44.00



QUELS SONT LE RÔLE ET LES MODALITÉS DE SAISINE DU SERVICE SOCIAL ?

TEXTES DE REFERENCE

Circulaire N°NOR INTK1307790C du 24/12/2013 relative aux missions et à l'organisation du réseau du service social du ministère de l'Intérieur

DEFINITION

Le service social a pour mission de faciliter la vie quotidienne et l'exercice de l'activité professionnelle des agents. Dans ce cadre, il est chargé de proposer des prestations susceptibles de prévenir ou de remédier aux difficultés individuelles ou collectives.

Son action s'inscrit dans la gestion des ressources humaines. Dans ce cadre, il assure des actions d'accompagnement social personnalisé, des fonctions d'expertise et d'appui au management. Il participe aux politiques de prévention, notamment à la prévention des risques psychosociaux.

CONTEXTE / OBJECTIF

La vocation du service social est de soutenir les individus face aux difficultés de la vie quotidienne, d'ordre privé ou professionnel, qu'elle soient passagères ou consécutives à des chocs provoqués par les aléas de la vie (rupture affective, accident, maladie, décès d'un proche ou d'un collègue, perte d'un bien à la suite d'un incendie, de catastrophes naturelles notamment). Pour

jouer pleinement son rôle, le service social doit être informé de façon précoce des situations pouvant relever de sa compétence mais également des évolutions et des contraintes institutionnelles. La pertinence de ses interventions repose en grande partie sur sa connaissance, en temps réel, du contexte professionnel des agents.

COMPOSITION

Organisé en réseau rattaché à la sous direction de l'action sociale et de l'accompagnement du personnel de la direction des ressources humaines (Secrétariat Général / DRH), le service social est composé d'un conseiller technique national, de 19 conseillers techniques régionaux chargés de fonction d'animation et d'encadrement de 220 assistants de service social appartenant au ministère de l'Intérieur ou intervenant pour son compte dans le cadre de conventions d'interministérialité.

Tous les personnels du réseau du service social sont titulaires d'un diplôme d'Etat d'assistant de service social et tenus au secret professionnel.

FONCTIONNEMENT

Le service social a été organisé pour pouvoir offrir des prestations de proximité aux agents. Il est implanté dans toutes les préfectures. Les assistants de service social sont également régulièrement présents sur les sites de travail pour faciliter les contacts avec les agents et la hiérarchie et mieux connaître les métiers et la culture de chaque service. Ils se déplacent, si nécessaire, au domicile des agents. Ils fonctionnent en réseau lorsque des interventions sont nécessaires sur plusieurs départements.

Pour mener à bien les missions qui lui sont confiées, le service social travaille, dans le respect des règles éthiques et déontologiques de la profession, en lien étroit avec les gestionnaires de personnels, les autres professionnels de soutien et, en tant que de besoin, avec des organismes extérieurs.

Le service social intervient soit à la demande de l'agent, soit à la demande d'un tiers : hiérarchie, gestionnaire de personnel par exemple. Les demandes d'accompagnement social individuel formulées par la hiérarchie sont à adresser à l'assistant de service social, verbalement ou par courriel.

Les demandes d'expertise dans le cadre de procédure disciplinaire ou de mutation dérogatoire doivent faire l'objet d'une demande écrite au conseiller technique régional pour le service social, et préciser le cadre, l'objet de l'intervention et le délai de réponse souhaité.

Pour les demandes d'intervention en urgence (décès, accident), l'assistant de service social doit être saisi par courriel, avec copie au conseiller technique régional pour le service social, en précisant les coordonnées de la famille (numéros de téléphones notamment) et le cas échéant, la personne référente de la situation dans le service.

Il est important que les assistants de service social soient informés des décisions administratives prises pour les fonctionnaires lorsque celles-ci peuvent avoir des conséquences d'ordre social, notamment des décisions de mutations dérogatoires, des mutations d'office ou des sanctions disciplinaires. De même, la connaissance de fonctionnaires placés de façon répétée en congés de maladie ordinaire, en congés de longue durée ou de longue maladie peut permettre de prévenir des difficultés administratives et sociales et faciliter la reprise du travail.

Les coordonnées des conseillers techniques régionaux et des assistants de service social sont disponibles sur le site intranet :

<http://actionsociale.interieur.ader.gouv.fr>



COORDONNÉES DES CONSEILLERS TECHNIQUES DE SERVICE SOCIAL

Madame Anita FRICONNET, Conseillère technique nationale pour le service social

01 80 15 40 10 / 06 68 92 02 74

ZONES	NOM	DÉPARTEMENTS EN CHARGE	COORDONNÉES TÉLÉPHONIQUES	COURRIEL
PARIS	PATRICK NICOLLE	75, 971, 972, 973, 974, 975, 976, 988	01 49 27 35 58 06 68 92 02 52	patrick.nicolle@interieur.gouv.fr
PARIS	CÉCILE SENE	77, 78, 91, 95	01 39 49 74 58 06 81 35 24 79	cecile.sene@yvelines.gouv.fr
PARIS	MARTINE CHARLES	92, 93, 94 PROVISOIREMENT 59	01 41 60 24 32 06 68 92 00 83	martine.charles@seine-saint-denis.gouv.fr
NORD	POSTE VACANT	59, 62		
NORD	PRISCILLIA CAMIER	02, 60, 80 PROVISOIREMENT 62	03 26 26 10 75 06 68 92 00 39	priscillia.camier@marne.gouv.fr
EST	PRISCILLIA CAMIER	08, 10, 51, 52	03 26 26 10 75 06 68 92 00 39	priscillia.camier@marne.gouv.fr
EST	EDITH HOULTEAU-PERRON	21, 58, 71, 89, 25, 39, 70, 90	03 80 44 65 47 06 68 92 01 91	edith.perron@cote-dor.gouv.fr
EST	ARMANDE FAESSEL	67, 68, 54, 55, 57, 88	03 87 34 46 99 06 68 92 00 55	armande.faessel@moselle.gouv.fr
SUD EST	MURIEL GIORDANO	07, 26, 42, 69	04 72 61 65 33 06 68 92 00 37	muriel.giordano@rhone.gouv.fr
SUD EST	SYLVIE EXERTIER	01, 38, 73, 74	04 76 60 32 06 06 87 32 30 67	sylvie.exertier@isere.gouv.fr
SUD EST	D O M I N I Q U E RANOUX	03, 15, 43, 63 PROVISOIREMENT 18, 36, 37, 41	04 73 98 61 72 06 68 92 00 31	dominique.ranoux@puy-de-dome.gouv.fr
SUD	CAROLE BREILLAC	11, 30, 34, 48, 66	04 67 61 68 14 06 68 92 00 66	carole.breillac@herault.gouv.fr
SUD	PATRICIA ROBIN	06, 2A, 2B, 83	04 93 72 24 68 06 68 92 02 29	patricia.robin@alpes-maritimes.gouv.fr



SUD	ISABELLE STEIN	04, 05, 13, 84	04 84 35 48 95 06 68 92 03 39	isabelle.stein@bouches-du-rhone.gouv.fr
SUD OUEST	D O M I N I Q U E RANOUX	19, 23, 87	04 73 98 61 72 06 68 92 00 31	dominique.ranoux@puy-de-dome.gouv.fr
SUD OUEST	VÉRONIQUE TATIN-CLAUX	24, 33, 40, 47, 64	05 57 30 05 15 06 34 45 01 29	veronique.tatinclaux@gironde.gouv.fr
SUD OUEST	SANDRA DARBAS	09, 12, 31, 32, 46, 65, 81, 82	05 34 45 39 22 06 68 92 00 49	sandra.darbas@haute-garonne.gouv.fr
SUD OUEST	ISABELLE HILLAIRET	16, 17, 79, 86	02 28 20 04 13 06 68 92 01 53	isabelle.hillairet@loire-atlantique.gouv.fr
OUEST	POSTE VACANT	18, 36, 37, 41, 28, 45		
OUEST	ISABELLE HILLAIRET	44, 49, 53, 72, 85	02 28 20 04 13 06 68 92 01 53	isabelle.hillairet@loire-atlantique.gouv.fr
OUEST	CÉCILE SENE	27, 76 PROVISOIREMENT 28, 45	01 39 49 74 58 06 81 35 24 79	cecile.sene@yvelines.gouv.fr
OUEST	ELISABETH CHERADAME	22, 29, 35, 56, 14, 50, 61	02 99 02 12 43 06 68 92 01 96	elisabeth.cheradame@ille-et-vilaine.gouv.fr



SUR QUOI PORTE LE PARTAGE DE L'INFORMATION AVEC LES PROFESSIONNELS DE SOUTIEN ?



TEXTES DE REFERENCE

Code du travail / Code la santé publique / Code de déontologie médicale

Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, article 10

Décret n°82-453 du 28 mai 1982 modifié par le décret n°2011-774 du 28 juin 2011, relatif à l'hygiène et à la sécurité au travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique

Décret n°2012-136 du 30 janvier 2012 relatif à la «fiche de prévention des expositions» prévue à l'article

L. 4121-3-1 du code du travail et décret n° 2012-134 du 30 janvier 2012

Arrêté du 2 août 2010 relatif aux conditions d'aptitude physique particulières pour l'accès aux emplois de certains corps de fonctionnaires

Instructions DGPN des 13 novembre 2012 et 20 mars 2013 sur la mise en place dans les services territoriaux de la Police nationale des pôles de vigilance suicide

Etude action de l'INSERM relative à la prévention du suicide dans la Police nationale de juin 2010 (cf fiche 27)



DEFINITION

Le défaut d'échange d'informations entre le chef de service et les professionnels de soutien a pu parfois laisser se développer les conditions d'une dégradation silencieuse et progressive des situations à risque.

Le chef de service, qui a les mêmes obligations que l'employeur au titre du code du travail, doit prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Il s'appuie sur les réseaux des professionnels de soutien.

Dans ce cadre, le chef de service et les professionnels de soutien partagent l'information qui est utile dans l'intérêt de l'agent et dans la limite du secret professionnel et de la déontologie de leur métier. Sauf danger imminent, l'échange d'informations s'effectue avec l'accord de l'intéressé.

Le médecin de prévention, qui a notamment pour rôle de prévenir toute altération de la santé physique et

mentale des agents du fait de leur travail, peut s'appuyer sur les autres professionnels de soutien.

L'échange de l'information permet notamment :

→ au médecin de prévention de disposer de toutes les informations nécessaires à la mise en œuvre de ses missions de préservation de la santé individuelle et collective au travail

→ au chef de service de connaître les dispositions prises ou envisagées par le médecin de prévention et pouvant avoir un impact sur la situation au travail de l'agent ou sur le fonctionnement du service (à l'exclusion des informations couvertes par le secret médical).

Le secret professionnel est là pour protéger les personnes et non pour laisser se développer les conditions d'une dégradation silencieuse et progressive de situations à risque.



CONTEXTE / OBJECTIF

Le rapport sur la prévention du suicide au sein des forces de sécurité intérieure, réalisé par les corps d'inspection générale de l'IGA, IGPN et IGGN et remis en janvier 2013, a souligné l'exigence d'échanges et de coordination entre professionnels de soutien. Une seconde exigence porte sur le suivi mieux partagé des informations individuelles telles que les arrêts maladie et sur la préparation du retour en service.

Les pôles de vigilance suicide (PVS) participent de cette volonté de partager l'information. La transmission, par le médecin inspecteur régional, des positions médico-administratives des agents en congé maladie (notamment lorsque la durée constatée excède, en continu ou en fractionné, 20 jours) au médecin coordonnateur régional de la médecine de prévention est également incontournable, de façon à préparer de façon anticipée



et coordonnée les conditions de retour en service de l'agent (cf fiche 18).

Le partage de l'information avec la hiérarchie, au regard de la responsabilité du chef de service en tant qu'employeur, est nécessaire pour préserver la santé de ses collaborateurs. La jurisprudence civile et administrative reconnaît d'ailleurs la responsabilité de l'employeur sur

la base d'une «obligation de résultat», puisque la faute inexcusable est reconnue dès lors que l'employeur devait avoir conscience du danger auquel le salarié était exposé et qu'il n'avait pas pris les mesures pour l'en préserver (jurisprudence pour faute inexcusable, CA Versailles, 19 mai 2011).



FONCTIONNEMENT

Le partage de l'information entre le chef de service et la médecine de prévention, qui peut passer, non seulement par la transmission de la fiche de visite, mais aussi par la tenue d'une rencontre régulière selon une fréquence déterminée en commun, est indispensable sur les sujets suivants :

- l'organisation des visites médicales de prévention ;
- le suivi des agents sur le plan médico-administratif : nature et durée des congés maladie, mutations ou mouvements internes ;
- le repérage des agents en situation de fragilité, notamment les agents interdits de voie publique ou désarmés ; tous les actes auto agressifs, conduites à risque ou addictions doivent être portés à la connaissance du médecin de prévention le plus tôt possible ;
- l'information du médecin de prévention en cas d'évènement grave, accident ou suicide ;
- le suivi des postes à risques (fiche de traçabilité des expositions aux risques professionnels) et la mise en place de mesures de prévention appropriées.

Ce temps formalisé de partage d'information n'exclut pas les échanges informels.

Le chef de service doit adresser au médecin de prévention la listes des agents en poste à jour pour connaître la totalité des effectifs à suivre, superviser les convocations médicales, et fournir les listes nominatives pour les postes exposés à des risques professionnels.

Le médecin de prévention doit adresser au chef de service le double des fiches de visite ainsi que les propositions d'aménagement des conditions de travail au vu des particularités du poste ou au regard de l'état de santé de l'agent. Ces propositions peuvent être temporaires. Si elles ne sont pas suivies, il convient de motiver les raisons du refus et le CHSCT doit en être tenu informé.

Dans le cadre d'une visite médicale à la demande de l'administration, le médecin de prévention doit y répondre par un retour de courrier.

Il est impératif que les fonctionnaires soient bien informés et convaincus que les procédures médicales et paramédicales sont sans lien avec les procédures disciplinaires, que la qualité de la prise en charge repose incontestablement sur la pluridisciplinarité des professionnels qui connaissent parfaitement le milieu policier.



QUEL EST LE ROLE DU PÔLE DE VIGILANCE SUICIDE ?

TEXTES DE REFERENCE

Instructions DGPN des 13 novembre 2012 et 20 mars 2013 sur la mise en place dans les services territoriaux de la Police nationale des pôles de vigilance suicide

Instruction DRCPN du 23 juillet 2013 aux services médicaux (médecine statutaire et de contrôle et médecine de prévention) sur l'échange d'informations dans le cadre de la prévention du suicide au sein de la Police nationale

Note du médecin-chef coordonnateur pour la médecine de prévention aux médecins de prévention du 03 janvier 2013 relative à la mise en place des PVS dans les services de la Police nationale

Note du médecin-chef de la Police nationale aux médecins inspecteurs régionaux du 8 octobre 2013 sur l'échange d'informations dans le cadre de la prévention du suicide dans la Police nationale

DEFINITION

Les pôles de vigilance suicide (PVS) constituent un dispositif qui permet de rassembler l'ensemble des professionnels de soutien autour du médecin de prévention dans le but de prendre en compte des situations de fragilités individuelles, signalées par un professionnel de soutien, voire par la hiérarchie, et de décider dans

ce cadre des modalités d'accompagnement les plus optimales permettant de prendre en ces vulnérabilités qui peuvent parfois conduire au suicide.

CONTEXTE/OBJECTIF

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 analysé le manque de coordination entre les réseaux des professionnels médico-sociaux comme une défaillance dans le dispositif de prévention (cf fiche 28).

La mission IGPN-IGA-IGGN, dans le cadre de la remise, en janvier 2013, de son rapport sur la prévention du suicide chez les personnels des forces de sécurité intérieure, a estimé que le dispositif de prise en compte par l'administration du suicide, était relativement structuré mais souffrait encore de faiblesses en terme de coordination et de positionnement des acteurs. Les principaux axes d'amélioration à prévoir étant notamment

un renforcement de l'approche médicale d'une part, le développement des échanges entre professionnels de soutien du ministère d'autre part (cf fiche 29).

C'est sur la base de ce double constat et avec l'objectif d'améliorer la réponse de l'institution au regard du nombre de suicides (en moyenne 40 par an ces dernières années) qu'ont été déployés les PVS.

L'approche pluridisciplinaire précoce est un atout supplémentaire pour réduire la mortalité par suicide des policiers, en intervenant très en amont sur des situations potentiellement déstructurantes.



COMPOSITION

Le PVS est constitué exclusivement de professionnels de soutien, géographiquement compétents sur le département, 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 de la demande d'un agent ayant des difficultés et qui aura fait part de son consentement à ce que sa situation soit abordée dans le cadre du PVS pour une prise en charge pluridisciplinaire, d'un signalement de l'autorité hiérarchique ou intermédiaire, voire de collègues de travail.

Le médecin de prévention est le coordonnateur du pôle auquel participent le psychologues du SSPO, l'assistant de service social. Si l'inspecteur santé et sécurité au travail a la connaissance de situations individuelles nécessitant une information partagée, il peut être ponctuellement amené à participer au PVS, sauf à avoir communiqué les informations en sa possession au médecin de prévention en sa qualité de coordonnateur du PVS.

FONCTIONNEMENT

L'organisation des réunions du PVS appartient au médecin de prévention.

L'échange d'informations intervient dans ce cadre, au regard des 2 principes suivants:

→ le secret professionnel est partagé entre personnes qui sont toutes dépositaires de ce secret ;

→ le secret professionnel a pour objet de protéger les personnes et non de se laisser développer les conditions d'une dégradation progressive de situations à risque (cf fiche 15).

L'instruction DRCPN du 23 juillet 2013 rappelle par ailleurs que les médecins inspecteurs régionaux de la Police nationale transmettent mensuellement à chaque médecin coordonnateur régional les positions médico-administratives des agents en congé maladie, pour des arrêts d'une durée supérieure à 20 jours. L'examen attentif de situations ayant conduit à des actes suicidaires montre qu'un nombre significatif intervient à l'issue d'un arrêt maladie. Ces positions médico-administratives doivent être connues de l'ensemble des professionnels de soutien pour anticiper et mettre en place, sur la base d'un diagnostic partagé, les conditions optimales de retour en service.

Le retour en service s'accompagne d'une visite médicale devant le service médical statutaire et de contrôle pour juger de l'aptitude physique du fonctionnaire à reprendre son service, ainsi que d'une visite médicale devant la médecine de prévention, pour organiser les conditions de travail de cet agent (cf fiches 9 à 12).

Il est recommandé de développer des échanges réguliers avec les réseaux de soutien qui peuvent accompagner les fonctionnaires en souffrance. Il est essentiel de faire partager à l'ensemble de la hiérarchie intermédiaire la connaissance des compétences de ce réseau.

Il s'agit donc de disposer d'un retour d'information concernant la confirmation d'une prise en charge individuelle d'un agent, notamment lorsque c'est lui qui est à l'origine du signalement, auprès du médecin de prévention en tant que coordonnateur du PVS.

A partir des recommandations formulées par le médecin de prévention, les mesures nécessaires pour protéger la santé physique et mentale des agents concernés devront être prises, en aménageant les conditions de travail ou le poste de travail.



QUELLES SONT LES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE DES BLESSÉS EN SERVICE ?

TEXTES DE REFERENCE

Loi n°84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'état

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Décret n° 86-442 du 14 mars 1986 modifié relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires

Arrêté du 30 décembre 2005 portant déconcentration en matière de gestion des fonctionnaires actifs des services de la Police nationale

Arrêté du 6 juin 2006 portant règlement général d'emploi de la Police nationale et sa circulaire d'application du 6 février 2007

Arrêté du 2 août 2010 relatif aux conditions d'aptitude physiques particulières pour l'accès aux emplois de certains corps de fonctionnaires

Circulaire du 30 janvier 1989 sur la protection sociale des fonctionnaires et stagiaires de l'Etat contre les risques maladie et accidents de service

Circulaire INT/C04/00094/C du 21 juillet 2004 relative à l'absentéisme d'ordre médical des fonctionnaires actifs affectés dans les services de police

Instruction NOR/INT/C/04/00111/C du 8 septembre 2004 relative à l'exercice des fonctions et aux conditions d'activité d'infirmier et d'infirmière relevant des services de la Police nationale

DEFINITION

Il s'agit des dispositions juridiques et administratives qui permettent à un fonctionnaire, victime d'un accident en service ou d'une maladie contractée en service, et dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire, de voir cet accident ou cette maladie reconnue imputable au service. Il bénéficie dès lors, d'une part

de l'exonération des frais médicaux (et annexes dès lors qu'ils ont un lien direct avec l'objet de la prise en charge médicale : ex de frais de transport), d'autre part du remboursement des préjudices matériels subis (par exemple effets personnels).

CONTEXTE/OBJECTIF

L'ensemble de cette procédure est suivie par les services de la médecine statutaire et de contrôle (cf fiche 10), qui :

→ donne l'avis médical sur la reconnaissance d'imputabilité ou non des lésions médicales liées à l'accident ou à la maladie contractés en service ;

→ donne l'avis sur la prise en charge financière des factures présentées par l'agent dans le cadre de l'accident ou de la maladie contractés en service ;

→ assure la surveillance et le suivi de l'agent jusqu'à la « consolidation » de la blessure (une lésion consécutive à une blessure est « consolidée » lorsqu'elle est stabilisée et n'évolue plus, ni vers l'état antérieur [guérison], ni vers l'aggravation).

Les dossiers d'accidents de service, que l'administration n'a pas reconnus imputables au service, sont présentés en commission de réforme. A l'occasion de leur examen en commission de réforme, le médecin de prévention fournit un rapport écrit qui permettra d'éclairer la décision de la commission de réforme.

Les modalités de prise en charge, majoritairement médicales, ne doivent pas exclure un accompagnement pluridisciplinaire de l'ensemble du réseau de soutien, de façon à accompagner le rétablissement de santé compatible avec une reprise de fonctions, et anticiper le retour en service une fois la reconnaissance de la « consolidation » de la blessure.



FONCTIONNEMENT

La gestion des dossiers des accidents en service est assurée conjointement par les services des médecins inspecteurs régionaux et les bureaux médico-administratifs des SGAMI concernés.

Dans le cadre du lancement de la procédure de prise en charge, le chef de service remplit le formulaire de déclaration d'accident pour le transmettre au SGAMI.

Le « tryptique rose » que remplit pour sa part le fonctionnaire victime de l'accident se compose de 3 exemplaires dont l'un est adressé au SGAMI, l'autre est communiqué aux praticiens qu'il sera amené à consulter dans le cadre de sa prise en charge médicale, et le dernier communiqué au médecin statutaire et de contrôle.

Les factures destinées à permettre la prise en charge et le remboursement sont adressées par les praticiens au SGAMI. Le remboursement intervient dès lors que le médecin inspecteur régional a procédé à l'instruction des factures qui lui sont présentées et les a validées.

Les soins de réadaptation fonctionnelle (médecine du sport, kinésithérapie, ostéopathie, analyses radiologiques complémentaire par exemple) relèvent de la catégorie des soins « post-traumatiques » et sont pris en charge par l'administration.

Les services de la médecine statutaire et de contrôle procèdent à la visite de reprise de l'agent. Ils lui notifient la reprise à partir du moment où la blessure est considérée comme « consolidée ».

A compter de la notification à l'agent de sa « consolidation », celui-ci dispose d'un délai d'un an pour demander le bénéfice d'une allocation temporaire d'invalidité (ATI). Le montant de l'ATI dépend de l'évaluation de son taux d'invalidité physique permanente (IPP). A noter que le service médical statutaire et de contrôle peut décider lui-même du taux d'invalidité permanente (IPP).

L'ATI est accordée à l'agent pour une durée de 5 ans. A l'issue de cette période, un nouvel examen médical est à nouveau sollicité par l'administration et le taux d'I.P.P est alors fixé jusqu'à la fin de la carrière de l'agent. Enfin, un dernier examen médical est demandé par l'administration pour « cristallisation » des taux d'I.P.P. avant la mise à la retraite. Ce taux est alors définitif.

Au-delà de la prise en charge par l'administration des dépenses liées à la maladie professionnelle ou à la blessure en service, il est aussi de sa responsabilité de préparer le retour en service du fonctionnaire dans les conditions optimales, surtout lorsque la période d'interruption a pu être longue ou traumatisante.

C'est la raison pour laquelle il convient d'être vigilant à la mise en place, dans les meilleurs délais et de façon continue, d'un accompagnement complémentaire qui peut mobiliser l'assistant de service social ou le service de soutien psychologique opérationnel (cf fiches 13 et 14). De même, au moment du retour en service, une consultation auprès de la médecine de prévention est nécessaire de manière à déterminer une éventuelle adaptation au poste de travail ou des conditions de travail de l'agent (cf fiches 9 à 12).



QUELLE EST L'OFFRE DE SOINS DE L'ÉTABLISSEMENT DU COURBAT ?

CONTEXTE/OBJECTIF

Le Courbat est un établissement sanitaire à vocation thérapeutique orienté vers les soins de suite et de réadaptation fonctionnelle, propriété de l'Association Nationale d'Action Sociale des personnels du ministère de l'Intérieur (ANAS) et agréé par l'Agence régionale de santé de la région Centre.

Il accueille, au niveau national, des personnels du ministère de l'Intérieur (policiers, gendarmes ou autres), du ministère de la justice (administration pénitentiaire) et des sapeurs-pompiers. Il accueille également des personnes de la société civile.

Situé en Indre-et-Loire sur la commune de Le Liège (à 50 kms de Tours), il a une capacité d'accueil de 56 lits, dédiés à la reprise d'une condition physique optimale pour les

policiers victimes d'addictions ou d'épuisement professionnel (soit 26 en alcoologie, 15 en santé mentale, 15 pour les polyopathologies).

L'agrément, dont il dispose de la part de l'ARS Centre, pour une capacité d'accueil globale de 80 lits va permettre le développement de la prise en charge des blessés en service, à l'issue d'une période de soins en court séjour ou en soins de suite spécialisés, avec incapacité temporaire pour les patients de reprendre efficacement leurs activités professionnelles. **Les pathologies prises en charge sont des pathologies traumatiques ou micro-traumatiques de l'appareil locomoteur, ainsi que les TMS des personnels dans le cadre de leurs activités de service ou en conséquence d'anciennes blessures en service. (cf fiche 17)**

COMPOSITION

1 Le personnel du Courbat

L'équipe pluridisciplinaire est constituée du directeur de l'établissement, médecin-chef, d'un médecin addictologue, d'un médecin du sport et ostéopathe, de policiers assistants médico sociaux, d'infirmiers (jour et nuit), d'une assistante sociale, de psychologues, d'un éducateur d'éducation physique adaptée, art thérapeute, équithérapeute, responsable qualité, d'une diététicienne, d'un responsable qualité de service, de secrétaire médical et personnels administratifs (RH/ Comptabilité-Finances/Accueil-Admission) et du service entretien, agents de service hôtelier.

2 Les conventions et réseaux

L'établissement Courbat travaille avec les structures suivantes :

Clinique Psychiatrique Ronsard, cabinets dentaires, de kinésithérapie, de radiologie et laboratoire d'analyses médicales, CHRU de Tours, Centre Louis Sevestre de Tours, CH de Blois, Vies 37, Csapa 37, Rézo Addiction 41, GCS Pharmacie MGEN la Ménaudière, établissement de réadaptation cardiaque Bois-Gibert.

FONCTIONNEMENT

1 Les procédures d'admission

Exclusivement sur avis médical après avoir complété et retourné le dossier de pré admission disponible auprès de l'accueil/admissions au

02 47 91 22 22

accueil.admissions.courbat@orange-business.fr

L'orientation vers l'établissement du Courbat peut être proposée par le médecin inspecteur régional de la Police nationale ou par le médecin de prévention.

2 Les modalités d'intervention

Individualisation des soins ; Réadaptation à l'effort ; Projet de vie ; Retour à l'autonomie ; Réinsertion sociale ; Vie collective ; Reprise de confiance ; Préparation du retour ; Travail de liaison.

3 L'organisation de l'accompagnement

Prise en charge de groupe et mise en place d'un programme individualisé (entretiens motivationnels, entretiens et suivis par un psychologue, groupes de parole, entretiens sociaux, entretiens préalables au retour en service avec les policiers assistants médico-sociaux, entretiens avec la famille selon les souhaits du patient).

4 Les activités thérapeutiques

Consultations médicales ; Atelier de création ; Atelier de médiation équine ; Atelier d'écriture et d'improvisation ; Jardin thérapeutique ; Balnéothérapie ; Relaxation diurne et nocturne ; Diététique et hygiène de vie ; Oxygénation matinale ; Programme individuel d'activité sportive sur prescription médicale ; Parcours de santé collectifs et individuels ; Séances d'informations sur les conduites addictives.

5 La reprise d'activité (cf fiche 22)

A la sortie, les fonctionnaires de police bénéficient fréquemment d'une prescription d'arrêt de travail et /ou de rendez-vous médicaux, par le médecin de l'établissement avant le retour en service. Le retour au service ne peut avoir lieu qu'après visite de reprise chez le médecin de la Police nationale, couplée d'une visite chez le médecin de prévention lorsque cette visite est motivée par la nécessité d'organiser les conditions de travail de l'agent (cf fiches 9 à 12).

Contacts

ANAS-Le Courbat / établissement de soins de suite et de réadaptation / 37460 / Le Liège / courbat@anas.asso.fr

ANAS / 18 Quai Polangis / 94344 / Joinville-le-Pont

tel : 01 48 86 37 81



QUELS SONT LES AUTRES ACTEURS DE LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE ?



TEXTES DE REFERENCE

Code de la santé publique (y inclus code de déontologie médicale), notamment l'article R 4127-9

Décret n° 82-453 du 28 mai 1982 modifié par décret n°2011-774 du 28 juin 2011, relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique et sa circulaire d'application du 09 août 2011

Décret n° 86-442 du 14 mars 1986 modifié relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires



CONTEXTE/OBJECTIF

Le code déontologie médicale dispose qu'en cas d'urgence, « tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires ». La sollicitation médicale en cas d'urgence avérée ou ressentie doit bénéficier d'une réponse adaptée au regard de la pathologie et dans le respect du code de déontologie médicale.

Il peut s'agir d'un accident sur le lieu de travail ou en mission. Il peut s'agir d'une personne en situation d'altération aiguë ou sous l'emprise de substances psycho-actives.

Il peut aussi s'agir d'organiser une prise en charge rapide et adaptée d'une personne présentant des troubles

du comportement (état de stress aigu ou à caractère traumatique), qui nécessite une action concomitante médicale et psychologique.

En dehors du cas d'urgence, le service n'est pas un lieu thérapeutique : l'orientation de la personne vers un réseau de soins extérieur (hors présence des acteurs médicaux internes) est déclenchée dans différentes situations :

- demandes non urgentes de consultations spécialisées ;
- urgences pré-hospitalières (dont la réanimation cardio-respiratoire) ou spécialisées (ophtalmologie, neurologie, SOS Mains notamment).



COMPOSITION

La prise en charge sanitaire optimale relève prioritairement de 2 dispositifs : le service d'aide médicale urgente (SAMU) et les cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP).

Le SAMU constitue le centre de régulation médicale des urgences d'une région sanitaire. Ce service répond à la demande d'aide médicale urgente c'est-à-dire l'assistance pré-hospitalière (y inclus sur le lieu de travail) aux victimes d'accidents ou d'affections soudaines en état critique. Le médecin régulateur du SAMU régule les ressources de soins urgents dont il reçoit continuellement les disponibilités et oriente les patients vers les services les plus adaptés.

Les CUMP constituent un dispositif de prise en charge psychologique précoce des blessés psychiques dans les situations d'urgence collective : accidents,

catastrophes naturelles, attentats ayant entraîné de nombreuses victimes. Il est aussi fait référence, dans ce cadre, à la « prise en charge des impliqués » ou à l'intervention de la « cellule d'aide médico-psychologique ». Les CUMP sont composées de spécialistes du soin psychique (psychiatres, psychologues, infirmiers et sauveteurs socio-psychologiques de la protection civile et de la croix rouge) formés à ce type d'urgence et placés sous la coordination d'un médecin psychiatre coordonnateur nommé par chaque préfet de département.

Pour ce qui concerne les traitements du burn-out et des conduites addictives, tout en respectant naturellement le choix du patient, il est possible de s'adresser à l'établissement de santé de l'ANAS, Le Courbat, spécialisé dans la prise en charge des personnels du ministère de l'Intérieur (cf fiche 18).



FONCTIONNEMENT

Le rappel des mesures de prise en charge sanitaire en situation d'urgence doit faire l'objet d'instructions claires. Il est indispensable d'afficher dans les services et de contrôler l'affichage :

- d'une part des numéros d'urgence (numéro d'urgence médicale : 15 / numéro sapeurs pompiers : 18 / numéro général européen : 112 / centre anti poison / médecin généraliste de proximité), y inclus le numéro de téléphone du médecin de prévention
- d'autre part, lorsqu'il existe des risques spécifiques, des conduites particulières à tenir en cas d'accident.

Ces obligations incombent au chef de service. De même doivent être rapidement disponibles les coordonnées des inspecteurs en santé et sécurité au travail (cf fiche 5bis), ainsi que les fiches réflexe qui concernent des risques spécifiques liés à l'activité des services.

Différentes situations doivent être prises en compte : la présence d'un médecin et/ou d'un infirmier ou l'absence de cette ressource médicale, la nécessité de mettre en place un défibrillateur automatisé externe (DAE) ainsi que la présence de sauveteurs secouristes du travail.

Le document unique (cf fiche 1) doit vérifier la pertinence des dispositifs de premiers secours.

Les intervenants potentiellement concernés, qui doivent communiquer de façon transversale et immédiate, de manière à permettre la prise en charge sanitaire optimale du personnel sont :

- les autorités médicales (service médical statutaire et de contrôle, service de médecine de prévention) ;
- les autres réseaux de soutien (service de soutien psychologique opérationnel, en service social, inspecteurs santé et sécurité au travail) ;
- l'ensemble de la chaîne hiérarchique.

Le SAMU est chargé de fournir une réponse adaptée aux problèmes médicaux urgents qui lui sont soumis par une ligne téléphonique d'urgence exclusivement médicale (15) ou à travers les autres lignes d'urgence (numéro général européen 112, 18 des sapeurs-pompiers. La fonction de régulation médicale et sanitaire qui est réalisée par le médecin régulateur s'étend à une région sanitaire plus ou moins grande dans le cadre d'un véritable système intégré des urgences médicales où tous les services de soins urgents de la médecine générale et de transport sanitaire sont impliqués et mutualisent leurs ressources.

La régulation médicale peut aller de la simple aide médicale urgente téléphonique à l'engagement de moyens mobiles lourds d'unité de soins intensifs mobiles en passant par l'envoi d'une ambulance simple ou de sauvetage, ou la consultation d'un médecin généraliste, sans oublier la possibilité de recours à d'autres moyens tels ceux des sapeurs-pompiers, des compagnies d'ambulance privées, ou même de l'armée (recours aux vecteurs aériens).

La CUMP constitue un dispositif d'intervention déclenché à l'initiative du SAMU et sur accord du médecin psychiatre coordonnateur de la CUMP, ce dernier décidant du dispositif d'intervention le plus adapté : soit une intervention immédiate (l'équipe de la CUMP se rend sur les lieux avec le SAMU), soit une intervention différée. La CUMP n'a pas vocation à assurer le suivi prolongé des personnes. Celles-ci sont alors orientées vers des professionnels susceptibles de les prendre en charge.

S'il n'est pas sur place lors de l'épisode, il est indispensable que le médecin de prévention soit alerté pour les suites à donner : consultation et suivi médical particulier par la médecine de prévention des personnes impliquées, déclenchement du PVS et de la cellule de veille en fonction du contexte.



QUELLES SONT LES MESURES DE SOUTIEN ET D'ACCOMPAGNEMENT DES FAMILLES ENDEUILLÉES ?

TEXTES DE REFERENCE

Code de la sécurité sociale (articles D712-19 et s.) pour capital décès

Code des pensions civiles et militaires (article L50 II.2.) pour pension de réversion

Code civil (article 171) pour mariage à titre posthume

Loi n°93-915 du 19 juillet 1993 modifiée pour adoption des enfants par la Nation

Loi n°2008-492 du 26 mai 2008 relative aux emplois réservés

Décret n°95-654 du 9 mai 1995 portant dispositions communes des fonctionnaires des services actifs de Police nationale

Décret n°2011-1413 du 31 octobre 2011 sur le recrutement de conjoints de fonctionnaires des services actifs de police

Arrêté du 26 juin 1996 pour bourses d'études

Instruction DGPN du 7 avril 1997 sur la prise en charge des frais d'obsèques

Circulaire du 5 mai 2006 portant sur les attributions de secours aux personnels relevant du ministère de l'Intérieur complétée par la circulaire du 16 avril 2007 sur les montants maximaux des secours

CONTEXTE / OBJECTIF

Lorsqu'un décès intervient en mission de police (en opération ou en service commandé), en service (pendant les heures de service), sur le trajet domicile travail, hors service (maladie), un dispositif d'accompagnement psychologique, social se met en place au bénéfice de la famille et, si besoin du collectif de travail de l'agent.

L'accompagnement de la famille couvre également les démarches administratives à accomplir pour faire valoir ses droits.

FONCTIONNEMENT

Dès l'annonce du décès d'un fonctionnaire, et plus particulièrement dans le cadre du service, il appartient au chef de service d'en informer immédiatement l'ensemble de la chaîne hiérarchique (notamment la direction d'emploi et le service de veille opérationnelle de la Police nationale placé auprès du DGPN).

Le chef de service rencontre la famille et les proches pour leur faire part avec sensibilité et empathie de sa compassion et celle du service, et les informer du déclenchement des mesures d'accompagnement et de soutien. Il informe rapidement le service social pour la prise en charge de l'accompagnement des formali-

tés administratives et financières. L'assistant de service social (cf fiche 14) se met à la disposition des ayants droits et les accompagne dans les démarches administratives et financières (auprès des pompes funèbres, du notaire, du bureau des pensions, des mutuelles notamment : cf infra).

Le chef de service saisit également dans les plus brefs délais le service de soutien psychologique opérationnel (cf fiche 13), qui peut se mettre immédiatement à disposition du service concerné et de la famille afin d'apporter son soutien.



SOUTIEN FINANCIER PONCTUEL

Le chef de service saisit le SGAMI de son ressort territorial pour la prise en charge des frais d'obsèques si le décès est reconnu imputable au service.

Le chef de service saisit de même le SGAMI compétent pour le versement du capital décès. Le montant du capital décès, versé aux ayants-droits, varie en fonction de la composition familiale et de l'indice de rémunération du policier décédé (incluant la promotion à titre posthume le cas échéant).

Une aide financière de secours au décès est versée aux ayants-droits par la DRCPN. Le montant est variable selon la nature du décès : 7625 € en opération de police et 2500 € en service commandé. Ce versement prend la forme d'un chèque qui est remis au chef de service et qu'il a la charge de remettre aux ayants droits dans les

jours suivant les obsèques et au moment jugé le plus opportun. Le montant est de 1000 € dans les autres situations (décès reconnu imputable au service, ou décès hors service).

Une allocation des fondations «Jean Moulin» ou «Louis Lépine» est versée, en fonction de l'affectation de l'agent, dont le montant est déterminé selon la composition familiale, après saisine des 2 fondations respectivement par la DRCPN ou la Préfecture de police.

Un versement supplémentaire au titre du legs «Dau-mard», pour une aide matérielle (par exemple des frais d'obsèques non encore pris en charge), est versé par la Fondation « Jean Moulin », sur montage et présentation d'un dossier par l'assistant de service social, et quelle que soit l'affectation de l'agent.

SOUTIEN FINANCIER PERENNE

La demande de pension de réversion pour le conjoint est faite par la DRCPN auprès du Bureau des pensions du Ministère de l'Intérieur. Le montant de la pension de réversion est égal à 100 % ou 50 % du traitement du fonctionnaire. La pension est répartie entre le conjoint et les enfants jusqu'à l'âge de 21 ans.

La DRCPN verse une bourse d'études pour tout enfant scolarisé jusqu'à l'âge de 24 ans révolu, si le décès est reconnu imputable au service. Le dossier est réalisé par l'assistant de service social.

La DRCPN fait bénéficier le conjoint du CESU pour la garde d'enfants si le décès est intervenu au cours d'une mission de police.

ACCOMPAGNEMENT DE LA FAMILLE

Lorsque le fonctionnaire est décédé en mission de police, des témoignages de reconnaissance publique (distinctions honorifiques, citation à l'Ordre de la Nation, décorations, promotion à titre posthume) s'ajoutent. Une cérémonie officielle peut être organisée. Le mariage à titre posthume est possible pour le conjoint du policier décédé en opération de police.

Le conjoint bénéficie d'un recrutement direct dans le corps des secrétaires administratifs (catégorie B) en fonction de son diplôme, à défaut dans le corps des adjoints administratifs (catégorie C). La candidature doit

être présentée au SGAMI compétent dans un délai de 3 ans à compter du décès du conjoint. Le concubin ne peut pas prétendre à ces types d'emploi (sauf si mariage posthume).

La qualité de pupille de la Nation peut être reconnue aux enfants de policiers décédés dans certaines conditions, et la demande est déposée auprès du Tribunal de Grande Instance du domicile des enfants.



QUELLES SONT LES MODALITES DE DÉCLENCHEMENT DE LA RECONNAISSANCE D'IMPUTABILITÉ AU SERVICE ?



TEXTES DE REFERENCE

Décret n°86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires.

Décret n°2008-1191 du 17 novembre 2008 relatif aux commissions de réforme et au comité médical supérieur dans la fonction publique de l'Etat, dans la fonction publique territoriale et dans la fonction publique hospitalière.



DEFINITION

Il s'agit de préciser les conditions dans lesquelles la responsabilité de l'administration est recherchée et engagée lorsque le lien de causalité entre l'exécution

du service et l'affection dont souffre le fonctionnaire, l'accident de service ou le décès en service est présumé ou reconnu.



CONTEXTE / OBJECTIF

L'imputabilité au service d'un décès entraîne pour les ayants droits (conjoint, enfants, ascendants) un accompagnement financier sous forme de secours au décès, une éventuelle prise en charge des frais d'obsèques, le versement de tout ou partie de la pension de réversion et d'un capital décès (cf fiche 20).

L'imputabilité au service d'une maladie professionnelle ou d'un accident ouvre, à l'agent qui en est victime, des droits qui sont le maintien de l'intégralité de son traitement pendant son congé de maladie, jusqu'à ce qu'il puisse être jugé en mesure de reprendre son travail ou de partir à la retraite.

L'imputabilité au service d'une maladie professionnelle ou d'un accident induit pour l'agent la prise en charge par l'administration de ses frais médicaux.

Le fait qu'un accident soit survenu sur le lieu et pendant les heures de service, ou sur le trajet domicile-travail, ne présume pas automatiquement de son imputabilité au service.

Inversement, le fait qu'un accident soit survenu en dehors des heures de service ne présume pas automatiquement de la non imputabilité au service: une récente décision du Conseil d'Etat, en date du 16 juillet 2014, relative à une demande d'imputabilité au service d'une tentative de suicide (à domicile), met en exergue cette imputabilité potentielle dès lors qu'il n'existerait pas de circonstance détachable du service.



FONCTIONNEMENT

Dans le cas d'un décès, l'imputabilité peut être reconnue par le chef de service, par exemple lorsqu'il s'agit d'un décès en mission de police. Le chef de service transmet le rapport (qui peut être le « formulaire de déclaration d'accident »), par lequel il demande cette reconnaissance au SGAMI. Le rapport transmis au SGAMI est susceptible d'être transmis en commission de réforme, qui émet un avis préalable. Le rapport peut également être jugé suffisamment étayé pour conduire le préfet de la zone de défense à prendre un arrêté de reconnaissance de cette imputabilité (sans passage préalable en commission de réforme), ce qui ouvre droit aux mesures d'accompagnement citées précédemment.

La demande d'imputabilité au service peut également être adressée par la famille au chef de service, qui élabore le rapport à l'appui de la demande de la famille, en regroupant l'ensemble des éléments en sa possession pouvant justifier de cette imputabilité.

Dans le cas particulier d'un suicide, il convient de s'appuyer notamment sur les éléments qui ont été regroupés dans le cadre de l'élaboration de l'enquête environnementale (cf fiche 27).

Le rapport est ensuite transmis et instruit selon le même mode opératoire.

Dans le cas d'un accident ou d'une maladie professionnelle, tout fonctionnaire qui considère avoir subi un préjudice en liaison avec le service, doit remplir une demande en alléguant d'une présomption de lien avec le service et en produisant tous les éléments susceptibles d'établir avec précision la matérialité des faits (le lieu et les circonstances de l'accident, la partie du corps atteinte) et en transmettant un certificat médical initial.

Le chef de service s'assure de la matérialité des faits et établit un rapport hiérarchique avec diverses indications (fonctions de l'agent, horaires et circonstances détaillées de l'accident ou conditions dans lesquelles la maladie a été contractée).

Le rapport du chef de service accompagné de la demande initiale est transmis au SGAMI et l'instruction se déroule ensuite selon le même mode opératoire.

Lorsque l'imputabilité au service n'est pas reconnue par le SGAMI, sans juger de l'opportunité de le transmettre à la commission de réforme, l'agent (ou l'ayant droit) peut saisir directement la commission de réforme (cf fiche 22). Le fonctionnaire est invité à prendre connaissance de son dossier personnellement ou par l'intermédiaire de son représentant dix jours au moins avant la réunion de la commission. La partie médicale ne peut être communiquée que par l'intermédiaire d'un médecin.



A QUOI SERVENT LES COMITES MEDICAUX ET LES COMMISSIONS DE REFORME ?



TEXTES DE REFERENCE

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Loi n°84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'état notamment l'article 34

Décret n° 86-442 du 14 mars 1986 modifié relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires

Arrêté du 6 juin 2006 portant règlement général d'emploi de la Police nationale (version consolidée au 1^{er} avril 2010)

Arrêté du 2 août 2010 relatif aux conditions d'aptitude physiques particulières pour l'accès aux emplois de certains corps de fonctionnaires

Circulaire du 6 février 2007 relative au règlement d'emploi des médecins de la Police nationale

Circulaire INT/C04/00094/C du 21 juillet 2004 relative à l'absentéisme d'ordre médical des fonctionnaires actifs affectés dans les services de police

Circulaire du 30 janvier 1989 relative à la protection sociale contre les risques maladie et accidents de service.



DEFINITION

Le comité médical (CM) interdépartemental de la Police nationale est une instance consultative chargée de donner des avis sur la situation médicale des fonctionnaires avant que l'administration ne se prononce sur la mise en œuvre des dispositions médico-statutaires.

La commission de réforme (CR) est une instance consultative médicale et paritaire qui a pour mission de donner un avis en matière d'imputabilité de blessures en service, de taux temporaire d'invalidité, de maladies professionnelles.

Les comités médicaux interdépartementaux de la Police nationale et les commissions de réforme instituées auprès des SGAMI ne sont compétents que pour les corps actifs de la Police nationale.

Il existe auprès du ministre de la Santé un comité médical supérieur qui est la structure d'appel au regard des avis émis par les comités médicaux en première instance.



COMPOSITION

Les comités médicaux sont composés de 2 médecins généralistes et de médecins spécialistes agréés, extérieurs et désignés par l'administration. L'administration n'est pas présente.

Les commissions de réforme sont composées de 2 représentants de l'administration, de 2 représentants du personnel, et des membres du comité médical.

Le médecin de prévention doit être informé de la réunion de ces instances et de leur objet. Il peut présenter ses observations écrites ou assister aux réunions (cf fiche 9 et 11).

Le secrétariat des comités médicaux et des commissions de réforme est assuré par le médecin inspecteur régional du service médical statutaire et de contrôle (cf fiche 10), mais le MIR n'est pas membre de ces 2 instances.



FONCTIONNEMENT

Tous les autres fonctionnaires affectés en police relèvent du comité médical et de la commission de réforme ministériels pour l'administration centrale, et des comités médicaux et des commissions de réforme départementaux de la cohésion sociale dans les départements.

Les comités médicaux donnent un avis sur les contestations d'ordre médical en matière, soit d'aptitude aux emplois publics, soit d'octroi ou de renouvellement des congés de maladie, soit de réintégration à l'issue de ces congés. Ils ne lient pas l'administration sauf pour la reprise de fonctions après 12 mois consécutifs de congé ordinaire de maladie (CMO), la reprise après un congé de longue maladie ou de longue durée (CLM, CLD y inclus les congés fractionnés), l'octroi d'un temps partiel thérapeutique, pour lesquels les décisions ne peuvent être prises que sur avis favorable du comité médical.

Le comité médical supérieur placé auprès du Ministre en charge de la santé ne peut être saisi que par l'administration compétente soit à son initiative soit à la demande du fonctionnaire, et seulement pour les cas dans lesquels l'avis donné en premier ressort par le comité médical compétent est contesté.

Dans les corps actifs de police, dans le cadre des avis médicaux de maintien en activité, le comité médical supérieur ne peut être saisi, l'avis en premier ressort relevant du médecin de la Police nationale.

Les commissions de réforme sont consultées pour :

→ les congés maladie (CMO, CLM y inclus les congés fractionnés) et de longue durée (CLD) consécutifs aux accidents survenus dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice des fonctions ;

→ l'application, s'il y a lieu, des dispositions réglementaires relatives à la mise en disponibilité d'office pour raison de santé ;

→ l'examen de demandes de reconnaissance d'imputabilité au service (sauf lorsque cette imputabilité a été reconnue par l'administration), la reconnaissance et la détermination du taux de l'invalidité temporaire ouvrier droit au bénéfice de l'allocation d'invalidité temporaire ;

→ l'application des dispositions du code des pensions civiles et militaires de retraite (retraite pour invalidité).

Le médecin de prévention prépare un rapport écrit préalablement à l'avis que doit rendre la commission de réforme en matière de reconnaissance d'imputabilité, en matière de placement en position de congé de longue maladie ou de longue durée ou de reprise postérieurement à un congé de longue maladie ou de longue durée. Cet avis est présenté ou rapporté en commission de réforme (cf fiches 9 et 11).



COMMENT S'ORGANISE LA REPRISE D'ACTIVITÉ D'UN FONCTIONNAIRE A L'ISSUE D'UN CONGÉ MALADIE OU D'UNE BLESSURE EN SERVICE ?

TEXTES DE REFERENCE

Décret n° 82-453 du 28 mai 1982 modifié par le décret n° 2011-774 du 28 juin 2011 et sa circulaire d'application du 09 août 2011.

Décret n° 86-442 du 14 mars 1986 modifié relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires.

Décret n°2012-136 du 30 janvier 2012 relatif à la fiche de prévention des expositions prévue à l'article L. 4121-3-1 du code du travail et décret n° 2012-134 du 30 janvier 2012.

Arrêté du 6 juin 2006 modifié portant règlement général d'emploi de la Police nationale.

Arrêté du 2 août 2010 relatif aux conditions d'aptitude physiques particulières pour l'accès aux emplois de certains corps de fonctionnaires.

DEFINITION

Il s'agit de créer les conditions optimales de retour au service d'un fonctionnaire à l'issue d'un arrêt de travail consécutif à une blessure ou d'un congé maladie d'une durée significative, en planifiant le retour au travail

grâce à l'intervention concomitante des acteurs administratifs et médico-socio-psychologiques.

CONTEXTE / OBJECTIFS

Il s'agit de mettre en place une action pluridisciplinaire afin de faciliter la reprise d'activité

COMPOSITION

Les acteurs mobilisés sont le chef de service, la hiérarchie administrative et les professionnels de soutien médicaux-socio-psychologiques (médecin statutaire et médecin de prévention, psychologue, assistant de service social).

FONCTIONNEMENT

La fin de l'arrêt de travail doit être signifié au service médical statutaire et de contrôle afin que soit organisée la visite de reprise (Cf fiche 12).

La visite de reprise doit intervenir dans les 8 premiers jours qui suivent le retour en service de l'agent.

Le retour au travail ne se fait qu'après avis du médecin inspecteur régional quant à l'aptitude à l'emploi et se matérialise par la délivrance d'un certificat de reprise. Dans l'attente de l'avis du médecin inspecteur régional au regard de l'aptitude de l'agent à son emploi, l'agent est affecté sur un poste ne comportant pas de risque professionnel.

Le médecin de prévention doit être informé, avant la fin du congé de maladie et le retour en service de l'agent, par la médecine statutaire et le chef de service de la date de reprise prévue, lorsqu'un aménagement de poste ou des conditions de travail paraissent nécessaires compte tenu de l'état de santé de l'agent (tout particulièrement après un CLM ou CLD).

La décision du réarmement relève exclusivement du médecin inspecteur régional.

Il est possible pour le médecin statutaire, à l'occasion de la visite de reprise :

- de prolonger l'inaptitude ;
- de prononcer une restriction d'aptitude (interdiction de port d'arme, interdiction de voie publique par exemple) ;
- de proposer au comité médical un temps partiel thérapeutique.

La visite de reprise est complétée d'une visite d'accompagnement à la reprise qui permet au service médical de prévention d'optimiser les conditions du retour en activité du fonctionnaire. Dans le cadre d'un CLM ou CLD, l'agent doit être convoqué également devant le médecin de prévention.

Lorsque le changement de poste de travail s'est avéré nécessaire, il s'ensuivra la mise en place d'une surveillance médicale particulière par le médecin de prévention.



QUELLE EST L'OFFRE DE FORMATION SUR LES RISQUES PSYCHOSOCIAUX ?



TEXTES DE REFERENCE

Décret n°82-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène et à la sécurité au travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique et sa circulaire d'application du 09 août 2011

Plan de prévention des risques psychosociaux du ministère de l'Intérieur du 20 octobre 2010.



DEFINITION

Les risques psychosociaux (RPS) recouvrent des risques d'origine et de nature variée, qui peuvent mettre en jeu l'intégrité physique et la santé mentale des personnels, engendrés par les conditions d'emploi et d'orga-

nisation du travail et susceptibles d'avoir, par conséquent, un impact sur le fonctionnement des services (cf fiche 1).



CONTEXTE / OBJECTIFS

L'objectif des dispositifs de formation de la Police nationale est de renforcer la prévention des RPS suite au développement de la politique sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique, de permettre de mieux appréhender les situations de souffrance au travail dans le cadre professionnel, d'identifier les différentes composantes des risques psychosociaux, de connaître les partenaires et de s'approprier les ressources concernées.

Des modules de formation sur ces thèmes s'adressent au premier chef aux cadres de la police (commissaires, attachés, ingénieurs et officiers) mais également aux

membres du corps d'encadrement et d'application et aux autres corps administratifs et scientifiques, aussi bien en formation initiale qu'en formation continue. Il existe aussi des formations au bénéfice des assistants ou conseillers de prévention, qui peuvent être notamment en charge de l'élaboration du DUERP et, à ce titre, avoir à analyser et intégrer le diagnostic RPS dans ce document.



L'OFFRE DE FORMATION

COMMISSAIRES (55h30) ET OFFICIERS (27h)

- La problématique générale et historique de la Santé et la Sécurité au Travail.
- La prévention des risques professionnels (évolution du cadre juridique de la SST et document unique) : les inspecteurs santé et sécurité au travail, conseillers et assistants de prévention, le document unique, rôle et responsabilité du chef de service, du chef d'établissement, évaluation et exposition aux risques, le plan de prévention.
- La prévention des risques professionnels (évolution du cadre juridique de la SST et document unique) : les inspecteurs santé et sécurité au travail, conseillers et assistants de prévention, le document unique, rôle et responsabilité du chef de service, du chef d'établissement, évaluation et exposition aux risques, le plan de prévention.
- Les différentes formes de harcèlement.
- Le rôle de la hiérarchie et des différents acteurs dans le domaine des RPS.
- La médecine de prévention : rôle et fonction du médecin de prévention, coordinateur des différents acteurs, pôle vigilance suicide, dossier médical individuel.
- La médecine statutaire : rôle et fonction du médecin inspecteur régional, le relationnel avec le chef de service.
- L'action sociale dans la Police nationale : présentation de la sous direction de l'action sociale et de l'accompagnement des personnels
- L'accompagnement social : rôle et fonction des assistants sociaux.
- Le stress du policier (stress de la prise de décision, burn out, syndrome poste traumatique,...).
- Les dépressions, addictions.
- Le suicide au travail : identification du phénomène, signes avant-coureur.
- Le service de soutien psychologique opérationnel (SSPO).
- Les absences pour raisons médicales : aspect réglementaire.
- La synthèse sur la gestion des personnels en difficulté (obligations et rôle du manager).
- Gestion des conflits (typologie des conflits, analyse, résolution).
- Technique d'optimisation professionnelle.
- Témoignages de la chaîne hiérarchique sur des cas de RPS.

GARDIENS DE LA PAIX

- Les missions dévolues aux différents acteurs de la politique sociale (1H30).
 - La médecine de prévention avec un focus sur les conduites addictives (1H).
 - Le service social et sensibilisation à la gestion d'un budget personnel (1 H).
 - La médecine statutaire en école (30mn).
 - Le service de soutien psychologique opérationnel (1H).
 - Les compétences relationnelles (notamment identifier les causes, les mécanismes et les conséquences du stress, réagir face aux détresses des victimes et des policiers) 14 H.
 - Le passage en situation « Accueil du public » : manifestations du stress et comment gérer les émotions.
 - Dans le cadre de l'étude des délits routiers : sensibilisation au contact de la mort (avec développements sur les réactions émotionnelles face à la mort, au suicide et gestion des émotions).
 - À l'issue de la période d'alternance : retour d'expérience (8h) : avec prise en compte des événements traumatiques vécus sur le terrain.
- (avec orientation si besoin pour les cas jugés les plus difficiles) et 3 H sur les acteurs de soutien (médecine de prévention, le service social et la médecine statutaire en service).*

INGENIEURS PTS TECHNICIENS PTS

- L'action sociale (2h).
- La médecine de prévention (2h).
- Le service de soutien psychologique opérationnel (SSPO) (2h).
- La santé et la sécurité au travail (3h), hygiène et sécurité (6h), assurance qualité (6h).
- La gestion des situations difficiles : confrontation à la mort (3h).
- La gestion du stress (3h).
- La prévention et secours civique 1 (12h).
- Les techniques managériales (54h) : communication, conduite de réunion, négociation, motivation, gestion des conflits, RPS, concept d'autorité et de pouvoir, styles du management, performance individuelle et collective, débriefing, gestion du temps de travail, les entretiens, la prise de poste.



AGENTS SPECIALISES PTS

- L'action sociale (2h).
- La médecine de prévention (2h).
- Le service de soutien psychologique opérationnel (SSPO) (2h).
- La santé et la sécurité au travail (3h), hygiène et sécurité (6h), assurance qualité (6h).
- La gestion des situations difficiles : confrontation à la mort (6h).
- La gestion du stress (3h).
- La prévention et secours civique 1 (12h).

ATTACHES

- Les RPS : les acteurs, rôle et obligations du manager (3h).
- Les techniques managériales : la prise de poste (6h).

LES RPS EN FORMATION CONTINUE

ENSP Saint Cyr au Mont d'Or
COMMISSAIRES (18H)
Code DIALOGUE : DI 077

Stage « la prévention des risques psychosociaux » :

Enjeux, situations de souffrance au travail, conséquences, le suicide dans la police, la prévention du suicide, le plan de prévention des RPS du MI, exemple de plan de prévention, le rôle de l'inspection en santé sécurité au travail, la médecine de prévention, témoignages de la chaîne hiérarchique sur des cas de RPS, échanges sur les pratiques professionnelles.

ENSP Cannes-Ecluse
COMMISSAIRES / OFFICIERS / ATTACHES / INGENIEURS
BRIGADIERS-MAJORS (25H)
Code DIALOGUE : DQ 006

Stage « la gestion des personnels en difficulté » :

Aspects managériaux, psychologiques, sociaux, médicaux, médico-administratifs, la médecine de prévention (éléments théoriques, intervenants extérieurs, échange d'expérience des participants, simulations, études de cas).

ENSP Cannes-Ecluse
Capitaines inscrits sur tableau avancement au grade de commandant (21H)
Code DIALOGUE : DC 001

Stage statutaire commandant :

- sensibilisation aux risques psychosociaux (6 h) ;
- débriefing psychologique et stress (3 h) ;
- absence pour raisons médicales (4 h) ;
- santé et sécurité au travail (obligations et responsabilités du chef d'établissement, DUERMI, (4 h) ;
- témoignage de la chaîne hiérarchique sur des cas de RPS, (4 h).

ENSP Cannes-Ecluse
Officiers, brigadiers-majors (19H)
Code DIALOGUE : DI030

Stage « la gestion des conflits » :

Typologie des conflits, analyse, résolution (partage d'expérience des participants, témoignage d'un chef de service, cas pratiques et simulation).



Toutes DIRF

Du major aux chefs de service (toutes directions), administratifs (secrétaires, attachés, chefs SGO) et scientifiques (techniciens et ingénieurs PTS) (12H)

Code DIALOGUE : DQ 011

« santé et sécurité au travail : prévention des risques psychosociaux » :

Ce stage de 12 heures a pour objectif de faire prendre conscience à l'ensemble de la hiérarchie de l'importance de ces notions, de l'aider dans l'identification des signes et manifestations qui peuvent conduire à une dégradation du bien-être au travail. La finalité consiste à rendre tout responsable hiérarchique, acteur à part entière dans cette mission de prévention.

Les objectifs intermédiaires doivent permettre :

- d'identifier la problématique des RPS dans le cadre de la politique sur la santé et la sécurité au travail ;
- de détecter les types de risques suivant leurs origines et leurs conséquences potentielles ;
- d'identifier l'ensemble des acteurs de la prévention des RPS et leur cadre d'intervention ;
- de mettre en œuvre les actions appropriées en matière de prévention et de traitement des RPS.

Organisé par la DFPATS
Ingénieurs et techniciens PTS (60H)
Code DIALOGUE: DI 096

Stage «formation au management des personnels de PTS» :

Techniques de communication, la gestion de groupe, la gestion des conflits, le management par objectifs, les RPS, le débriefing et le retour d'expérience, le contrôle et l'évaluation, les différents entretiens, la conduite de réunion, échanges sur les pratiques professionnelles.

Le calendrier des stages est disponible sur le site intranet de l'ENSP et de la DRCPN aux adresses suivantes :

<http://intranetensp.dg.pn.int/intranet/index.php/recrutement-et-formation/formation-continue>

<http://drcpn.mi> Formation >> Les Formations >>



EN QUOI CONSISTE LA DÉMARCHE D'AIDE AUX MANAGERS (DAM) ?

TEXTES DE REFERENCE

Note DRCPN du 20 septembre 2013 portant organisation et mission du bureau des commissaires de police (BCP)

DEFINITION

La démarche d'aide aux managers (DAM) est un outil de gestion des ressources humaines **et plus particulièrement de développement personnel à travers l'évaluation des compétences managériales.**

CONTEXTE / OBJECTIFS

L'objectif de la DAM est double :

- d'une part, évaluer le management opérationnel des chefs de service et leur offrir la possibilité de développer des compétences managériales ;
- d'autre part, gérer le corps sur le fondement de l'adéquation profil / poste dans une logique de parcours de carrière.

COMPOSITION

La section de la DAM au sein de la division du management du BCP compte 2 membres du corps de conception et de direction.

FONCTIONNEMENT

A titre expérimental, la DAM concerne les directeurs départementaux de la sécurité publique, en poste depuis au minimum 2 ans et volontaires pour y participer. Cette expérimentation a été lancée en juin 2013.

La DAM permet d'analyser les compétences managériales mises en œuvre par le chef de service à partir des méthodes d'évaluation à «360°».

La DAM s'appuie sur les outils suivants:

- un questionnaire portant sur les principales compétences attendues (leadership, communication, pilotage et décideur). Ce questionnaire permet au chef de service de réaliser son auto-évaluation, mais permet aux collaborateurs directs (N-1) et au supérieur hiérarchique (N+1) de faire cette évaluation ;
- une conduite d'entretiens sur site avec les partenaires institutionnels (autorité préfectorale, procureur de la République, maire du chef-lieu et syndicats représentés en CTD à leur demande) et les personnels ayant renseigné le questionnaire.

L'anonymat des personnes rencontrées et de celles ayant repli le questionnaire est garantie dans la synthèse et la restitution.

La restitution permet de mesurer notamment les écarts entre ce que pense faire le chef de service et la perception qu'en ont ses collaborateurs ou supérieur - et les observations effectuées par les membres de la mission permettent de dégager les principales caractéristiques du management exercé.

La présentation des talents-clés, des points de vigilance et des axes de développement, ainsi que des éventuelles formations proposées, fait l'objet d'une restitution au manager concerné au cours d'une réunion de travail à la DRCPN.



QUELLE POSTURE MANAGÉRIALE ADOPTER FACE À UN ACTE SUICIDAIRE ?



CONTEXTE / OBJECTIFS

Un passage à l'acte suicidaire dans un service (suicide ou tentative de suicide) est un événement violent, inattendu.

Il se caractérise :

- par l'onde de choc qu'il génère : les conséquences de ce geste se propagent au-delà du périmètre strict du service où était affecté l'agent ;
- par les risques que ce geste fait courir sur la stabilité de l'ensemble des services ;
- par l'incapacité de l'ensemble des services à trouver une réponse immédiate et appropriée puisque ce geste

constitue une épreuve terrible et nouvelle à laquelle nul n'est préparé ;

- par le sentiment de culpabilité de ceux qui n'ont pu éviter le drame.

Un passage à l'acte suicidaire dans une organisation est un événement traumatisant qui nécessite une véritable prise en charge. Que le suicide ou la tentative de suicide ait ou non un lien avec le service, cette prise en charge est essentielle et sans limite de temps a priori.



PRINCIPES FONDAMENTAUX

L'accompagnement doit être pensé dans sa globalité et conçu sans limitation de temps a priori, de manière à être efficient.

Il s'agit :

- d'apporter une réponse immédiate, avec l'aide d'un spécialiste (psychologue du service de soutien psychologique opérationnel, assistante de service social) ;
- d'organiser la réponse qui ne doit pas être improvisée, tant dans les compétences à mobiliser que dans le processus de traitement ;

- de segmenter la réponse : il faut distinguer ce qui relève de la gestion du temps de « l'émotion » (d'une durée très variable et pour laquelle 2 mois est un ordre de grandeur) et la gestion du temps de « la compréhension » (au-delà de cette première durée). Les ressources affectées à ces 2 temps ne sont pas les mêmes.



FONCTIONNEMENT

L'accompagnement du drame suppose pour le chef de service :

ALERTER ET PRESERVER

- alerter par téléphone les secours (15 SAMU ou 18 POMPIERS) ;
- alerter l'autorité préfectorale et zonale, le procureur de la république et la direction centrale (bureau info) ;
- ne pas déplacer le corps ni soustraire des preuves potentielles (il faut mettre en place un périmètre de sécurité) ;
- recouvrir la victime afin de la soustraire aux regards ;
- faire établir un certificat de décès ;
- rechercher les causes du suicide avec discrétion (lettres, messages, SMS par exemple).

METTRE EN PLACE UNE PRISE EN CHARGE IMMEDIATE DE LA FAMILLE

- exprimer avec sensibilité et solennité sa compassion à la famille et aux proches en se déplaçant ;
- assurer la famille de son soutien en désignant une personne ou une équipe qui l'accompagnera dans les formalités. Si une enquête doit être menée et qu'elle emporte décision d'autopsie, l'expliquer à la famille avec tact et pédagogie ;
- lancer toutes les démarches administratives : dossier de pension, aides diverses, le cas échéant, recherche d'emploi pour la veuve ou le veuf, accompagnement des enfants. L'accompagnement des assistantes de service social est très utile en la matière ;
- proposer un soutien psychologique (SSPO).

INFORMER LES PERSONNELS

- réunir les personnels et relater sobrement les faits sans chercher à avancer des raisons ;
- expliquer ce que le service va faire, recueillir la parole et recenser les éventuelles propositions des agents (quête interne, délégations aux obsèques, parrainage des enfants, etc) ;
- proposer un soutien psychologique (SSPO) : des groupes de parole et/ou des entretiens individuels doivent être proposés et s'organisent sur la base du volontariat ;

- la réunion de départ est suivi d'un déplacement au sein des unités, qui sera moins formel ;

- anticiper et organiser la participation éventuelle des fonctionnaires de police aux funérailles.

INFORMER LES REPRESENTANTS DU PERSONNEL

- présenter les faits sobrement et donner des informations sur ce que le service engage pour accompagner la famille, les collègues proches et le service ;
- leur demander de protéger la famille et l'institution en évitant rumeurs et fausses nouvelles ;
- les représentants du personnel se retrouvent aussi en « première ligne » : pour des raisons proches de celles qui concernent l'encadrement immédiat, leur exposition personnelle est maximale. Les dispositifs de soutien doivent aussi leur être proposés.

Il est indispensable que le chef de service fasse un premier inventaire, avec ses collaborateurs, de ce qui, dans l'organisation, le fonctionnement ou le management, a pu faire naître une souffrance au travail. Cet inventaire sera complété par un point avec les professionnels de soutien, et des discussions avec la représentation syndicale. A ce stade, des dysfonctionnements peuvent être apparus et des mesures correctrices décidées. Un CHSCT extraordinaire doit être réuni dans les délais les plus brefs.

Dans d'autres cas, le ressentiment est trop fort, un mouvement d'indignation ou de revendication s'organise. Le chef de service peut être directement mis en cause. Il est important que le n+1 du chef de service prenne le relais avec le recul nécessaire.

Il appartient à sa hiérarchie de prendre à son compte la démarche exposée ci-dessus ou de solliciter, dans les cas les plus difficiles, une intervention d'une autorité centrale.



COMMENT RÉALISER LES ENQUÊTES ENVIRONNEMENTALES ?



TEXTES DE REFERENCE

Rapport d'audit IGA-IGPN-IGGN sur la prévention du suicide au sein des forces de sécurité intérieure remis en janvier 2013

Instructions DGPN des 10 juillet 2013, 9 octobre 2013, 6 mai 2014



DEFINITION

Les enquêtes environnementales sont des documents élaborés selon la règle du secret professionnel partagé. Elles consistent à porter à la connaissance d'un nombre restreint de fonctionnaires d'administration centrale (Direction opérationnelle et Direction des ressources et des compétences de la Police nationale / sous direction

de l'action sociale et de l'accompagnement du personnel) des informations relatives aux conditions, connues ou portées à la connaissance du chef de service, dans lesquelles un fonctionnaire a mis fin à ses jours. Les enquêtes environnementales sont élaborées sous maîtrise d'oeuvre du chef de service.



CONTEXTE / OBJECTIFS

Dans son rapport sur la prévention du suicide remis début 2013 (cf fiche 29), la mission des 3 corps d'inspection générale soulignait, pour la Police nationale, la qualité de la connaissance quantitative et qualitative des suicides. Elle soulignait cependant que des améliorations pouvaient encore être apportées quant aux remontées d'information.

Les enquêtes environnementales répondent à l'objectif d'amélioration de la connaissance en matière de connaissance des raisons du passage à l'acte. Tout en ayant une portée différente des enquêtes approfondies menées par l'INSERM, dénommées « autopsies psychologiques », elles s'inscrivent néanmoins dans l'objectif de déterminer le plus précisément possible « l'arbre des causes ».

Elles constituent une pièce de dossier à l'appui d'une demande de reconnaissance de l'imputabilité au service d'un suicide, formulée par la famille (cf fiche 21).

Les enquêtes environnementales sont également communiquées au médecin coordonnateur régional de la médecine de prévention (sous le couvert du médecin chef coordonnateur national), eu égard à son rôle dans le cadre du fonctionnement des pôles de vigilance suicide (cf fiche 16).



FONCTIONNEMENT

Les enquêtes environnementales sont réalisées par le chef de service et transmises dans un délai de 2 mois, à compter de la connaissance du suicide, à la direction centrale d'emploi et à la DRCPN-SDASAP.

Chaque chef de service doit remplir les thèmes suivants :

- le parcours professionnel : faits marquants de la carrière, affectations, mutation, accidents ou blessures en service, félicitations, récompenses, sanctions ou tout élément s'y rapportant ;
- la situation personnelle : situation familiale, connaissance d'événements de vie ;
- la manière de servir et les relations de travail avec l'environnement professionnel (hiérarchie et collègues) ;
- le profil médico-psychologique et social ;
- les faits relatifs à l'acte ;
- les signes d'alarme ou de changement comportemental présentés dans les jours précédant le passage à l'acte ;
- l'existence ou non d'un écrit, expliquant l'acte.

Depuis le second semestre 2014, un dispositif complémentaire est expérimenté avec la Direction centrale de la sécurité publique. Initié par la DCSP et la DRCPN, il consiste à « dépayser » l'enquête environnementale en confiant la responsabilité de sa conduite à une mission d'analyse extérieure au service, composée d'un personnel de la DRCPN et d'un fonctionnaire du service d'audit de la DCSP.

Cette mission se projette au maximum 2 mois après le suicide. Elle intervient dès lors qu'il apparaît une présomption de lien avec le service.

Cette présomption sera analysée notamment sur la base des 3 éléments suivants :

- un témoignage écrit permet d'identifier une raison professionnelle ;
- le suicide est intervenu sur le lieu de travail ;
- l'analyse de la position médico-administrative du fonctionnaire fait apparaître une forte récurrence de congés maladie (d'une durée supérieure à 2 mois).

Les personnes rencontrées seront a minima le chef de service, le chef du service de gestion opérationnelle, le supérieur hiérarchique direct, les acteurs du réseau de soutien. Les représentants du personnel (qui pourront en faire la demande auprès du chef de service) ainsi que la famille (si elle le souhaite) sont reçus.

Le format précis de ces rencontres est préalablement ajusté dans le cadre d'un échange préalable entre le chef de service et les 2 missionnaires.



QUELLES SONT LES PRINCIPALES CONCLUSIONS DE L'ÉTUDE-ACTION DE L'INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ ET DE LA RECHERCHE MÉDICALE (INSERM) SUR LA PRÉVENTION DU SUICIDE (JUIN 2010) ?

TEXTES DE REFERENCE

Etude action relative à la prévention du suicide dans la Police nationale remis le 17 juin 2010

CONTEXTE / OBJECTIFS

L'étude action de l'INSERM a été présentée à l'occasion d'une réunion extraordinaire du CHSCT central Police nationale en octobre 2010. Elle a été diffusée à l'ensemble des directions d'emploi.

L'objectif de l'étude action consistait à :

→ comparer les niveaux et les caractéristiques de la mortalité par suicide au sein de la Police nationale à ceux de la population générale et à ceux de professions similaires ;

→ identifier la part des facteurs personnels, professionnels, psychologiques et psychosociaux dans le déclenchement de l'acte suicidaire ;

→ décrire les dispositifs institutionnels et informels pour prévenir le suicide et dresser un bilan des modalités de prise en charge de la problématique du suicide ;

→ proposer des solutions pour le dépistage, la prévention et la prise en charge des conduites suicidaires chez les policiers.

COMPOSITION

L'étude a été réalisée par des chercheurs de l'équipe «prévention et prise en charge des traumatismes» de l'INSERM. Cette équipe était composée d'un médecin légiste, d'un docteur en épidémiologie, de psychologues, de psychiatres, d'universitaires et d'un statisticien.



CONCLUSIONS

Les conclusions de l'étude ont essentiellement reposé sur la réalisation de 39 autopsies psychologiques, réalisées à partir des suicides de 2008. L'autopsie psychologique s'appuie sur le recueil d'informations chez les proches, un responsable hiérarchique, le cas échéant un représentant du personnel, un expert (médecin statuaire, médecin du travail).

1 CONSTATS

Sur la période couvrant des années 2005 à 2009, le risque de suicide était supérieur à celui de la population générale (+36%), du à la sur-suicidalité des jeunes fonctionnaires (moins de 36 ans).

A titre comparatif, le taux de suicide des gardiens de la paix est cependant inférieur de 27% à celui des surveillants pénitentiaires. Il a été possible d'identifier 4 parcours de vie différents conduisant à un acte suicidaire. Les trajectoires montrent qu'il n'est pas possible de définir un profil unique de personnes décédées. Mais les autopsies psychologiques ont montré que tous les fonctionnaires de police ayant mis fin à leurs jours présentaient les signes d'une détresse psychologique («trouble psychiatrique la plupart du temps dépressif»).

2 PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

Il est nécessaire de créer les conditions d'une concertation pluridisciplinaire entre les différents acteurs de prise en charge médico-psychologique.

Cette action prioritaire a été déclinée à travers la mise en place des pôles de vigilance suicide (cf fiche 16). **L'identification partagée des fragilités individuelles est fondamentale dans la prévention du suicide.**

Les 2 services médicaux (statuaire et de prévention) sont trop cloisonnés. **Afin d'éviter des avis qui peuvent paraître contradictoires, il est recommandé que la fiche de préconisations établie par la médecine de prévention puisse être adressée au médecin statuaire. De même, lorsqu'une visite de contrôle débouche sur une reprise de poste, les données médicales qui motivent cette décision peuvent être d'une grande importance pour le médecin de prévention pour apprécier le plus objectivement possible l'évolution psychique du fonctionnaire et adapter la prise en charge médicale et professionnelle.**

Sur l'arme de service, l'étude action a préconisé d'évaluer l'opportunité et la faisabilité du dépôt de l'arme dans les locaux pendant les périodes d'inactivité (fin de service et retour de congé maladie ou annuel).

Sur la détection des fragilités, il a été recommandé de renforcer le dépistage des psychopathologies en école de police, d'encourager la demande d'aide en banalisant l'accès aux structures de prise en charge, de développer les procédures d'adaptation temporaire des postes de travail aux vulnérabilités psychologiques passagères rencontrées par les agents.



QUELLES SONT LES PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DU RAPPORT D'AUDIT DES INSPECTIONS GÉNÉRALES SUR LA PRÉVENTION DU SUICIDE (JANVIER 2013) ?

TEXTES DE REFERENCE

Programme ministériel d'audit interne du 18 avril 2012

Rapport d'audit sur la prévention du suicide chez les personnels des forces de sécurité intérieure remis en janvier 2013

CONTEXTE / OBJECTIFS

L'objectif de cet audit a consisté à s'assurer de la fiabilité et de la pertinence du dispositif de prévention du risque suicidaire pour les personnels de police et de gendarmerie et des moyens de l'améliorer, dans le contexte de la mise en place progressive des Pôles de vigilance suicide et d'une stabilisation à une quarantaine par an du nombre de policiers décédés par autolyse.

COMPOSITION

Le rapport d'audit a été conduit par une mission composée de 5 représentants de chacune des inspections générales : inspection générale de l'administration, inspection générale de la Police nationale, inspection générale de la gendarmerie nationale.



RECOMMANDATIONS

Constat :

Globalement le risque est pris en compte avec la mise en place d'un dispositif relativement structuré et doté de moyens, et un effort de sensibilisation notable, mais dont la cohérence n'est pas complètement assurée. Des faiblesses sont avérées notamment en matière de coordination ou de positionnement des acteurs.

Principales recommandations pour l'amélioration du dispositif de prévention :

- ❶ articuler plus nettement la question spécifique de la prévention du suicide et l'approche plus globale des risques psychosociaux, par la clarification du positionnement des acteurs et le renforcement de l'approche médicale ;
- ❷ renforcer la coordination des acteurs, notamment entre médecins statutaires et médecins de prévention et en éclaircissant la répartition des rôles, ainsi qu'en réaffirmant le rôle de coordonnateur ministériel du médecin de prévention. Les deux médecins permettent de mieux détecter les cas à risque, un soutien médical pouvant être sollicité par les agents ;
- ❸ avoir une meilleure communication interne, facilitant l'information interne sur les réseaux de soutien, notamment en positionnant le conseiller de prévention comme facilitateur d'accès aux professionnels de soutien ;

❹ construire un plan de formation, notamment pour l'encadrement, intégrant la prévention du risque de suicide et favorisant des formations initiales ou continues, notamment des formations mutualisées de cohésion (éventuellement communes avec les élèves-gendarmes) // Améliorer la détection des personnes fragiles durant la scolarité (l'absence de véritable prise en compte de la dimension psychologique dans le recrutement ayant été notée) // Sensibiliser les personnels à leur relation à l'arme comme « outil de service ». La mission recommande la création d'un registre informatisé partagé, permettant à tous les responsables concernés par le stockage de l'arme de connaître sa localisation et la position administrative de l'agent ;

❺ adapter certaines pratiques pour mieux accompagner les policiers après les interventions les plus difficiles : il est rappelé à cet égard le devoir pour la hiérarchie de veiller à la santé et à la protection des agents ;

❻ développer les échanges entre professionnels de soutien du ministère (rencontres) et au sein des administrations publiques ;

❼ engager des recherches associant des universitaires sur l'impact des métiers de la sécurité intérieure sur la santé et le bien être au travail. La mission insiste sur le développement des recherches dans les domaines de la prévention (échanges avec les armées).



QUELLES INITIATIVES LOCALES ? LE PÔLE DE VIGILANCE MÉDICO-ADMINISTRATIF DANS LES DÉPARTEMENTS DE CORSE DU SUD, LOIRE, LOIRE-ATLANTIQUE

TEXTES DE REFERENCE

Instructions DGPN sur la mise en place des pôles de vigilance suicide du 13 novembre 2012 et 20 mars 2013

Instruction DRCPN du 23 juillet 2013 sur l'échange d'informations dans le cadre de la prévention du suicide

Note du médecin-chef de la médecine de prévention aux médecins de prévention en date du 03 janvier 2013 : mise en place des PVS dans les services de la Police nationale

Note du médecin-chef de la Police nationale aux médecins inspecteurs régionaux du 8 octobre 2013 sur l'échange d'informations dans le cadre de la prévention du suicide dans la Police nationale

CONTEXTE / OBJECTIFS

Les pôles de vigilance suicide (PVS) se sont progressivement mis en place dans le courant 2013 et continuent de se déployer en 2014 (cf fiche n°16). Ils doivent permettre une prévention anticipée et mutualisée des situations à risque. Ils associent le réseau de professionnels de soutien socio-médico-psychologique. Les réunions ou échanges du pôle de vigilance suicide sont coordonnés par le médecin de prévention.

Les instructions DGPN de novembre 2012 et mars 2013 ne prévoient pas d'associer les services de la médecine statutaire et de contrôle aux réunions de ces pôles.

Suite au constat de situations à risque suicidaire intervenant lors d'un congé maladie ou au retour d'un congé maladie, une surveillance étroite durant l'arrêt maladie et/ou lors de la reprise de travail permet de déceler des situations à risque.

C'est pour cette raison qu'il a été demandé aux services de la médecine statutaire et de contrôle de communiquer en temps réel les positions médico-administratives

des agents (les congés maladie), et plus précisément identifier les agents dont le congé maladie est d'une durée supérieure à 20 jours (durée en continu ou en fractionné).

Cette communication améliore et doit accélérer les échanges entre les différents professionnels de santé. Il a été demandé aux médecins inspecteurs régionaux de transmettre chaque mois au médecin coordonnateur régional du service de médecine de prévention les états des congés maladie des agents et d'identifier les cas dans lesquels le congé maladie est supérieur ou égal à 20 jours (20 jours calculés de manière fractionnée ou continue).

Cette transmission régulière n'exclut pas tout échange nécessité par une situation d'urgence dans un laps de temps le plus court possible (cf fiche 15).



COMPOSITION ET FONCTIONNEMENT

De manière à s'assurer d'une transmission régulière et fluide des informations sur les positions médico-administratives des agents, et dans le cadre de la tenue régulière de réunions du PVS, il a été décidé dans certains départements d'associer le médecin statutaire pour examiner les situations d'agents en difficulté.

Ces sont dénommés «pôles de vigilance médico-administratif» dont l'objectif reste de prévenir toute situation individuelle à risque.

Les réunions du pôle de vigilance médico-administratif associent également, en tant que de besoin, la hiérarchie. Dans ce cadre, le chef de service (directeur, adjoint, chef du Service de gestion opérationnelle en sécurité publique) est conduit à présenter les projets aboutis ou en cours d'évolution concernant les conditions de travail (changement de cycles horaires par exemple dans certaines unités), les récents mouvements de personnel, dans la mesure où cette connaissance partagée peut avoir une incidence sur les situations individuelles.



QUELLES SONT LES INITIATIVES LOCALES ? LA CELLULE ZONALE DE MAINTIEN DANS L'EMPLOI DE LA PRÉFECTURE DE LA ZONE DE DÉFENSE ET DE SÉCURITÉ EST



TEXTES DE REFERENCE

L'architecture départementale de prévention des risques psychosociaux (cf fiches 3 et 4) est complétée par la mise en place, sur le ressort géographique de la zone de défense Est, d'une cellule en charge de l'accompagnement individuel des atteintes à la santé des fonctionnaires.

Cet accompagnement intervient dans le cadre de l'application des dispositions de la loi 84-16 du 11 janvier 1984 (portant dispositions statutaires relatives à la

fonction publique de l'État) qui rappelle le principe de l'adaptation du poste de travail par suite d'une altération physique ou d'un reclassement dans un emploi compatible avec l'état de santé, lorsque l'adaptation du poste de travail n'est pas possible.

La cellule zonale de maintien dans l'emploi a été mise en place en mai 2012.



OBJECTIFS

La cellule zonale de maintien dans l'emploi contribue à la prise en charge pluridisciplinaire des situations individuelles. Elle a vocation à accompagner l'ensemble des fonctionnaires du périmètre de la Police nationale, pas seulement les actifs.

Cet accompagnement vise à favoriser le maintien dans l'emploi des fonctionnaires pour lesquels une restriction d'aptitude ou une inaptitude au poste a été constatée médicalement.

La cellule a pour objectif :

- d'identifier les freins liés au maintien dans l'emploi des agents en restriction d'aptitude ou inaptitude au poste de travail médicalement constatées ;
- de proposer des mesures correctives en vue de favoriser le maintien dans l'emploi.



COMPOSITION

La cellule zonale de maintien dans l'emploi est pluridisciplinaire. Elle réunit en toute confidentialité autour du préfet délégué ou son représentant (le responsable ressources humaines du SGAMI), le médecin inspecteur régional, le médecin de prévention coordonnateur régional, les conseillères techniques régionales du service social, les psychologues et le correspondant handicap. En tant que de besoin, les chefs de service de l'agent concerné sont associés.

La direction des ressources humaines du SGAMI est chargée du secrétariat et assure le suivi des avis préconisés.



FONCTIONNEMENT

La composition et le fonctionnement de la cellule zonale de maintien dans l'emploi ont été formalisés au cours d'une séance du 10 décembre 2013 (adoption d'un règlement intérieur). La cellule zonale de maintien dans l'emploi se réunit au moins tous les 3 mois.

La cellule zonale examine des dossiers individuels signalés par les réseaux à l'occasion du retour en service du fonctionnaire ou en amont. Elle propose des mesures de nature à permettre :

- le maintien de l'agent au même poste (avec ou sans aménagement) ou dans le même service (avec ou sans aménagement d'horaires) ;
- l'employabilité de l'agent, ce qui implique temps de formation et d'adaptation en cas d'affectation hors du service par exemple.

La cellule zonale recherche une solution de maintien dans l'emploi au bénéfice des agents bénéficiaires d'une allocation temporaire d'invalidité (ATI) dont la reconnaissance et le taux ont été préalablement examinés en commission de réforme.

Les comptes rendus des réunions de la cellule sont adressés par la direction des ressources humaines du SGAMI aux chefs de service concernés.

En cas d'urgence, la cellule peut se réunir sur demande expressément écrite d'un des membres détaillant les motifs et comprenant tout élément utile à l'examen par la cellule du dossier concerné.



QUELLES INITIATIVES LOCALES ? L'OBSERVATOIRE ZONAL DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX



DEFINITION

L'observatoire zonal des risques psychosociaux de la zone de défense Est, a été mis en place le 10 mai 2012.

Il constitue une instance informelle de réflexion, d'analyse et d'identification des situations professionnelles à

risque dans un objectif de prévention pour l'ensemble de la zone.

Il couvre les 5 régions de la zone, soit 18 départements.



CONTEXTE/OBJECTIF

L'observatoire zonal des RPS est une instance d'observation et d'analyse supra-départementale des risques psychosociaux. Il veille à favoriser l'émergence et le suivi de projets. Lieu de débats, il assure un rôle de communication interne, de coordination et de relais.

Il vient compléter l'architecture spécifique mise en place au niveau départemental, qui se compose, outre

le CHSCT, des cellules de veille et de prévention des RPS (traditionnellement des cellules « métiers » pour la sécurité publique ou la police aux frontières, déclinées en groupe de travail à l'échelle d'un district, d'une antenne ou d'un commissariat).



COMPOSITION

L'observatoire zonal des RPS est présidé par le préfet de la zone de défense et de sécurité Est ou son représentant.

Il est composé des directeurs zonaux de services opérationnels ou de soutien (SGAP, SZSIC, Cabinet du préfet), des représentants zonaux du personnel, des directeurs

des services de la préfecture de zone, des professionnels de santé et des professionnels de soutien en qualité d'experts.



FONCTIONNEMENT

L'observatoire s'est doté d'un règlement intérieur qui prévoit son fonctionnement dans le respect de la confidentialité. Il se réunit 2 fois par an, ou selon l'urgence, ou suite à un événement particulier.

L'observatoire zonal des RPS adresse des recommandations, définit des orientations, diffuse des fiches pratiques, constitue des groupes de travail chargés d'apporter des précisions sur divers sujets, notamment l'accompagnement au changement et la prévention du stress.

Ses missions consistent à :

- réaliser un constat zonal à partir des indicateurs RPS zonaux, toutes directions confondues en vue de faire de la gestion prévisionnelle des ressources humaines notamment ;
- réfléchir sur des mesures préventives au niveau zonal par référence à une problématique pertinente sur l'ensemble des départements ;
- animer et coordonner les actions sur les RPS en lien avec l'administration centrale ;
- partager les pratiques locales sur la zone ;
- communiquer sur les actions en matière de RPS.

Les projets décidés en 2013 et concrétisés au cours du premier semestre 2014 ont porté sur :

→ la prévention du stress dans le milieu professionnel : la réflexion a abouti à l'établissement d'un livret ayant vocation à appeler l'attention sur les facteurs du stress et les attitudes à adopter, à la mise en place d'une proposition de campagne de sensibilisation ;

→ l'accompagnement au changement (individuel et collectif) : une plaquette permettant de mettre en place une méthode d'accompagnement du changement est mise à disposition des managers ;

→ la création d'un site intranet zonal dédié aux RPS et consultable à cette adresse :

<http://observatoireprps.zdest.pref.mi/>



QUELLES INITIATIVES LOCALES ? L'UNITE DE SOUTIEN AUX EFFECTIFS ET DE PRÉVENTION DE LA PRÉFECTURE DE POLICE (USEP)



CONTEXTE/OBJECTIF

L'Unité de Soutien aux Effectifs et de Prévention de la Préfecture de Police, (USEP) a été mise en place dès 1997 mais sous une autre dénomination de Cellule des ressources humaines (CRH). Le changement de dénomination est intervenu en 2006.

La mise en place de cette structure relève de l'objectif partagé de détecter de la façon la plus précoce possible des situations individuelles de fragilité et d'organiser un accompagnement pluridisciplinaire.

L'USEP relève de la direction de la sécurité de proximité de l'agglomération parisienne (DSPAP) et comporte 3 sections :

→ une section de soutien des fonctionnaires victimes et en intervention sur événements graves ou potentiellement traumatisants (accompagnement post traumatique) ;

→ une section de soutien des fonctionnaires en difficulté ou handicapés ;

→ un groupe santé et sécurité au travail.

Les 2 plus grandes directions d'emploi de la Préfecture de police, la direction de la sécurité de proximité de l'agglomération parisienne (DSPAP) et la direction de l'ordre public et de la circulation (DOPC) disposent chacune d'une unité de soutien aux personnels en difficulté : l'unité de soutien aux effectifs et prévention (USEP) pour la première, mise en place en 1997 et l'unité d'information et orientation sociale des personnels (UIOSP) pour la seconde, mise en place en 1999.



COMPOSITION

L'Unité de Soutien aux Effectifs et de Prévention est constituée exclusivement de fonctionnaires de police expérimentés (13 fonctionnaires actifs et 1 administratif), et constituent des collègues de proximité.



FONCTIONNEMENT

L'Unité de Soutien aux Effectifs et de Prévention intervient dans les 2 registres : prévention et soutien.

Pour ce qui concerne le soutien, le fonctionnaire de l'USEP se comporte comme un « écoutant », que le policier consultant connaisse des problèmes personnels ou des soucis liés à son travail (d'ordre environnemental, relationnel, hiérarchique...).

L'USEP renvoie alors vers les professionnels de soutien compétents (médecin de prévention, psychologue ou assistante sociale) et se charge de prendre les contacts nécessaires si le consultant le souhaite.

Le numéro de téléphone de l'USEP est le
06 85 80 83 74



QUELLES INITIATIVES LOCALES ? LA REMISE DE L'ARME INDIVIDUELLE DANS DES CASIERS INDIVIDUELS (MOSELLE/ARDENNES/INDRE)



REFERENCE

Arrêté portant règlement général d'emploi dans la Police nationale (RGEPN) : articles 114-4 et suivants
Instruction DGPN du 24 septembre 2012

Etude action de l'INSERM relative à la prévention du suicide dans la Police nationale remis le 17 juin 2010



CONTEXTE / OBJECTIF

L'arme de service a une importance capitale dans la problématique du risque suicidaire puisqu'elle a été utilisée dans plus des 2/3 des suicides des fonctionnaires de police en 2013. En moyenne depuis 20 ans, l'arme de service est utilisée dans plus d'1 cas sur 2.

Par ailleurs, environ 2/3 des suicides sont commis au domicile depuis 10 ans.

Le port de l'arme est un facteur facilitateur du passage à l'acte. L'arme de service étant le moyen le plus fréquemment utilisé pour se suicider, le désarmement temporaire peut apparaître comme un moyen efficace pour prévenir le passage à l'acte.

Les règles qui rendent obligatoires la remise de l'arme de service sont les suivantes :

→ le dépôt est obligatoire pour une absence supérieure à la durée du repos cyclique ou hebdomadaire ;

→ Le dépôt est obligatoire à chaque fin de vacation pour les élèves gardiens, les adjoints de sécurité et les réservistes.

La vérification du respect de l'obligation de dépôt liée à la position administrative du détenteur de l'arme (repos supérieur au repos de cycle ou hebdomadaire, congé maladie notamment) doit être régulière et a minima hebdomadaire (cf fiche n°7).

L'autorité hiérarchique dispose d'un accès permanent aux lieux de dépôt de l'arme de service : le contrôle des lieux de dépôt et des flux fait partie intégrante du contrôle interne que doit exercer la hiérarchie.

Le responsable hiérarchique encourage les fonctionnaires de police à déposer l'arme individuelle à la fin de chaque prise de service pour éviter de la ramener à domicile (lorsque le dépôt au service n'est pas obligatoire).

La règle reste cependant le dépôt volontaire de l'arme de service, dans le respect du RGEPN.

La mise en place de casiers individuels permet de proposer un dispositif incitatif et individualisé de dépôt de l'arme au service en fin de vacation, de manière sécurisée et contrôlée.



FONCTIONNEMENT

L'arme de service est déposée dans des casiers individuels disposés dans les armoires. Un registre des entrées et sorties est à demeure, soit manuel, soit informatisé.

Une clef du casier individuel est remise au fonctionnaire contre émargement, le double de la clef est conservé à l'armurerie. Pour renforcer la sécurité, le casier individuel dispose d'une vitre de contrôle et d'un compartiment séparant l'arme et les munitions.

Pour faciliter le contrôle, les lieux de dépôt et les registres de traçabilité des entrées et sorties des armes, pour ce qui concerne les adjoints de sécurité, ces réservistes et les élèves gardiens sont spécialement identifiés.

Le stockage de l'arme s'effectue à l'armurerie, dont l'accès est sécurisé par une caméra thermique qui est reliée au chef de poste.

Les locaux de dépôt des armes de Metz, Thionville, Charleville-Mezières comportent respectivement 350 casiers individuels, 160 casiers individuels, 182 casiers individuels, concernant environ 700 policiers actifs.

Un déploiement complémentaire de casiers individuels a permis de doter la Circonscription de sécurité publique de Châteauroux. Ce déploiement complémentaire est expérimental dans la mesure où il permet d'évaluer l'usage au quotidien des casiers, le taux d'utilisation, outre des aspects fonctionnels et logistiques.



QUELLES INITIATIVES LOCALES? « L'AIDE AUX PAIRS » (SUISSE/GENEVE) LES « POLICIERS DE RESSOURCE ET DE SOUTIEN » (CANADA)

DEFINITION

La police genevoise a mis en place à partir de 1997 une cellule de debriefing intitulée d'« aide aux pairs ». La police québécoise a mis en place à partir de 2000, à Montréal, un réseau de sentinelles baptisé « policiers ressources de soutien ».

Ces 2 dispositifs sont des réseaux d'écoute de proximité et de solidarité au bénéfice des policiers, par leurs pairs.

CONTEXTE / OBJECTIF

L'objectif de ces 2 dispositifs est triple :

- identifier précocement des situations à risques, déceler les signes de détresse, évaluer l'urgence suicidaire ;
- faire en sorte que le soutien ou les éventuels conseils viennent de la part de collègues ayant probablement vécu un événement similaire ;

→ mobiliser l'ensemble des acteurs pour partager les informations sur les agents signalés comme connaissant des difficultés d'ordre personnel ou professionnel.

COMPOSITION

❶ La cellule de la police genevoise d'« aide aux pairs » est composée de policiers volontaires, bénévoles, ayant reçu une formation adaptée. Ce réseau d'écoute intervient dans le cadre d'un travail d'équipe avec le responsable hiérarchique, le service médical, le service psychologique et le service social.

Ce réseau d'écoute intervient dans le cadre d'un travail d'équipe avec la hiérarchie, les subordonnés, les syndicats et les services de santé.

❷ Le réseau des « sentinelles » de la police québécoise, baptisé « policiers ressources de soutien » est composé de policiers volontaires et bénévoles ayant reçu une formation adaptée.

Dans tous les cas, la priorité consiste à identifier les profils susceptibles de remplir ces missions et de leur fournir une formation préalablement à leur prise de fonctions.

FONCTIONNEMENT

❶ La cellule debriefing de la police genevoise ou « aide aux pairs » fonctionne comme suit :

- un recrutement sur la base du volontariat ;
- une formation à l'aide aux victimes et aux techniques dites de debriefing, supervisée ;
- une intervention à la demande du pair en difficulté : obligatoire en cas d'utilisation de l'arme, d'agression avec violence envers un collègue ou accident grave impliquant un policier ;
- la définition précise de ses rôles et limites : évaluer puis guider le pair vers le service compétent et/ou le spécialiste, voire alerter la hiérarchie ou la chaîne de concertation si nécessaire ;
- le fonctionnement horaire : une permanence est assurée 24h/24h et les membres sont mobilisables directement sur le terrain.

❷ Le réseau des sentinelles de la police québécoise ou « policiers ressources de soutien » fonctionne comme suit :

- un recrutement sur la base du volontariat pour 3 ou 4 ans ;
- une formation obligatoire de base (4j) et continue (2j/an), supervisée ;
- une intervention à la demande du pair en difficulté ;
- la définition précise de ses rôles et limites : évaluer puis guider le pair vers le service compétent et/ou le spécialiste, voire alerter la hiérarchie ou la chaîne de concertation si nécessaire ;
- le fonctionnement horaire: une permanence est assurée 24h/24h via un numéro «bleu» (gratuit).



Rédaction :

Cabinet DGPN - Pôle Ressources Humaines

DRCPN - Sous Direction Action Sociale et Accompagnement Personnel

création graphique :

DGPN/SICoP © 2014

**DIRECTION GÉNÉRALE
DE LA POLICE NATIONALE**



© SCoP/2014

DRCPN
SDASAP

Sous Direction Action Sociale et Accompagnement Personnel