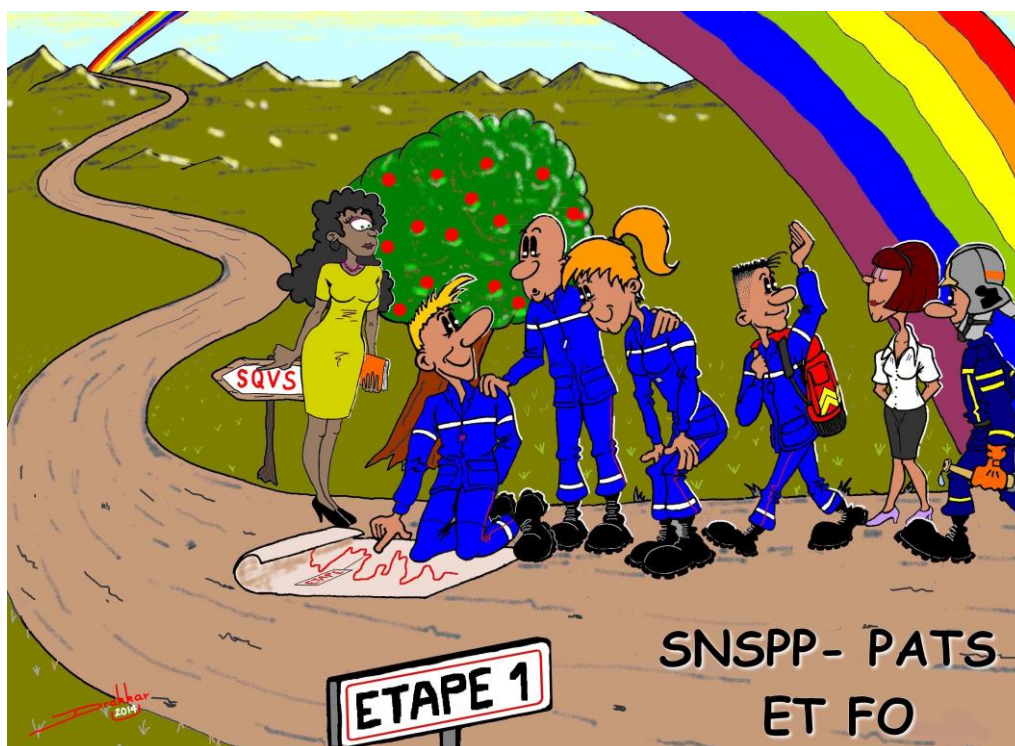


« La SQVS, c'est l'affaire de tous et de chacun »

SANTE QUALITE DE LA VIE EN SERVICE

SQVS

Du CHS au CHSCT...



« Au-delà de la création du CHS, participer à son évolution en CHSCT
et s'engager résolument dans la perspective SQVS »

(sic COPIL 2013)

**Syndicat national des Sapeurs-Pompiers Professionnels
et des Personnels Administratifs, Techniques et Spécialisés**
34 Avenue Nelly Deganne
33120 Arcachon
05 56 83 08 18
www.snspp-pats.com

**Union nationale des Sapeurs-Pompiers Professionnels
et des Personnels Administratifs, Techniques et Spécialisés Force Ouvrière**
153-155 rue de Rome
75017 Paris
01 44 01 06 00
www.fo-sdis.org

Éditorial

La santé qualité de vie en service (SQVS) Un axe majeur de réflexion pour l'action

Le chemin SQVS, tracé par le SNSPP PATS FO qui a su s'adapter à la complexité tout en restant fidèle à ses principes fondateurs, sous-entend une vision positive de l'Homme au sein de nos organisations, une démarche participative et innovante, consciente de l'état des lieux des SDIS, des enjeux et des opportunités qui s'offrent à nous.

G. CLEMENCEAU qui possédait la puissance morale et une ouverture d'esprit symbole des grands hommes, écrivait : « **Il faut savoir ce que l'on veut. Quand on le sait, il faut avoir le courage de le dire ; quand on le dit, il faut avoir le courage de le faire !** ».

Suivons ses conseils et développons ensemble la démarche SQVS.

Investir dans la santé en service, dans la prévention et promotion de la santé, est d'abord une obligation sur le plan humain. De plus ce n'est pas une charge, c'est un atout pour la performance du service au public qui nous rassemble tous (SPP, SPV et PATS).

Le SNSPP PATS FO, fidèle à ses valeurs humanistes et partenaire social responsable devant les autorités (élus, institutions françaises et européennes) et ses adhérents a décidé de développer cette démarche qui trace un avenir nouveau aux CHS-CT. Partenaire social n'est pas un vain mot, il implique à la fois vérité et volonté, des droits et des devoirs dont celui de s'impliquer dans la modernisation de nos organisations.

Le dialogue social doit être rénové à l'occasion du passage du CHS au CHS-CT dans les SDIS en 2015, c'est une nécessité.

Volonté, Engagement, Responsabilité conduisent les actions du SNSPP PATS FO. En effet, demain de nombreuses pistes s'ouvriront dont il faudra savoir débattre, sans tarder, tous ensemble pour les prioriser et co-construire les solutions pratiques.

« **L'avenir, il ne s'agit pas de le prévoir mais de le rendre possible** ». (A. DE SAINT EXUPERY)

C'est cela le dialogue social que nous voulons : ambitieux et constructif, digne d'une grande démocratie.



Patrice BEUNARD
Président du SNSPP-PATS



Pierrick JANVIER
Secrétaire Général de l'UNSPP FO

SOMMAIRE

Pourquoi un livre blanc sur la Santé et Qualité de Vie en Service chez les sapeurs-pompiers (SQVS) ? P 03

PREFACE P 04

1. Pourquoi la SQVS ? P 05

2. L'obligation de prévention au sein des SDIS P 06

3. Passer de la notion originelle de CHS à une démarche participative et pluridisciplinaire P 11

4. Prendre en compte les risques, les connaître et les évaluer P 16

5. La mise en œuvre des plans de prévention P 32

6. Le suivi annuel et pluriannuel de la démarche P 35

7. La prise en compte du volontariat P 37

8. Quels retours sur investissement ? P 38

9. La place de notre démarche au sein de l'Europe P 42

PERSPECTIVES P 47

BIBLIOGRAPHIE P 50

TABLE DES MATIERES P 60

Pourquoi un livre blanc sur la Santé et Qualité de Vie en Service (SQVS) chez les sapeurs-pompiers ?

La santé et le travail : n'y a-t-il pas antinomie ?

Le travail : partant du *tripalium* (étymologiquement « instrument de torture »), nous sommes arrivés aujourd'hui à un besoin indispensable à notre vie dans une société marquée par le modernisme. Toutefois, le sapeur-pompier qui a toujours les faveurs du public, car il apparaît souvent le premier lors d'une détresse ou d'un sinistre, reste soumis aux contraintes issues de ses missions.

Le sapeur-pompier comme le travailleur reste soumis à des contraintes physiques, psychiques et sociales.

L'aptitude : est-elle réellement une évidence pour le sapeur-pompier ?

Etre sapeur-pompier, dans la représentation du grand public, c'est être en capacité d'assurer toutes les missions, par tous les temps et qu'elle qu'en soit la durée. La réalité est parfois toute autre, car une grande hétérogénéité des profils d'aptitude existent. Qu'y a-t-il de commun, outre l'uniforme porté, entre un jeune professionnel d'un centre de secours urbain et un sapeur-pompier volontaire engagé depuis plus de trente ans au sein d'un centre de secours rural ?

La santé sécurité au travail / en service

Est-ce un objectif inutile pour ceux dont la mission est de protéger leurs concitoyens ? En effet, la notion de risque est-elle minorée au profit de la réalisation de la mission à tout prix ? Les sapeurs-pompiers qui se désignent désormais comme des « techniciens des risques » n'en sont pas moins de simples mortels. La prévention des accidents de service, des risques psychosociaux est devenue une nécessité pour les SDIS.

La santé qualité de vie est-elle une utopie en période de restriction et de contraintes de toutes sortes ?

Si ce concept est relativement nouveau, il répond à une problématique ancienne : « travailler, c'est exercer des compétences mais également vivre dans une institution au milieu d'autres acteurs ». Au-delà des contraintes physiques et psychologiques éprouvés en intervention, les contraintes et risques psychosociaux sont également éprouvés dans la confrontation à l'autre. Même si l'autre est un camarade, un collègue, un confrère, sapeurs-pompiers ou personnel administratif et technique spécialisé.

Ce livre blanc se propose d'énoncer toutes les raisons d'effectuer un réel diagnostic de santé d'une population qui est bien plus hétérogène qu'on ne le perçoit au premier abord.

Dépasser ses propres représentations, acquérir de nouvelles compétences, intégrer la démarche managériale sont les objectifs et les enjeux de tous les acteurs des SDIS. C'est notamment un objectif essentiel pour les personnels de santé, membres du SSSM, qui doivent désormais s'adapter aux nouvelles données scientifiques de la santé au travail. En fait, il s'agit pour tous les managers de dépasser la notion d'aptitude pour appréhender des concepts indispensables à la prise en charge des agents des SDIS d'aujourd'hui.

La santé qualité de vie en service (SQVS) : un axe majeur de réflexion ?

Ce projet, porté par un grand syndicat qui a su s'adapter tout en restant fidèle à ses principes fondateurs sous-entend une vision positive de l'homme, une démarche participative de tous, tout en respectant les grands principes républicains de liberté, d'égalité et de fraternité : « *Si je revendique, c'est pour construire* ».

G. CLEMENCEAU qui possédait la puissance morale et une ouverture d'esprit symbole des grands hommes, écrivait : « **Il faut savoir ce que l'on veut. Quand on le sait, il faut avoir le courage de le dire ; quand on le dit, il faut avoir le courage de le faire !** ».

Suivons ses conseils et soutenons la SQVS !

PREFACE

La santé est un équilibre naturellement rattaché à la vie, soumis à l'influence de facteurs :

- Liés à chaque individu,
- Liés à l'environnement dans lequel on vit,
- Liés aux métiers et activités exercées, etc.

Si la santé est définie par l'OMS comme étant : « un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité », alors reprenant la formule de René LERICHE définissant la santé comme : « la vie dans le silence des organes », Georges CANGUILHEM en déduit d'une part : « qu'il n'y a pas à proprement parler de science de la santé » et, d'autre part l'étend à « la vie dans la discrétion des rapports sociaux ».

Ces deux propositions interrogent la possibilité pour les professionnels de la santé de s'emparer du concept de santé pour en faire un objet non limité au travail scientifique. La santé mérite ainsi d'être « travaillée » dans ses aspects dynamiques plutôt que d'être « étudiée » comme un « état de bien-être », telle que la définition de l'OMS tend à la figer. C'est dans cette perspective que chercheurs en sciences humaines et sociales et professionnels de santé, réunis au sein du groupe Germes-SHS, lancent un appel à communications afin de susciter des échanges autour de leurs travaux respectifs sur « la santé », saisie dans ses dimensions théoriques et pratiques au titre de la santé publique.

Ce travail d'interrogation pourrait s'appliquer au concept de santé au travail, de santé en service en l'organisant autour de deux axes :

- Le premier privilégie une approche plus conceptuelle de la santé au travail, à la fois « idéal à atteindre » et objectif dépendant des contextes historiques, économiques et sociaux.
- Dans le deuxième axe la santé au travail est comprise comme champ d'activités professionnelles et de politiques publiques.

L'évaluation de la santé, qu'il s'agisse de celle d'une personne, de groupes de personnes ou de populations entières, est aujourd'hui devenue un exercice courant, se référant notamment à la directive européenne 89/391 CEE du 12 juin 1989. Différents acteurs la mettent en pratique depuis les soignants, les chercheurs de diverses disciplines – médicales, de santé publique et de santé au travail, des sciences humaines telles que la psychologie, l'économie et la philosophie pour n'en citer que quelques-unes – jusqu'aux institutions internationales telles l'OMS et l'agence européenne de santé et sécurité au travail. **Ne devons-nous pas nous fixer un objectif identique quant à la santé en service ?**

1. Pourquoi la SQVS ?

La Santé et Qualité de Vie en Service (SQVS) n'est pas une définition, c'est une démarche. Elle protège les hommes, garantit la mission de secours et facilite le fonctionnement du service public. Intégrer la SQVS dans les « process » de nos SDIS, c'est redonner un sens au travail, améliorer les conditions de travail, élaborer et évaluer des plans d'action réalistes selon une méthodologie validée et reconnue facilitant les échanges de bonne pratique et la comparaison. En bref, c'est : « redonner un sens au travail et des valeurs au service ».

Toutefois il faut convenir que les SDIS se sont lancés dans le processus Hygiène & Sécurité (H&S) sans s'appuyer sur une quelconque préconisation. Ainsi en fonction des objectifs du CASDIS, des capacités humaines et financières des SDIS, la démarche H&S est plus ou moins évoluée. Trop souvent la démarche ne repose que sur un seul homme ou une seule femme. Mais alors pourquoi tout reposerait sur la volonté de ce seul agent ? Ce n'est pas une démarche inscrite dans nos principes démocratiques ! L'article 3 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen du 26 août 1789 énonce: « *le principe de toute souveraineté réside essentiellement dans la nation (Ndr : le groupe). Nul individu ne peut exercer d'autorité qui n'en émane expressément* ».

En étudiant l'accidentologie, la mortalité en service (bases de données), on peut alors s'interroger sur la capacité actuelle des SDIS et de la DGSCGC à transformer en actes ces données. En utilisant la pyramide de BIRD pour estimer le niveau de risque dans nos organisations, on aborde les questions suivantes : pour un nombre X de décès combien a-t-on d'incidents ? De blessures évitables ? De morbidité évitable ? De souffrances psychiques évitables ?

Il ne faut pas oublier qu'il faut laisser du temps au temps pour changer les comportements individuels et collectifs ? Que l'un est lié à l'autre car bien que Sapeurs-Pompiers, ils ne sont que des êtres humains ? Qu'il faille du temps pour passer de la sensibilisation à la décision de changement de comportement comme J. PROCHASKA l'a mis en évidence ? Pour obtenir un changement de culture prévention sous la forme SQVT (SQVS pour englober tous les acteurs des SDIS), il faut alors apporter une vision nettement plus positive de la problématique santé-sécurité au travail et bien plus globale que notre pratique actuelle.

Pourquoi ne pas proposer alors une démarche préventive tout au long de la vie, un 2^{ème} souffle qui prendrait en compte tous les nouveaux textes sortis et toucherait l'ensemble de la population des SDIS quel que soit le statut de l'agent et son âge : SPP, SPV, PATS - du jeune au retraité en passant par l'actif – du sapeur au colonel ? Que de gisements d'économies pour les SDIS, la Sécurité Sociale et les mutuelles !

« *Dans le monde d'aujourd'hui, l'attractivité d'un territoire se mesure aussi à la façon dont il prend soin de la santé de ceux qui viennent y travailler* » énonçait le Pr JF. CAILLARD en 2010. Cette idée primordiale de territoire est aussi reprise par le Pr P. FRIMAT et développée très concrètement en région Nord Pas de calais. Elle fait partie intégrante de la réflexion de nos élus sur la santé et le bien-être au travail lors des 4^{es} journées parlementaires du 12 février 2014.

Les élus des collectivités ont leur mot à dire et savent le travail qu'ils doivent mener au travers de la FPT et pour leurs personnels. Ils sont acteurs de l'aménagement des territoires et

de la performance économique de ceux-ci (facilitateurs de l'équilibre vie professionnelle/ vie privée ; transports ; crèches en zone d'activité ; agenda 21 et schéma de cohérence territoriale). Cet engagement permanent montre bien la relation que l'entreprise crée avec son territoire, avec les collectivités territoriales, le tissu associatif et les citoyens à l'instar du centre de secours, du SDIS ...

Il faut accepter de reconnaître que les territoires sont inégaux au plan de la santé qualité de vie et des déterminants de santé. L'état de santé de la population sapeur-pompier dépend des caractéristiques individuelles, des milieux, des systèmes et du contexte global comme toute la population. Les sapeurs-pompiers font partie intégrante de la vie du territoire et sont en lien avec lui ; les SDIS doivent faire leur part du chantier et agir en synergie avec les autres acteurs. Pour cela, il suffit d'en avoir la volonté.

En dernier lieu il faut préciser que la santé qualité de vie au travail (entreprises) ou en service (sapeurs-pompiers) permet d'espérer une meilleure santé et qualité de vie à la retraite. Là aussi tous les calculs économiques viennent confirmer l'efficacité de la prévention, c'est-à-dire de l'anticipation au long de la vie active, par la prévention et la promotion de la santé au sein des organisations.

2. L'obligation de prévention au sein des SDIS

2.1 Quelques définitions

L'OMS définit la santé comme étant : « *un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». La santé et la sécurité des personnels d'une organisation sont la richesse dont il faut savoir se préoccuper en priorité dans l'intérêt partagé de toutes les parties prenantes tant d'un point de vue individuel que collectif.

La Santé et Qualité de Vie au Travail (SQVT) est le terme employé hors du « monde pompier » pour définir les effets de la qualité de la vie au travail sur la santé des agents et inversement.

La Santé et Qualité de Vie en Service (SQVS) est le terme employé dans le « monde pompier » afin d'intégrer les SPV. En effet la législation française différencie le volontariat des Sapeurs-Pompiers du monde du travail applicable aux travailleurs tels que définis par les directives européennes.

2.2 La mission sécurité sapeurs-pompiers (MiSSP)

Confiée à une équipe animée par le Colonel Ch. POURNY, inspecteur de la défense et de la sécurité civiles, cette mission avait analysé la culture de sécurité au sein des SDIS. Les axes de travail suivants ont alors été proposés, permettant le développement d'une politique active de santé et de sécurité au travail, intégrée dans un Système Management de Sécurité :

- Aspects réglementaires,
- Organisation des fonctions santé et sécurité au sein de la structure,
- Principes généraux d'un système de management de la sécurité,
- Notions sur l'amélioration continue,

- Outils nécessaires au suivi et à l'analyse de la sinistralité,
- Procédures d'évaluation des risques,
- La méthode d'auto-évaluation,
- Retour d'expérience,
- Modules de formation associés,
- Propositions.

Certaines propositions de la MiSSP sont désormais « gravées dans le marbre » :

- Le COS reconnu par la loi (LMSC – 2004),
- Un CHS dans chaque SDIS,
- La reconnaissance de la dangerosité du métier et des activités, la création de la CNSIS, la possibilité de mutualiser les SDIS,
- La création du bureau prévention enquêtes – accidents au sein de l'inspection de la Défense et de la Sécurité Civiles,
- Le bureau santé à la DSC et le pôle santé à l'ENSOSP,
- La médecine professionnelle et préventive dans les SDIS et la possibilité de réaliser des cohortes,
- Le GNR accidents thermiques,
- Obligation pour les ascensoristes d'acheminer l'appel vers leur centrale non vers les CTA,

Qu'en est-il advenu ?

- La mise en œuvre des réserves de sécurité civile (LMSC 2004), de la possibilité de recrutement d'experts SPV, l'intégration des SDIS dans les commissions départementales de sécurité publique, la protection juridique des fonctionnaires face aux menaces / attaques dans l'exercice de leurs fonctions (LOPSI),
- Préciser le statut du SPV vis-à-vis de la directive européenne du 12 Juin 1989 et suivantes (loi sur le volontariat 2012, mais toujours en cours),
- En 2013 concomitamment la DGSCGC, sur la demande du ministre de l'intérieur, engage une enquête d'évaluation du niveau atteint par les SDIS au regard des préconisations de la MiSSP et la CNSIS est saisie du dossier de prévention des accidents liés aux activités physiques et sportives.

2.3 Appliquer le code du travail dans les SDIS : où en est-on ?

L'extension des missions des Comités d'Hygiène et de Sécurité à l'amélioration des conditions de Travail a été votée le 23 décembre 1982, à l'initiative du ministre J AUROUX suite à une coproduction législative entre le monde du travail et le ministre du travail, une vraie ambition collective. Les lois dites « AUROUX » recouvrent une idée forte de la citoyenneté, avec des droits et des devoirs, individuels et collectifs, pour chaque protagoniste sur la base du dialogue social.

Dans la partie IV du Code du travail sur la santé et sécurité au travail, sont applicables dans la fonction publique les articles L (législatifs) et R ou D (réglementaires) des livres définis qui traitent notamment de la traçabilité des expositions à certains risques professionnels.

Pour la fonction publique territoriale, l'article 108-1 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984, dite loi LE PORS, modifiée (précisé par l'article 3 du décret d'application n° 85-603 du 10

juin 1985 (modifié le 3 février 2012), relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale rend applicable dans les collectivités territoriales les livres I à IV de la partie IV du code du travail.

Ainsi depuis 1984 la première loi relative à l'H&S dans la fonction publique territoriale crée des obligations pour les collectivités qui ont été complétées en 2000, 2004, 2007, 2009 2012... Celles-ci sont confortées par la jurisprudence de la cour de cassation (obligation de sécurité de résultat)

L'année 2012 a fêté les 30 ans des CHSCT notamment avec la loi AUROUX, concernant l'analyse et l'évaluation des risques mais surtout l'application aux CHS du public des fonctionnalités déjà exploitées dans les CHSCT du privé.

Il faut alors aussi penser à évaluer le respect des principes généraux de prévention et les orientations du code du travail par la mise en place d'une classification à l'aide d'indicateurs pertinents. On peut construire une cartographie des SDIS selon leur degré de maturité (état des lieux - démarche qualité) avant toute démarche de niveau national.

Il semble que nous devrions porter nos efforts sur ce point car d'un département à un autre, même s'il existe des points convergents, il n'en demeure pas moins des différences sensibles (effectif, organisation, moyens, mode d'évaluation, fiches de postes, assistante sociale, formation des personnels, RPS...)

2.4 Textes, Protocoles et accords

En premier lieu, la partie IV du Code du travail sur la santé et sécurité au travail rend applicable dans la fonction publique les articles L (législatifs) et R ou D (réglementaires) traitant de l'exposition et de la protection des travailleurs en matière d'H&S.

Pour la fonction publique territoriale, il faut se référer à la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984, dite loi LE PORS, modifiée (précisé par l'article 3 du décret d'application n° 85-603 du 10 juin 1985 (modifié le 3 février 2012), relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la FPT.

L'accord du 20 novembre 2009, sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique, de manière plus générale, précise qu'à défaut de stipulations expresses « les activités couvertes par des règles de sécurité spécifiques applicables dans le secteur privé sont également applicables aux activités identiques organisées sous la responsabilité des employeurs publics ».

L'article 60 de la loi du 9/11/2010 relatif à la prévention de la pénibilité a entraîné la modification du code du travail, avec ajout de l'article L 4121-1 : (partie IV-livre I-titre II-chapitre 1er). Cet article délimite le champ de la pénibilité qui impose l'obligation de prévention et le droit à compensation ainsi que l'évaluation, la traçabilité et les mesures de préventions nécessaires à consigner dans la fiche de prévention des expositions.

Mettre en œuvre le protocole « filière » signé lors du congrès national de sapeurs-pompiers de France en septembre 2012 à Amiens, et notamment sa relation avec les accords du 20 novembre 2009 relatifs à la santé sécurité au travail dans la Fonction Publique. Il faut aussi

rappeler l'accord interprofessionnel de juin 2013 (ANI), repris par la Loi qui devrait inspirer la démarche de la fonction publique dans la négociation sur la qualité de vie au travail.

2.5 Le rapport LAROSE – LACHMANN - PENICAUD sur le bien-être et l'efficacité au travail

« Investir dans la santé au travail est d'abord une obligation sur le plan humain, de plus ce n'est pas une charge, c'est un atout pour la performance »

Cette démarche se retrouve dans l'un des objectifs du SNSPP-PATS et FO de passer de la simple sécurité au travail à la santé qualité de vie et au bien être en service.

2.6 Evaluation, traçabilité et suivi

Mais qu'entend-t-on par l'évaluation de la santé, question posée par le groupe germes - SHS au sujet de la santé publique? A quelles motivations et à quelles finalités cette pratique cherche-t-elle à répondre, notamment dans les domaines de la santé au travail ?

Quels sont les acteurs (ou points de vue), les outils mobilisés et les indicateurs utilisés pour évaluer la santé et à quels fondements théoriques et principes méthodologiques ces derniers se rattachent-ils ?

Enfin, comment les évaluations sont-elles utilisées et quels impacts ont-elles sur les pratiques, les politiques et, plus généralement, sur les décisions concernant la Santé et Qualité de la Vie au Service?

L'objectif principal est de fournir aux élus, décideurs, managers, préventeurs, médecins de prévention, membres des CHSCT des documents synthétiques « tableaux de bord » avec un « reporting » régulier et systématisé, rassemblant les indicateurs les plus utiles à l'amélioration de la connaissance des risques professionnels et à celle de leur prise en charge : identifier les grandes tendances d'amélioration ou de dégradation dans le temps, repérer les dérives nécessitant des plans d'action prioritaires, évaluer le degré d'atteinte des objectifs, comparer les données du SDIS à celles du secteur. Le « benchmarking » anglo-saxon nous pousse à nous enrichir des connaissances exposées par d'autres acteurs dans d'autres secteurs.

En résumé mettre en œuvre le système de management intégré (SMI) pour une santé sécurité durable, selon la norme iso 26000.

2.7 La place des acteurs de la prévention (SSSM, services hygiène et sécurité et management de la santé sécurité au travail)

La SQVS (santé qualité de vie en service – bien-être physique, mental et social) est un objectif prioritaire.

Sous la direction du médecin-chef et pour préserver le potentiel opérationnel des SDIS (cf. SDACR) et faire que responsabilité individuelle et collective soient au rendez- vous, il est nécessaire que le SSSM, en parfaite pluridisciplinarité avec les autres services du SDIS, joue enfin son rôle de médecine préventive et non seulement « d'aptitude sanction » liée souvent à

l'absence de politique de reclassement ou de pool de postes aménagés. Voilà des enjeux à transformer en opportunité, la SQVS touchant le trépied de la santé (physique, mental et social) impliquant ainsi la responsabilité collective de l'organisation mais aussi la responsabilité individuelle de chacun.

L'objectif est d'inscrire le SSSM et ses partenaires préventeurs dans la « continuité entre prévention, soins et accompagnement » (selon le discours de M. le premier ministre J-M. AYRAULT en date du 09/02/2013)

La MiSSP avait travaillé en son temps sur la place du SSSM. Elle a proposé une réponse médicale dans les domaines suivants :

- aux demandes des différents groupes thématiques
- à l'organisation de la médecine professionnelle et préventive dans les SDIS, et l'articulation avec la sécurité en opération,
- l'évaluation des risques professionnels,
- l'organisation du soutien sanitaire en opération,
- les missions de prévention,
- la sécurité et soins d'urgence au cours des opérations de secours,
- les propositions concernant le maintien dans l'emploi et le suivi post-professionnel.

Si l'évaluation médicale relève du médecin, quel rôle permet-on aux autres professionnels experts et autres cadres participant à la santé (infirmiers, psychologues, encadrement sportif ou autres) ? Une sanction d'inaptitude ne peut être la finalité du suivi de la santé des agents, le constat médical que l'agent n'arrive pas entretenir sa forme doit engager les différents acteurs de la santé au travail (dont l'agent lui-même), d'où les non contre-indications. La détermination du profil médical devrait être conçu tout au long de la carrière et donc inscrite comme telle.

Au cours de sa carrière le SP s'inscrit dans un parcours de santé (ou tout autre appellation) et d'hygiène intégrant des conseils de prévention apportés dans le cadre d'un suivi médical, physique, diététique, éventuellement psychologique. Ce suivi fait l'objet du livret individuel accessible au SP, au médecin et aux préparateurs associés. Il peut intégrer des données sur validation du médecin chef. Sa forme est présentée en commission médicale et en CHSCT.

Le médecin doit émettre des conseils de prévention au niveau de la préparation physique, de l'hygiène de vie et des comportements à risque. Ceux-ci sont portés à la connaissance de l'agent, et avec son consentement éclairé, partagés avec le préparateur sportif et des conseillers associés dans le cadre du livret individuel de suivi du SP. Ils sont aussi confortés oralement (lors de l'entretien infirmier par exemple) pour un accompagnement individuel.

2.8 La place de la DGSCGC

La volonté de M. VALLS, ministre de l'intérieur, affirmée lors du 119^{ème} congrès de la FNSPF à Amiens d'une présentation en CNSIS de l'évaluation de la politique de santé sécurité des SDIS, 10 ans après la sortie du Rapport POURNY de 2003 a été l'élément déclencheur de l'engagement de la DGSCGC vers la démarche SQVS.

Dans un monde idéal, il faudrait que la DGSCGC puisse être en mesure d'établir et de présenter une évaluation nationale de l'état d'avancement de la SQVS dans les SDIS. Elle fera régulièrement le rappel auprès des DDSIS lors des colloques de directeurs afin que le travail soit suivi. **La création d'une commission SQVS (avec les missions qui lui sont confiées) au sein de la CNSIS est donc tout à fait indispensable.**

Sans nier le fait que l'Etat ne peut s'ingérer dans les compétences des collectivités, la DGSCGC doit être plus qu'un simple coordonnateur. Pour s'en rendre compte nous devons nous comparer avec d'autres Ministères...ou Etats qui sont des exemples à suivre.

N'oublions pas que plusieurs établissements sont en mesure d'apporter des éléments d'analyse et de vision, tels la CNRACL, le FNP, et pourquoi pas les mutuelles et assureurs ?

3. Passer de la notion originelle de CHS à une démarche participative et pluridisciplinaire

3.1 Les objectifs du SNSPP-PATS et FO dans le domaine de la SQVS

Le SNSPP-PATS et FO entend œuvrer pour que les SDIS prennent en compte la SQVS dans leurs politiques publiques : « *L'objectif est de créer ou recréer des milieux SDIS favorables à la santé* ». Alors, certes les SDIS établissent des priorités, mais posons-nous la question pourquoi un être humain se tourne-t-il vers l'alcool et les substances chimiques ? La réponse est ailleurs que dans le Vidal.

Cela nécessite un changement de paradigme dans le système organisationnel pour une meilleure prise en compte des risques collectifs, et non plus uniquement individuels (exemple des risques psychosociaux). **La mise en œuvre de la pluridisciplinarité et d'un management rénové sont les garants de la réussite.**

Intégrer la SQVS dans le management des SDIS, c'est aller plus loin que la simple application des concepts « Hygiène, santé et sécurité » que nous avons appris (et peut être oubliés) sur les bancs des IUT. Il s'agit de co-construire des plans de prévention à partir du dialogue social respectueux des instances et parties prenantes. Vivre avec son temps en tenant compte de notre histoire, s'ouvrir aux autres et se comparer pour s'améliorer de façon continue, courageusement et en toute transparence. Prendre compte le contexte, les enjeux, l'évaluation et les objectifs visés pour co-construire un plan d'actions adapté respectant les principes de l'iso 26 000, les principes généraux de prévention et les valeurs du service public. Intégrer la SQVS, c'est savoir renouer avec l'esprit de corps et d'équipe facteur de motivation et de performance sans majoration des budgets alloués aux SDIS, car notre priorité c'est l'humain. C'est affirmer au plus haut niveau décisionnel une volonté politique ; une volonté affirmée et concrète d'une politique publique de Prévention. C'est savoir anticiper et faire face.

Ces objectifs du SNSPP-PATS ne sont pas que de simples mots n'engageant que ceux qui y croient. Ce ne sont pas non plus un relevé à posteriori de décisions prises face à une crise ou un évènement dramatique (le classique RETEX bien connu dans les SDIS).

En résumé c'est un contrat partagé d'objectifs et des moyens, des priorités pour des hommes d'action qui le méritent bien.

3.2 Etat des lieux de la fonction H&S dans les SDIS

En premier lieu, ne faudrait-il pas classer les SDIS et faire leur cartographie selon leur degré de maturité (état des lieux - démarche qualité) avant toute démarche de niveau national ?

La carte de France des SDIS engagés dans la démarche H&S montre notamment que dans le Sud-Ouest, contrairement à l'appréciation d'un président de CA, la situation n'est pas aussi simple qu'il n'y paraît à première vue.

Il semble, que là encore il nous faille porter nos efforts sur ce point. D'un SDIS à l'autre, même s'il existe des points convergents il n'en demeure pas moins des différences notables (effectif, organisation, moyens, mode d'évaluation, fiches de postes, assistante sociale, formation des personnels, RPS...) qui nécessitent une vigilance toute particulière et un échange entre les sections.

- a) Quels indicateurs simples de maturité sélectionner ?



Là aussi de nombreux indicateurs et outils existent, notamment au travers de l'évolution des « bilans sociaux annuels », des types d'indicateurs employés par les SDIS (indicateurs spécifiques, homogénéité des indicateurs utilisés, lourdeur de l'appareil statistique) mais aussi l'emploi d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs... Une mise en commun des indicateurs pertinents inter-SDIS permettrait une mutualisation des démarches SQVS et leur suivi.

- b) S'appuyer sur l'existant et/ou lancer des expérimentations ?

Tout d'abord s'appuyer sur une démarche en réseau tels ceux existants (ex : Rhône Alpes, Grand Centre, Bretagne), ou à créer. Lancer des expérimentations régionales ou par strates de SDIS avec ceux qui souhaitent avancer sur la co-construction de la prévention.

Au sein de ces réseaux les partenaires disposeront d'un fil conducteur afin de tracer les différences et les attentes, ainsi que les objectifs et priorités. L'ouverture d'un registre du suivi de certaines pathologies de service prioritaires (en fonction de chaque SDIS, tout personnel compris), les éclairerait alors sur les actions ciblées à mener.

On peut alors se poser la question de l'action possible de la DASC dans cette démarche. La DASC n'est plus ce qu'elle a été, peut-être ce modèle de concertation est à relancer afin de répondre aux enjeux de santé, de qualité de vie au service et de parcours santé pour les SPV, SPP et les PATS. La fédération nationale des SP de France serait alors un partenaire naturel pour accompagner la démarche, avec d'autres acquis à la démarche SQVS.

3.3 Le passage du CHS au CHSCT, la sécurité – santé en service

La démarche SQVS s'inscrit à contrepied de la démarche hygiène & sécurité originelle, davantage construite en réaction à l'accident ou la maladie professionnelle sans en nier les effets.

La démarche SQVS peut insuffler de la réflexion concertée : c'est là l'enjeu (de taille) tel que voulu par les partenaires lors de l'élaboration des lois « Auroux ».

Dans tous les échanges préparatoires à l'écriture du « livre blanc de la SQVS », les remarques ont suivi une typologie selon 3 grandes orientations :

- **la surveillance** de la Qualité de la Vie en Service (registres, accidentologies et effets différés sur la santé, épidémiologie, construction de supports de recueil et indicateurs, etc.)
- **les actions** directes sur les acteurs : selon 3 grands types de préventions : primaires, secondaires, tertiaires (dont le handicap)
- **le lobbysme** : les actions de communication, d'information et de lobbying (notamment les actions syndicales)

Toutefois les outils actuellement à disposition des SDIS ne sont pas suffisants. La démarche doit donc être portée de pair avec un système de management intégré (SMI), dont les origines étaient préconisées par la MiSSP : « *la mise en œuvre d'un système de management de la sécurité du niveau central au niveau départemental, dont la première action sera la réalisation du document unique d'évaluation des risques pesant sur la santé ou la sécurité des agents* ».

Constatant que les CHSCT sont plus adaptés aux grosses structures qu'aux petites (ex : les PME), J. AUROUX propose de réfléchir à une problématique territoriale des CHSCT, de regroupements de structures de même type d'une zone pour gérer des problèmes communs et apporter des réponses collectives. Par exemple, des coiffeurs se sont regroupés à Strasbourg pour réfléchir ensemble à des questions de TMS, d'utilisation de produits toxiques... D'où l'intérêt du travail en réseau.

Le CHSCT concerne dans un premier temps la vie de l'entreprise, mais on ne pourra pas faire l'impasse d'une évolution vers la prise en compte de l'homme dans la globalité de sa mission.

3.4 La participation au sein des instances

La démarche SQVS est résolument positive et orientée vers la co-construction entre les différents partenaires « acteurs de la prévention ».

La démarche de prévention doit faire l'objet d'une présentation en CASDIS, dans le cadre du projet d'établissement et d'une volonté politique (s'inscrivant dans un cadre de santé publique). Il conviendra alors que le champ de la prévention soit décomposé en thèmes prioritaires, déclinés eux-mêmes en objectifs stratégiques pour l'établissement. Pour chaque thème de travail sélectionné il conviendra de définir :

- Sur quels aspects veut-t-on fixer des objectifs ?
- Quel but cherche-t-on à atteindre (accessibles, socialement acceptés et économiquement réalistes) ?

Quand on parle des acteurs : Il est important que chaque acteur soit identifié et responsabilisé pour qu'il s'engage à son niveau. Nous sommes TOUS partie prenante dans ce projet collectif de santé qualité de vie au service (SQVS). Et pourtant le code du travail, la loi LMSC de 2004 le précisent depuis longtemps.

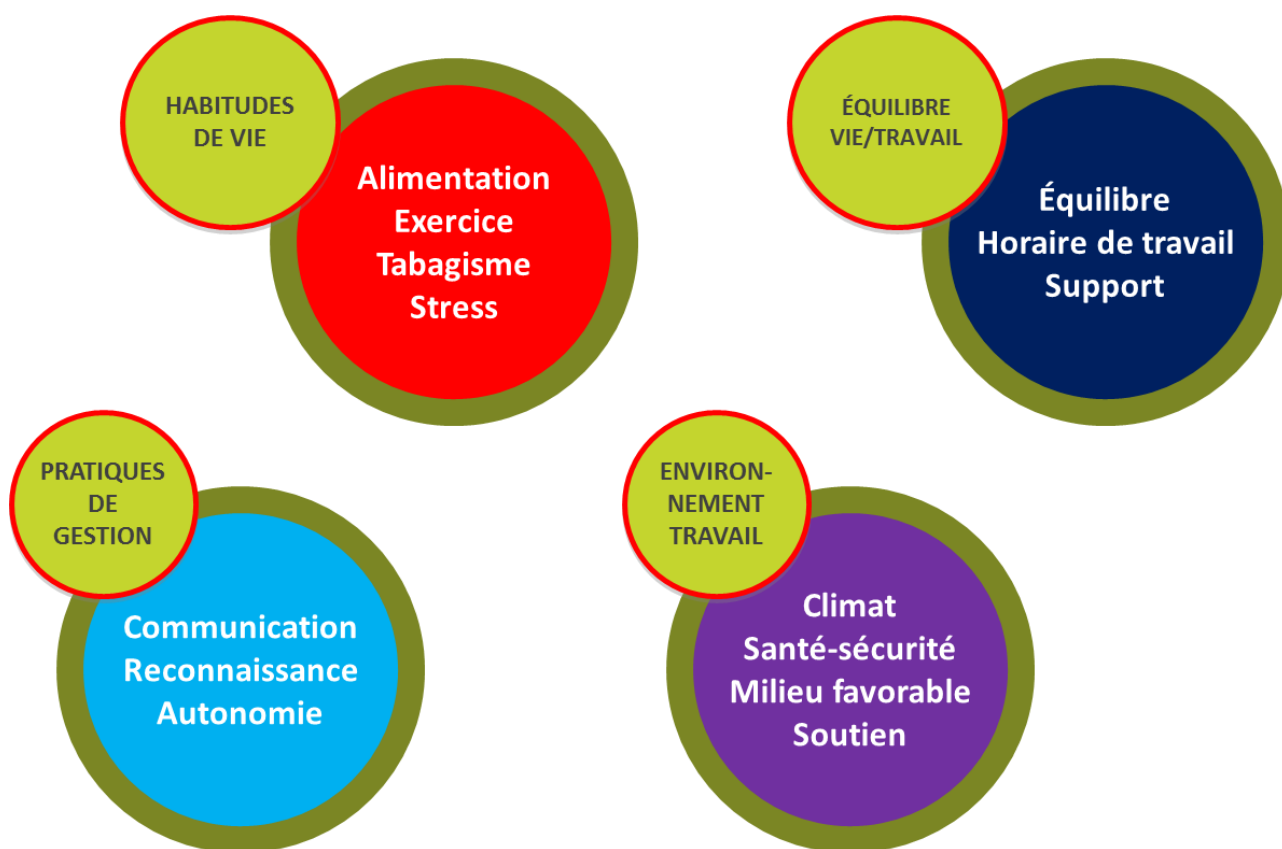
Tous les agents PATS, SPV, SPP, cadres, officiers, sous-officiers, hommes du rang, agents administratifs et techniques, infirmier de SP, médecin de SP etc. : **chacun est un acteur dans un système.** (cf. CROSIER).

En faisant agir les différents acteurs au sein de cette co-construction, la SQVS permet de décroïsonner et de fédérer les réseaux des préventeurs, du SSSM et la ligne managériale des SDIS. **La politique de prévention devient alors une politique publique globale et durable qui s'inscrit dans les projets d'établissements des SDIS, quelle que soit leur taille.**

3.5 La transdisciplinarité et la pluridisciplinarité, pourquoi ?

Mettre en place un projet SQVS au sein d'un SDIS nécessite de co-construire une démarche préventive participative, innovante, globale et adaptée, en s'appuyant sur la pluridisciplinarité et la démarche qualité. Toutefois sur le mot clef « pluridisciplinarité et/ou interdisciplinarité » il faut associer aussi les mots « humilité et respect », car c'est la condition de la réussite.

En s'appuyant sur les 4 sphères d'intervention caractérisant le domaine de la SQVS, on note alors l'importance de la pluridisciplinarité.



Source : groupe entreprises en santé (GES)

Développer une politique publique de santé qualité de vie en service (SQVS), de bien-être et d'efficacité, en prenant en compte la richesse que représentent les Hommes inscrit cet objectif dans une gestion saine des ressources humaines et des relations humaines.

A l'instar de l'homme, qui pour changer ses comportements addictifs nécessite un cheminement, des étapes (J. PROCHASKA) rapidement parcourues par certains ou moins vite pour d'autres, les organisations publiques et privées ont besoin d'étapes sur le chemin du changement. Les outils utiles à chacune de ces étapes sont différents.

Favoriser les économies et la gestion saine en instaurant des plans d'actions de prévention des risques professionnels et en utilisant des données fiables permet de diminuer la charge de l'absentéisme dans le budget des SDIS ce qui en fait un enjeu dans l'élaboration des prospectives budgétaires des SDIS, notamment pour les collectivités les finançant. . Le bon sens paysan doit pouvoir être entendu.

3.6 Le rôle de la MPA-E (Mission Prévention, Accidents - Enquêtes)

Il manque au niveau national une structuration de la démarche préventive intégrant la santé à la sécurité, même si la profession peut se féliciter d'avoir une MPA-E qui vient d'être réactivée. L'inspection (IDSC) a parfaitement compris l'enjeu Qualité et Santé qui va de pair, la DGSCGC ne peut se passer de cet outil indispensable pour garantir une vision nationale des enjeux.

En 2011, l'enquête sur les politiques de prévention des risques professionnels menée par l'inspection de la défense et de la sécurité civiles a révélé que si 91 % des SIS ont réalisé ou sont en train de finaliser leur document unique hors opérations, seulement 13 % d'entre eux ont rédigé le document unique en opérations et 39 % ont commencé à aborder le sujet. Le constat de l'année 2012 doit amener à accélérer la réalisation de l'évaluation des risques professionnels en opérations afin de mieux appréhender les risques encourus et améliorer le niveau de sécurité des intervenants.

La place de la MPA-E doit alors être confortée dans l'évaluation et le support des politiques publiques de prévention, et ne pas être cantonnée dans les seuls RETEX.

3.7 volet relatif à la formation des cadres ? des DDSIS ?

« L'important pour un chef est de bien s'entourer pour décider (ce n'est pas de savoir tout !) » se plaisait à dire le Colonel Ch. POURNY.

Il semble capital, et innovant, de travailler sur la réforme de la formation pour faire changer les mentalités des cadres supérieurs et intermédiaires dans les SDIS. Cette pluridisciplinarité est source de performance du service public (la non-qualité sociale à un coût estimée pour la non santé à 20 % de la masse salariale au Québec), d'où la nécessité d'intégrer avec le CNFPT, partenaire, un module santé qualité de vie en service (SQVS) clairement identifié.

Comme il revient au DDSIS d'organiser les volets stratégiques du SDIS, et donc l'intégration du management de la sécurité, il convient d'inscrire cette démarche dans la formation des DDSIS et des emplois supérieurs de direction (ESD).

Inscrire la pluridisciplinarité dans un module de formation dispensé à l'ENSOSP serait gage d'efficacité pour le fonctionnement des SDIS. Il doit intégrer la santé en service (en dehors du module CHS de base), sur les risques professionnels et la qualité de vie en service.

L'ENSOSP doit insister, dans la formation de tous les cadres, sur le volet Hygiène, sécurité, SQVS, etc. Les cadres intéressés sont non seulement ceux en situation de responsabilité (chef de service ou chef de centre), mais aussi les cadres des filières techniques et administratives assurant l'encadrement de services. Ce cursus qualifiant et reconnu sera garant de l'inscription des SDIS dans le cadre territorial, et de l'ENSOSP au sein des grandes écoles de la république.

Il faut lutter contre la tentation d'une formation exclusivement tournée vers le RETEX, car il semble plus facile de faire un copier/coller du RETEX opérationnel sur le monde de la prévention des accidents. Cette démarche serait une erreur parce que le retour d'expérience s'appuie sur la notion : « *que l'événement a eu lieu* », il induit par déduction qu'il n'y avait pas nécessairement de possibilité d'analyses anticipées de prévention.

Mais la prévention c'est agir avant l'événement par l'analyse des conditions de travail, l'évaluation des niveaux de risque, la prise en compte des évolutions (sociétales, humaines, techniques, et aussi opérationnelles) pour mettre en place des mesures connues, acceptées et appliquées par tous (accords, chartes, etc.).

4. Prendre en compte les risques, les connaître et les évaluer

4.1 Le document unique (prévention des risques)

Le document unique évolue en permanence et en continue. Il est un traceur participatif du changement, des améliorations, des modifications, en résumé un livre partagé de prévention et de santé de la collectivité ou de l'établissement.

Il nous faut, hélas, constater et rappeler que dans beaucoup de SDIS, comme beaucoup de collectivités, les documents uniques n'existent pas ou sont encore à l'état embryonnaire, malgré qu'ils soient obligatoires depuis 2001. Les indicateurs permettant d'identifier et donc de quantifier les risques ne sont pas mis en place surtout si la première loi de 2001 n'intègre pas pleinement les collectivités territoriales et leurs établissements publics.

« En 2011, l'enquête sur les politiques de prévention des risques professionnels menée par l'inspection de la défense et de la sécurité civiles (MPA-E) a révélé que si 91 % des SIS ont réalisé ou sont en train de finaliser leur document unique hors opérations, seulement 13 % d'entre eux ont rédigé le document unique en opérations et 39 % ont commencé à aborder le sujet ». Ainsi qu'abordé dans le §3.6, le constat de l'année 2012 doit amener à accélérer la réalisation de l'évaluation des risques professionnels en opérations.

Le SDIS doit appréhender de façon identique le document unique et le SDACR, même si son élaboration et sa vie au sein du CHSCT ne dépend pas du même calendrier, ni de la même périodicité. Son adaptation permanente doit permettre la mise en place des plans de prévention annuels ou pluriannuels, et aussi tenir compte des évolutions périodiques apportées à l'organisation de l'établissement.

4.2 Disposer d'indicateurs pertinents

Concevoir et mettre en place des objectifs et indicateurs de progrès quantitatifs et qualitatifs en matière de SQVS permet de contribuer utilement à la mise en place d'un système de management de la S&ST (santé et sécurité au travail), dans un esprit de participation de chacun aux objectifs d'amélioration du niveau de prévention du SDIS. Ils sont regroupés au sein d'un tableau de bord.

Il est important de donner une définition exacte de chaque indicateur pour éviter de comparer des données non comparables. La pertinence des indicateurs (d'ordre stratégique, d'efficience, d'efficacité et de qualité) s'appuie sur un état des lieux des objectifs et indicateurs déjà utilisés dans le SDIS, sur le fonctionnement du dispositif dans l'établissement, sur la comparaison nécessaire entre SDIS et selon les objectifs du CASDIS. Certains indicateurs sont répertoriés au plan national par l'inspection de la défense et de la sécurité civiles.

Quel que soit la pertinence d'un indicateur par lui-même, la collecte et le traitement des informations sont les éléments garants de son efficacité. Les données qu'il présente doivent permettre de mettre en lumière le degré de maturité du SDIS, de piloter et favoriser le suivi des actions et de post évaluer l'impact de celles-ci. Cette démarche d'amélioration continue ne doit pas négliger la connaissance des situations réelles de travail.

L'indicateur est une mesure dont la valeur doit être comparée à une référence. Il faut donc repérer les informations liées aux objectifs fixés et pouvant faire l'objet d'une mesure (quantitative, qualitative en évitant le piège des mots à plusieurs sens).

Un indicateur peut avoir plusieurs interprétations également défendables. Il faut donc bien exprimer l'interrogation d'origine, conduire collectivement la réflexion sur les niveaux d'actions (objectifs opérationnels) auxquels les indicateurs seront reliés. Enfin il faut les associer à des seuils (haut, bas, moyen), des fourchettes voire des marges afin de pouvoir les interpréter. De même leur mise à jour régulière est gage d'efficacité. Ils peuvent être parfois fondés sur des interprétations subjectives.

4.3 Le parcours santé des agents

Comme l'affirme le Pr P FRIMAT- Lille « *Le monde du travail devrait être considéré comme un lieu privilégié pour faire de la prévention et ainsi aborder la santé autrement que par le soin* ». Afin de rendre efficace les actions de prévention, il faut créer un véritable « parcours santé qualité vie en service » tout au long de la vie des personnels des SDIS (SPP, SPV, PATS ...), intégrant la pluridisciplinarité. Ce parcours intègre l'allongement de la durée de travail, ainsi que la notion de pénibilité.

L'expérimentation portée actuellement par le SDIS14 mérite une attention particulière et une analyse fine. La démarche choisie est intéressante à plusieurs niveaux et pourrait répondre intelligemment à la seule obsession de « *l'aptitude sanction* ».

Il faut mettre en parallèle cette notion avec le nouveau « parcours santé » présenté par le 1er ministre (09/02/2013).

Il est à noter que 24% des décès chez les SP sont liés à une « mort subite » », et qu'une politique de prévention est indispensable dépassant la seule vision médico-médicale du dépistage nécessaire mais pas suffisante.

4.4 Les addictions et les pratiques addictives

La définition de l'addiction est donnée dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM V, ce terme est restrictif car il conduit à la notion de dépendance. La définition des pratiques addictives est quant à elle plus large. Ces pratiques représentent les consommations d'alcool, tabac, drogues, médicaments psychotropes à dose non conforme à la prescription médicale. Elles peuvent être liées au travail, au téléphone, aux jeux vidéo ... (Ph HACHE – INRS - 2014)

La France est le pays le plus touché par les addictions, tel est le constat réalisé en juin 2013 par l'IGAS et introduit dans son remarquable rapport sur les interactions entre la santé et le travail. La prise en compte des conduites addictives, des troubles du comportement et maladies induites, la prévention promotion de la santé en entreprise est un enjeu majeur pour toute organisation responsable, y compris un SDIS (les conduites addictives interviennent dans 30% de la mortalité prématurée – décès avant 65 ans). Le législateur ne s'y est pas trompé, traduisant sa volonté politique en introduisant cette nouvelle mission dans la loi 2011-867 relative à l'organisation de la médecine du travail dès son article 1.

L'impact sur la morbidité est quant à lui estimé à 20 % (pathologies somatiques et psychiques, accidents de la route, accidents du travail et du trajet...). L'ANPAA annonce que 15 à 20 % des accidents du travail seraient dus à la consommation de substances psychoactives. Quelques statistiques pour situer le problème :

- ✓ Pour le tabac : on comptabilise 73 000 décès annuels imputables au tabac dont 59 000 pour les hommes. Parmi les 18-75 ans, la part des fumeurs quotidiens a augmenté de 2 points entre 2005 et 2010 passant de 28 % à 30 % (33,0 % des hommes et 26,6 % des femmes), augmentation significative chez les femmes (en particulier entre 45 et 64 ans) mais pas chez les hommes. La consommation quotidienne s'amenuise nettement avec l'âge (Drogues, chiffres clés – OFDT 2013).
- ✓ Pour l'alcool : 49 000 décès attribuables à l'alcool ; 27,8 % le pourcentage de jeunes de plus de 17 ans ayant été ivres au moins 3 fois dans l'année ; 16 % des actifs consomment de l'alcool sur les lieux de travail en dehors des repas et des pots organisés entre collègues (Baromètre santé 2010 - INPES).
- ✓ Pour le cannabis : 2,1 % des 18-64 ans sont des fumeurs réguliers.
- ✓ Pour les psychotropes, 16,6 % des salariés consommeraient des psychotropes (C. ORSET - Archives des maladies professionnelles 2007).
- ✓ La poly consommation est habituelle ...

Souvent on alerte la hiérarchie quand un salarié ne va pas bien mais il y a rarement anticipation. Inscrire l'addiction au règlement intérieur et au document unique permet d'analyser ce risque, de mettre en place des mesures de prévention et d'y revenir chaque année. Il est important de regarder le lien dans les deux sens, l'impact des addictions sur le

travail mais aussi l'impact du travail dans les organisations (Face au risques – n°502 – avril 2014).

Évoquer tabac, alcool, drogues, abus de médicaments ... etc., c'est aborder des habitudes de vie qui auront des effets différés sur la santé (cancers, cardiovasculaires...etc.). Tout en respectant les libertés individuelles, il n'est pas inutile d'essayer de faire prendre conscience suffisamment tôt des bienfaits d'une vie saine. Nombreux sont les cancers et les problèmes cardio-vasculaires qui pourraient être évités à moindre coût pour la société, l'organisation et la personne.

L'espérance de vie à 65 ans est un bon indicateur auquel sera sensible tout futur retraité (18,5 ans pour les hommes et 23,2 pour les femmes) mais l'espérance de vie sans limitation d'activité (8,9 – 9,8), voire sans maladie chronique (6,3 – 7,8) et en bonne santé perçue (6,9 – 7,6) mesurée par EUROSTAT est certainement plus proche de la préoccupation de tous (Les espérances de vie en bonne santé des Européens - n° 499 avril 2013 INED). Ces résultats et remarques doivent être ajustés selon les catégories socio-professionnelles, le sexe.

Le manque de données concernant les sapeurs-pompiers est une évidence criante (absence d'étude de morbidité et de registres) alors que la préoccupation d'un DDSIS est d'avoir une bonne vision de l'état de santé des agents placés sous sa responsabilité. Ces remarques ne doivent pas occulter que l'activité professionnelle est globalement un facteur protecteur face aux conduites addictives comparées aux situations de recherche d'emploi.

De fait, la prise en compte des conduites addictives et de leurs troubles co-morbides ainsi que leur prévention au sein du SDIS est un enjeu majeur pour toute organisation responsable, pour de multiples raisons (vulnérabilités, responsabilités, juridiques, économiques, médiatiques mais aussi humaines). Anticiper les situations RH complexes le plus en amont possible, être proactif, traiter les causes peut permettre d'éviter les événements non souhaités (DGSCGC - Y. TREPOS – février 2014).

En conséquence, ce phénomène est tant un enjeu de santé publique qu'un enjeu de santé au travail. Le législateur ne s'y est pas trompé traduisant sa volonté politique en introduisant cette nouvelle mission dans la loi 2011-867 relative à l'organisation de la médecine du travail dès son article 1. Il faut dorénavant vouloir que l'arrêté du 6 mai 2000 s'en inspire sérieusement, tout comme la NFPA 1500 l'avait déjà préconisé dès 1997. Il nous semble également essentiel de ne jamais l'oublier, voire de rappeler à nos autorités ministérielles que la médecine du travail du SDIS est assurée par le service de santé et secours médical (SSSM), lui aussi créé par la loi de 1996 dès son article 1. Certes des progrès sont à faire mais les sapeurs-pompiers ont montré dès 2013 (déjà 10 ans !) grâce à la mission sécurité, animée par le colonel Ch. POURNY, qu'ils étaient en capacité d'agir et proposer aux autorités des améliorations. Il faut dorénavant leur redonner cette capacité de s'investir, d'expérimenter, d'agir dans une nouvelle mission santé et sécurité en relaçant la dynamique sur la Santé Qualité de Vie en Service (démarche qualité, 2ème tour de roue de Deming)

Cette réforme de la santé au travail est traduite dans le décret 2012-170 du 3 février 2012 modifiant le décret 85-603 du 10 juin 1985 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi

qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale. L'explication est complétée dans la circulaire d'application du 12 octobre 2012. Toutefois une prise en compte des spécificités des SDIS devrait pouvoir être étudiée, sans tarder, pour adapter l'offre de formation des personnels des SDIS aux besoins et demandes du terrain dans un souci d'efficience (master santé prévention, emplois supérieurs de direction ...etc.).

Le SNSPP PATS et FO entend valoriser son existence auprès de la Direction Générale de la Sécurité Civile et Gestion des Crises, de chaque SDIS et chaque section syndicale. Veillons à l'appliquer, à le mettre en place, à assurer son évaluation continue qui permettra de mesurer et suivre les effets et le degré d'implication de chaque SDIS afin de répondre à ses obligations républicaines. En un mot, participons comme organisation syndicale représentative à la politique publique qui se construit dans chaque territoire.

Reste à mettre en pratique une politique globale de prévention en l'adaptant au contexte, à chaque SDIS avec la souplesse et la fermeté nécessaires permettant de progresser en encourageant la pluridisciplinarité et en honorant les bonnes pratiques des SDIS en matière de prévention.

Il faut vouloir et s'engager dans la prévention des conduites addictives, il ne suffit plus de le dire, il faut le faire et évaluer nos actions. Les addictions (ou assuétudes en français savant) ne sont pas limitées à l'alcool. De plus les produits pour « tenir » sont légion (médicaments, tabac, caféine, hortensia etc.).

L'inscription de cette problématique des pratiques addictives, doit être faite en CHSCT et groupes de travail élargis, comme bon nombre de SDIS l'impulsent à ce jour avec lucidité et pragmatisme. Cela permet de responsabiliser tant l'encadrement à tous les niveaux que chaque agent comme acteur de sa propre santé. Faire face, de façon concrète, à l'obligation de sécurité de résultat qui pèse sur chaque employeur ; réaliser un plan de prévention adapté et son suivi est un droit et un devoir pour l'établissement public SDIS, un acteur au sein d'un territoire de santé. Les problèmes de responsabilités sont posés, ils se conjuguent dorénavant au présent et il faut s'en soucier avant qu'ils n'apparaissent. Levons les tabous et libérons la parole.

Anticiper pour agir, agir pour prévenir n'est-il pas dans l'ADN des SDIS ?

Toutefois il est important d'aller au-delà de la simple approche juridique du règlement intérieur, certes importante et prévenir tant les dégâts humains que sociétaux. Un texte, une note de service ne résolvent pas les choses à eux seuls. Les dégâts sont graves et ont des conséquences manifestes sur la santé, la famille et l'entourage à plus ou moins long terme et par ricochet sur l'activité opérationnelle. Elles peuvent remettre en cause le maintien en activité (qui nous préoccupe tous), les retraites ainsi que le capital santé des sapeurs-pompiers professionnels et volontaires et PATS construit au fil des années, l'économie et la bonne santé du SDIS lui-même.

Peut-on penser un seul instant que l'alcool ou le cannabis puisse favoriser la prise de décision adaptée, le sauvetage, le secours ou le soin alors que le métier et les activités sont reconnus

dangereuses par le législateur depuis la loi 2004-811 du 13 août 2004 ? Peut-on s'exonérer des lois de la république notamment celle de Santé Publique dont les modifications ont été annoncées par nos autorités pour 2014 ? Les sapeurs-pompiers n'ont-ils pas un rôle d'exemplarité face à la population et d'éducation pour la jeunesse à tenir, les JSP notamment? Les sapeurs-pompiers sont tous concernés et doivent être entendus car c'est une population de 250 000 personnes réparties sur tout le territoire, départements et régions, proche des élus et de la population qui assure une mission de service public, de service au public.

Mais bien au-delà de tous ces arguments de bon sens, que chacun accepte ou non, n'est-il pas important de se soucier de la santé de son collègue et d'oser tendre la main avec bienveillance à celui qui est malade du tabac, malade de l'alcool, malade des jeux, malade d'abus de psychotropes, malade de comportements à risques ... et a perdu progressivement la liberté vis-à-vis de ces drogues. Car être dépendant, addicté, c'est avant tout perdre sa liberté et c'est souvent se cacher soi-même la vérité sur son état (déli). Aider, en respectant chacun son rôle et en se coordonnant en faveur de ceux qui ont eu la malchance de choisir ce chemin sans issue, sans les juger, c'est notre devoir de solidarité.

La chaîne managériale doit pouvoir jouer son rôle à part entière tout comme les RH, le contrôle de gestion, le service formation. Le social ne doit pas lui être étranger, tout au contraire il doit s'y former tout au long de sa vie. Il en est de même pour tous les collègues, 1er réseau d'entraide aussi. Le service de santé et secours médical doit lui aussi jouer son rôle (médecins, infirmiers, psychologues..) et pouvoir appliquer les recommandations de bonnes pratiques validées par les différentes sociétés savantes. Le réseau social aussi. Les pratiques addictives accompagnent ou précèdent souvent de problèmes financiers et sociaux. Le suivi social vise à aider la personne et sa famille, à faire face à des situations difficiles qu'elle rencontre dans sa vie professionnelle (regard des autres, inclusion dans le groupe ou rejet, adaptation des postes..) et personnelle (logement, endettement, mutuelle ...) et à l'accompagner dans ses démarches administratives. Voilà un travail qui demande véritablement un effort collectif afin d'agir dans le respect des personnes et d'offrir une compréhension pluridisciplinaire du phénomène : ceci optimisant la démarche de prévention. Le CHSCT doit donc être saisi et les membres formés à cet effet sur les pratiques addictives et leur prévention.

Les informations sont nombreuses sur le sujet des addictions et internet favorise l'accessibilité à une documentation importante et de qualité. L'INPES, l'INRS, l'ANPAA, l'IREPS, l'OFDT, le CNFPT, la MILDECA (ancienne MILDT), et bien d'autres encore publient régulièrement sur les conduites addictives. L'administration centrale par la voie de l'IGAS met parfaitement bien en exergue la problématique en juin 2013. Au niveau parlementaire, le sujet n'est pas tabou non plus et vous pourrez lire avec intérêt le rapport du 10 octobre 2013 sur l'addiction lors du débat sur le PLFS 2014 qui rappelle l'intérêt particulier que porte le législateur à ce plan d'actions.

Pratiques addictives en milieu de travail, mal-être « associé » ou « importé » au travail, déclaration de maladie professionnelle, arrêts de travail ... Les médecins du travail (traduire SSSM) et les médecins généralistes sont de plus en plus confrontés à l'impact des facteurs de

risques professionnels sur la santé des personnes. Aujourd'hui, les coopérations entre ces professionnels doivent se renforcer. (Médecins du travail, médecins généralistes regards croisés – Colette MENARD - INPES 2009 ; congrès international de santé au travail LILLE 2014). Faisons évoluer les textes et les mentalités, il y en a bien besoin car il en va de l'intérêt de tous et de chacun. C'est aussi le rôle de notre organisation syndicale d'y contribuer ...

Une aide non négligeable peut être obtenue auprès de tous ces acteurs de prévention. Un plan gouvernemental addictions existe pour 2013 – 2017 : appliquons-le. Jusqu'à présent, le phénomène des addictions au travail est demeuré le parent pauvre de l'action publique en matière de prévention des risques professionnels, un état de fait que vise à changer le plan de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017.

Ce plan gouvernemental 2013 – 2017 s'applique en effet aux SDIS comme à toute organisation : valorisons tout d'abord son existence auprès de la Direction Générale de la Sécurité Civile et Gestion des Crises (DGSCGC), de chaque SDIS et chaque section syndicale départementale. Appliquons-le, mettons en place, calons l'évaluation continue qui permettra de mesurer et suivre les effets et le degré d'implication de chaque SDIS afin de répondre à nos obligations républicaines, voir où sont les difficultés pour mieux les traiter. En un mot, participons comme organisation syndicale représentative à la politique publique qui se construit dans chaque territoire.

Ces dispositifs sont à associer aux valeurs prônées par le conseil de l'Europe comme en témoigne la résolution du groupe POMPIDOU adoptée le 15 mai 2012 à l'issue de la conférence internationale « *Alcool, drogues et prévention en milieu professionnel: quels enjeux, quels défis pour les gouvernements, l'entreprise et les personnels?* » Les deux axes principaux sont :

- Placer la prévention des risques liés aux conduites addictives au cœur du dialogue social sur l'amélioration des conditions de travail, tant dans les politiques des États que dans celles des entreprises ;
- Modéliser, au bénéfice de l'ensemble des acteurs, un cadre d'intervention : pouvoirs publics, entreprises, services de santé.

Pour clore ce chapitre sur les addictions et pratiques addictives, nous nous plairons à rappeler les propos de R. DEMEULEMEESTER (La Santé de l'Homme n° 421 Hors septembre 2012) : « *Viser le bien-être : c'est tellement irréaliste que certains l'ont fait ailleurs, que d'autres l'envisagent sérieusement chez nous et que l'on finira par considérer que cela va de soi au même titre que l'accès aux soins* ».

4.5 Les risques de santé chez les personnels des SDIS (SP et PATS), l'aptitude

L'arrêté du 6 mai 2000 présentait un avantage de simplicité, fixant des conditions minimum d'aptitude pour les SP. Il est à noter que dès les deux lois de 1996 (départementalisation et volontariat), aptitude physique, conditions physiques et aptitude médicale étaient liés

La mise en œuvre très progressive de l'arrêté a été associée à des apports extérieurs tels : le profil de santé et de condition physique des différents agents, les notions d'acquisition et maintien des conditions d'aptitude physique nécessaires pour faire face aux contraintes professionnelles , d'encadrement des activités physiques et sportives chez les SP, etc.).

Si le projet de refonte de l'arrêté du 6/05/2000 doit garder l'objectif de simplicité, celui-ci doit aussi intégrer le parcours individuel de santé des personnels et une meilleure définition de la médecine professionnelle et préventive. Le suivi médical amenant à une non contre-indication nécessite alors non seulement de joindre intimement l'évolution physique, mais aussi l'hygiène de vie des SP à l'expertise médicale.

Le risque de « sanction » ressenti dans le couperet actuel de l'aptitude ne doit pas supplanter la véritable volonté des SDIS de suivre l'évolution de l'état physique, mental et des conditions de vie de ses agents. C'est d'ailleurs le sens donné au CHSCT, dans le décret 2012-170 du 5/2/2012 et qui s'inscrivait dans la notion de livret individuel ou carnet de surveillance personnalisé tels que prévus dans les différents textes précités.

Cette réflexion doit servir de ligne de référence lors des travaux sur le risque cardiologique chez les SP conduite au sein de la DGSCGC, et mérite dorénavant d'être inscrite dans nos textes. Cette réforme doit permettre au SSSM de retrouver un dynamisme au travers de ses différentes missions complémentaires, s'appuyant sur la réforme de la santé au travail (cf.§5.4).

4.6 La pénibilité

Ce chapitre n'a pas la prétention d'établir la surenchère des données existantes, mais de donner aux lecteurs la possibilité d'en comprendre la réflexion qui existe sur le sujet qu'elle soit de source nationale (*Ministère du travail, DARES, ANACT, INRS, Code de la santé publique, Code du travail, Organisations syndicales*) ou internationale (Bureau international du Travail –BIT ou l'OIT). Sans compter la richesse réglementaire qui ne fait pas non plus défaut.

La pénibilité à plusieurs connotations sur « sa définition » :

- **Définition**

Selon le Dictionnaire LAROUSSE :

- ✓ Qui se fait avec peine, qui exige un effort difficile : Travail pénible.
- ✓ Qui cause de la fatigue, de la souffrance : Ce sujet m'est très pénible.
- ✓ Qui est fait de souffrances, de peines : Une vie pénible.
- ✓ Qui est fait avec difficulté : Une respiration pénible.

Selon S. VOLKOFF, Statisticien, directeur du Centre de recherches et d'études sur l'âge et les populations au travail (Créapt). Il n'y a pas une mais trois pénibilités du travail:

- ✓ celle qui réduit l'espérance de vie,

- ✓ celle éprouvée par les salariés en mauvaise santé
- ✓ celle générée par les mauvaises organisations du travail.

Selon le Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, la définition légale de la pénibilité s'appuie sur la création d'un nouvel article dans le code du Travail (L. 4121-3-1). La pénibilité est caractérisée par deux conditions cumulatives:

- ✓ 1° Une exposition à un ou plusieurs facteurs de risques professionnels susceptibles de laisser des traces durables, identifiables et irréversibles sur la santé
- ✓ 2° Ces facteurs, déterminés par décret, sont liés à des contraintes physiques marquées, un environnement physique agressif ou à certains rythmes de travail

La loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites contient des dispositions visant à favoriser la prévention de la pénibilité dans l'entreprise.

Définition plutôt médicale liée à l'espérance de vie sans incapacité :

« Un ensemble d'effets liés aux conditions de réalisation du travail qui doivent être regardées comme réduisant l'espérance de vie sans incapacité les pathologies d'origine professionnelle affectant gravement et de manière irréversible l'appareil locomoteur, l'appareil respiratoire, l'appareil cardio-vasculaire ou l'appareil neurologique ». (Rapport STRUILLOU p26, Comité Orientation Retraites, 2003)

Définition liée aux traces révélées et identifiables de l'usure sur la santé :

« La pénibilité au travail est le résultat de sollicitations physiques ou psychiques qui, soit en raison de leur nature, soit en raison de la demande sociale, sont excessives en regard de la physiologie humaine et laissent, à ce titre, des traces durables, identifiables et irréversibles sur la santé et l'espérance de vie d'un travailleur ». (Rapport POISSON, Assemblée Nationale, 2008)

Définition liée à l'usure professionnelle :

Processus d'altération de la santé lié au travail qui dépend du cumul et/ou de combinaisons d'expositions de la personne à des contraintes du travail qui peuvent être de natures diverses : des situations d'hyper sollicitation physique, cognitive et/ou psychique, des situations répétées d'activités empêchées, des activités entravées, des situations d'hypo sollicitation, des expositions à des nuisances physico-chimiques, à mettre en lien avec un processus de construction de la santé par des régulations, des marges de manœuvre (collectif, expérience,...) et des facteurs de construction (sens, utilité, métier...) (coll. Etudes et Documents : usure professionnelle ANACT 2010).

- **Pénibilité et santé au travail**

Les trois problématiques soulevées par S. VOLKOFF font appels à des solutions distinctes :

- ✓ Le débat social sur les retraites a longtemps privilégié des enjeux financiers :
 - montant des pensions,

- des cotisations...
- ✓ Mais suite à la réforme de 2003, la santé au travail y trouve désormais sa place, avec la thématique de la pénibilité du travail.

Peut-on tenir compte des effets des conditions de travail sur l'espérance de vie d'un salarié pour fixer son âge de départ en retraite ? Cette question est au cœur d'une négociation sociale sur la pénibilité, amorcée en février 2005 et qui progresse... péniblement.

- **Le renforcement de la prévention**

La loi sur les retraites a généralisé l'obligation de prévention de la pénibilité:

- ✓ En complétant les principes généraux de prévention (article L4121-1 du CT): « L'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Ces mesures comprennent (...) Des actions de prévention des risques professionnels et de la pénibilité au travail »;
- ✓ En précisant les compétences du CHSCT (Article L4612-2 du CT): « Le CHSCT (...) procède à l'analyse de l'exposition des salariés à des facteurs de pénibilité ».
- ✓ Nouvelle obligation de négocier sur le thème de la prévention de la pénibilité en date du 1er janvier 2012 ;
- ✓ En cas d'échec de la négociation ou en l'absence de délégués syndicaux, l'entreprise devra établir un plan d'action après avis du comité d'entreprise ou des délégués du personnel, etc.
- ✓ Elle évoque aussi la notion d'exposition des effets : « susceptibles de laisser des traces durables identifiables et irréversibles sur sa santé ».

Cependant, dans un souci de prendre en compte un projet complet de prévention de la pénibilité d'autres définitions complémentaires peuvent être mobilisées, tenant compte des spécificités de l'activité de chacun.

- **Le caractère dangereux du métier et des missions des sapeurs-pompiers professionnels et volontaires**

Source : Métiers à risques & Risques professionnels - LES SAPEURS POMPIERS

Entre le XVIIe Siècle et 1960, 529 pompiers ont trouvés la mort en service. Depuis 1980 chez les sapeurs-pompiers français (professionnels et volontaires confondus), il y aurait en moyenne entre douze et quinze victimes du devoir par an. Le corps de métier vient d'ailleurs d'être reconnu comme une profession à risque.

Le caractère dangereux du métier et des missions a été reconnu par le législateur à l'article 67 de la loi n° 2004-811 du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile, codifié à l'article L. 723-1 du code de la sécurité intérieure. Celle-ci a mis en place plusieurs dispositifs, tant dans le domaine social que technique, afin de tenir compte de cette réalité.

- ✓ La pénibilité du métier de sapeur-pompier est prise en compte dans la gestion des carrières. Les sapeurs-pompiers professionnels, qui appartiennent à la catégorie active, peuvent partir à la retraite dès cinquante-cinq ans (cinquante-sept ans pour les fonctionnaires nés à compter du 1er janvier 1960).

- ✓ Ils bénéficient également d'une bonification d'annuité de retraite du cinquième du temps de service qu'ils ont accompli en qualité de sapeur-pompier professionnel, sans que cette bonification puisse dépasser cinq ans.

Cette bonification a été instaurée pour compenser la pénibilité de la profession et pour atténuer les effets d'une limite d'âge anticipée par rapport aux fonctionnaires dits sédentaires. En outre, plusieurs avancées importantes pour la fin de carrière des sapeurs-pompiers professionnels ont été concrétisées.

- ✓ Désormais, les sapeurs-pompiers professionnels en situation de difficulté opérationnelle peuvent bénéficier, à partir de l'âge de cinquante ans, d'un projet de fin de carrière tout en conservant la catégorie active et la prime de feu. Ce dispositif, qui a été mis en place par le décret n° 2005-372 du 20 avril 2005, leur permet ainsi d'avoir des activités non opérationnelles dans les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS), de bénéficier d'emplois détachés dans d'autres administrations ou bien d'un congé pour raison opérationnelle avec possibilité de constitution de droits à pensions.

Les sapeurs-pompiers professionnels ont bénéficié bien avant l'adoption de la loi de 2004 d'un régime indemnitaire adapté, tenant compte des risques de leur métier. Ils perçoivent, à ce titre, une prime dite de feu, prise en compte pour le calcul de leur pension.

- ✓ Les emplois de la fonction publique sont classés en 2 catégories : emplois de catégorie active et sédentaire. Les emplois de catégorie active sont des emplois présentant un risque particulier ou des fatigues exceptionnelles justifiant un départ anticipé à la retraite. Les emplois sont classés en catégorie active par arrêtés ministériels. L'appartenance à la catégorie active ne dépend pas uniquement du grade détenu par le fonctionnaire, mais aussi et surtout des fonctions qu'il exerce.

Un emploi qui n'est pas classé en catégorie active est classé automatiquement en emploi de catégorie sédentaire. Exemples non exhaustif d'emplois classés en catégorie active :

- **fonction publique d'État** : personnels de surveillance de l'administration pénitentiaire, éducateurs de la protection judiciaire de la jeunesse, personnels paramédicaux des hôpitaux militaires, etc.
- **fonction publique territoriale** : agents des réseaux souterrains des égouts, sapeurs-pompiers professionnels, agents de police municipale, etc.
- **fonction publique hospitalière** : personnels paramédicaux dont l'emploi comporte un contact direct et permanent avec des malades : surveillants, infirmiers et infirmiers spécialisés de catégorie B, aides-soignants, agents de services hospitaliers, sages-femmes, assistantes sociales dont l'emploi comporte un contact direct et permanent avec des malades, puéricultrice en fonction dans les services de pédiatrie, etc.

4.7 Les risques psycho sociaux (RPS)

Les risques psycho sociaux (RPS) sont définis dans l'accord du 23 octobre 2013, ce sont des risques professionnels à l'instar des autres risques et de ce fait ils doivent être évalués et intégrés dans le document unique d'évaluation des risques du SDIS. On ne peut plus parler de risques émergents car ils sont reconnus, mais il faut en mesurer l'ampleur avant de dire qu'ils n'existent pas ou que leur ampleur est terrifiante. Mesurons et sachons nous comparer, en interne, en externe. C'est une attitude logique de démarche qualité. Puis sachons accentuer le

positif par de bonnes pratiques, pour éliminer le négatif. Soyons au final des proactifs et non des contemplatifs.

Les signataires de l'accord cité ci-dessus s'appuient sur le rapport du collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail (GOLLAC et BODIER) en date du 11 avril 2011 qui définit les risques psychosociaux comme « les risques pour la santé mentale, physique ou sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental ».

Le collège d'expertise a retenu six dimensions de risques à caractère psychosocial :

- les exigences et l'intensité du travail ;
- les exigences émotionnelles ;
- le manque d'autonomie et de marges de manœuvre ;
- la mauvaise qualité des rapports sociaux et des relations de travail ;
- les conflits de valeur ;
- l'insécurité de la situation de travail.

Les risques psychosociaux sont à l'origine de troubles sur le plan psychologique, physique et social avec un impact prévisible plus ou moins grave sur le plan physique pour les agents :

- ✓ fatigue, troubles du sommeil,
- ✓ maladies psychiques, burnout, dépression, voire suicide
- ✓ Maladies physiques, TMS, maladies cardio-vasculaires...

Dans le service public concerné, ces troubles peuvent se traduire par du désengagement au travail, un absentéisme accru, des conflits entre les personnes.

L'accord RPS du 22 octobre 2013 est l'aboutissement d'un cycle de négociation conduit entre le 6 décembre 2012 et le 28 août 2013 par le ministère de la réforme de l'État, de la décentralisation et de la fonction publique au nom des autres ministères, les employeurs des trois fonctions publiques, les organisations syndicales représentatives. Son application devra conduire à la mise en œuvre, par chaque employeur public, d'un plan d'évaluation et de prévention des risques psycho-sociaux d'ici à 2015. Cet accord constitue la première étape d'une réflexion plus large portant sur l'amélioration des conditions et de la qualité de vie au travail dans la fonction publique, qui sera conduite dans le cadre de l'agenda social 2013-2014.

Le préambule de l'accord affirme l'ambition partagée et rappelle dès la 1^{ère} ligne l'obligation de sécurité et de résultat, la définition de la santé de l'OMS de 1946, les principes généraux de prévention, l'engagement des employeurs publics. Il précise que le renforcement des moyens des CHSCT et la médecine de prévention sont repris dans les annexes non soumises à l'accord. Il annonce que le plan sera présenté au conseil supérieur de la fonction publique territoriale et qu'une circulaire viendra alors préciser sa mise en œuvre et son suivi.

Le corps de l'accord s'articule en 5 axes et différentes mesures :

- ✓ mise en œuvre des plans de prévention des RPS,
- ✓ dispositif d'appui,
- ✓ évaluation,
- ✓ mise en œuvre du plan d'action,
- ✓ mise en place d'une commission de suivi.

Au titre de sa responsabilité, l'employeur pilote et coordonne la démarche de prévention des risques en relation avec le CHSCT. Aux différentes étapes du déploiement du plan, le CHSCT est réuni et consulté pour pouvoir jouer un rôle central dans cette démarche, dans le respect de ses prérogatives, et assurer à ce titre l'intégralité de ses missions.

La conclusion de cet accord souligne que le renforcement des démarches pluridisciplinaires et partenariales, mobilisant l'ensemble des compétences disponibles devra être systématiquement recherché dans les services pour l'élaboration des diagnostics et des plans de prévention.

Témoignant de notre reconnaissance aux acteurs qui accompagnent et prennent soin des SDIS, le SNSPP-PATS et FO a demandé d'introduire dans les références les travaux du FNP/CNRACL (Fonds National de Prévention/Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Locales) sur les RPS, d'autant qu'une convention du 28 juillet 2010 lie la DGSCGC et le FNP/CNRACL. Quant au CNFPT, c'est un acteur clé de formation des managers, acteur du réseau des écoles de service public (RESP).

Il faut rester vigilant sur les risques de contradictions entre les réelles avancées du plan de prévention des RPS et le contexte d'intensification à venir de ces risques :

- Fusions d'administration, réorganisations, multiples suppressions d'effectifs, abandons de missions
- Politique du chiffre, réduction des superficies de bureau
- Moyens insuffisants pour les CHSCT

Les organisations non signataires considèrent que l'accord :

- Se contente de traiter les conséquences des RPS mais en aucun cas les causes
- Ne sera pas à même de rapprocher des changements réels et concrets sur les conditions de travail des personnels

Quelle que soit la position, l'important c'est l'action et il est nécessaire de structurer la démarche en prenant soin de reconnaître les référents de la pyramide commandement, puis de les former au dépistage précoce de ces problèmes et des comportements susceptibles de les provoquer. La chaîne médicale ne peut traiter seule de la question. En revanche la pluridisciplinarité doit être installée au sein des SDIS et ne pas rester un simple mot valise afin d'anticiper, d'être proactif sur les RPS.

Les limites de l'accord :

- L'accord du 22 octobre 2013 est plus un accord de méthode qu'un guide méthodologique pour l'action,
- Beaucoup de termes employés ne sont pas assez définis pour avoir un langage commun,
- Les modalités d'application concrète des préconisations ne sont pas assez lisibles,
- Le contexte de la MAP a été ignoré (en particulier Loi de Finances 2014),
- L'absence d'association à la démarche de diagnostic (et à son choix) en amont pour se l'approprier et jouer son rôle et sa mission,

- La difficulté à faire émerger des pistes d'actions concrètes à partir des facteurs de risque du collège d'expertise GOLLAC et BODIER qui restent des facteurs de risques organisationnels, des indicateurs globaux.

Aux côtés de cet accord touchant les trois Fonctions Publiques, il ne faut pas perdre de vue les travaux du CESE, pilotés par S. BRUNET, sur la prévention des RPS validés en mai 2013 et dont quelques idées force méritent toute notre attention. La 1^{ère} recommandation faite est d'intégrer la santé au travail comme une composante de la stratégie globale de l'employeur.

La prévention des RPS ne réside pas uniquement, ni même principalement, dans des évolutions législatives ou règlementaires mais dans le changement des pratiques de management et dans la bonne gouvernance. Les employeurs étant les premiers acteurs de la prévention des risques professionnels, il est indispensable d'intégrer les questions de santé et de sécurité au travail dans la stratégie globale des organisations. Un management par la confiance et le sens sont probablement, entre autre, les clés de la prévention des risques psychosociaux : d'où certains programmes de prévention centrés sur le rapport employeur-employé (Leader Member Exchange). Le management est un levier d'action essentiel pour prévenir ou, à tout le moins, réduire les risques psychosociaux.

La présence de psychologues sapeurs-pompiers au sein des SSSM est un point d'appui à ne pas négliger dans le conseil pour l'établissement des cahiers des charges lors d'appels à des consultants extérieurs, dans le respect des règles de confidentialité, tout comme le management doit s'impliquer aux côtés des juristes. La mutualisation d'experts de haut niveau au plan régional permet d'avoir toutes les compétences réunies facilement. Cela peut être une solution pour appuyer les compétences trouvées au sein même des services départementaux.

En ce qui concerne la santé mentale des sapeurs-pompiers, un point particulier mérite toute notre attention lié à l'activité opérationnelle au quotidien ou en OPEX. Le stress post-traumatique doit être répertorié, tracé dans les dossiers médicaux, pris en charge, réparé à l'instar de ce qui est réalisé dans le service de santé des armées. A l'heure actuelle, nous n'avons aucune statistique fiable sur son incidence au sein des SDIS. Il faut savoir que certains troubles psychiques peuvent être en relation avec un événement traumatisant (troubles anxieux, cauchemars, troubles du caractère, réaction de sursaut, syndromes dépressifs, conduites addictives, conduites suicidaires). Il semblerait aussi selon une récente publication québécoise que les sapeurs-pompiers soient protégés par un certain nombre de déterminants, mais qu'en est-il du devenir ces déterminants à l'heure actuelle en France, on peut s'interroger.

D'autres problèmes nécessitent une attention particulière des employeurs des SDIS comme dans toute organisation humaine : respect de la dignité humaine, harcèlement moral, harcèlement sexuel qui ont une définition légale et peuvent donner lieu à de véritables drames et souffrances au sein d'une organisation tant au plan individuel que collectif pour l'image même du corps départemental ou de l'unité.

Il faut enfin citer la circulaire du 1^{er} ministre en date du 20 mars 2014, ainsi que le guide méthodologique de la DGAFP qui illustrent la volonté politique et complètent le dispositif en vue de l'action sur les trois versants de la fonction publique et leurs établissements publics. Trois points essentiels sont à retenir, laissant le soin au lecteur de compléter sa connaissance par la lecture des documents officiels et la synthèse réalisée par Pleins Feux (juin 2014).

1. Les employeurs publics se doivent d'être exemplaires à l'égard de leurs agents. Promouvoir le bien-être de l'agent et, au premier chef, le respect de sa santé est un objectif primordial.

2. En application de l'accord relatif à la prévention des risques psychosociaux (RPS) dans la fonction publique, signé le 22 octobre 2013, chaque employeur public doit élaborer un plan d'évaluation et de prévention des RPS d'ici 2015.
3. L'approche du dossier RPS est une approche risquée. Il serait souhaitable de la compléter par une approche plus ambitieuse et plus positive de construction sociale de la santé à l'instar des conclusions du rapport LAROSE LACHMANN et PENICAUD.

Il semble que le domaine des RPS mérite nos efforts de proposition. D'un département à un autre, même s'il existe des points convergents il n'en demeure pas moins des différences notables (effectif, organisation, moyens, évaluation, fiches de postes, assistance sociale, formation des personnels RPS...). Dans ces conditions ne faudrait-il pas classer et faire la cartographie des SDIS selon leur degré de maturité (état des lieux - démarche qualité) ?

4.8 La prévention des conduites suicidaires

« Si les héros n'ont pas vocation à s'autodétruire, puisque leur état est immuable, l'être humain peut parfois pour soulager sa souffrance, être amené à penser de tels actes. La confraternité peut bien souvent être à même de tendre une main salvatrice. »

L'évaluation de l'état de santé d'un sapeur-pompier repose à ce jour sur l'arrêté modifié du 6 mai 2000 fixant les conditions d'aptitude médicale des sapeurs-pompiers professionnels et volontaires, ainsi que les conditions d'exercice de la médecine professionnelle et préventive au sein des services départementaux d'incendie et de secours. Au-delà des difficultés rencontrées dans la détermination de l'aptitude médicale, l'appréciation sommaire de la santé mentale d'un agent est rendue difficile par l'absence de lignes guides et d'outils d'évaluation adaptés.

S'agissant du groupe technique national au sein de la FNSPF/MNSP, un document « La prévention et l'accompagnement des conduites suicidaires chez les sapeurs-pompiers » a été réalisé, intitulé « Point d'étape et propositions » remis le 14 mai 2014 à la DGSCSC. Il présente 13 constats suivis de 13 propositions. Ce document aurait fait l'objet d'une diffusion à destination des DDSIS et des Médecins Chef. La création en 2013 d'un Observatoire National du Suicide, et l'existence des observatoires régionaux RPS doit être l'occasion pour les personnels des SDIS de s'identifier en tant que tel.

4.9 Le reclassement des agents au sein des SDIS

Au nom des principes républicains de « Liberté-Egalité-Fraternité » gravés devant tous les édifices publics de notre hexagone, le reclassement des agents est prévu pour toutes les organisations. Quel que soit le statut de l'agent (SPP, SPV ou PATS) dès que le SDIS détecte une inadaptation au poste de travail, il doit étudier l'adaptation du poste, éventuellement une mutation sur un poste mieux adapté, la sanction de fin de contrat étant une situation qui devrait rester exceptionnelle.

Au sein du SDIS il convient alors de prévoir les postes de travail réservés aux agents présentant des contre-indications physiques (et parfois psychologiques à certains postes), liste actée par le CHSCT, mais aussi la possibilité de faire appel à un expert pour l'adaptabilité éventuelle de certains postes de travail. Le rôle de l'encadrement intermédiaire est alors fondamental, évitant ainsi que des situations ne dégénèrent.

4.10 Le soutien par les pairs

Bienveillance et solidarité sont les maîtres mots de la détection et du suivi des situations de vulnérabilité. Ils s'exercent entre collègues d'un même service et ne doivent pas être négligés par les cadres dirigeants et intermédiaires.

Les réseaux d'entraide sont une façon complémentaire pour faire face à la solitude, au mal être etc. Le signalement auprès du SSSM permet l'activation du réseau interne et, éventuellement l'appel à ceux externes.

4.11 Le SSSM : de l'entretien médical à l'entretien infirmier, évolutions

La réforme de la santé au travail dans les entreprises a intégré des infirmiers dans les équipes pluridisciplinaires de santé au travail. Une des missions des infirmiers consiste à réaliser des entretiens de santé au travail. Ces entretiens sont réalisés par des infirmiers formés en santé au travail et exerçant sous la responsabilité du médecin du travail.

Dans les SDIS cette mesure novatrice pourrait apporter un autre regard sur la SQVS et sortir de la simple réalisation d'examen biomédicaux d'aptitude/inaptitude pour aller vers la prévention et promotion de la santé afin de rendre chacun acteur de sa santé.

Cet entretien infirmier aurait pour but de recueillir des informations relatives à l'état de santé physique et psychique des personnels en rapport avec le travail et les habitudes de vie, sur leurs expositions aux risques professionnels, permettant le cas échéant d'alerter le médecin. Il donnerait lieu à la délivrance d'une attestation d'entretien de santé infirmier, différente et complémentaire du certificat d'aptitude délivré par le médecin. Ainsi, l'infirmier ayant accès au dossier médical de l'agent, le complète en fonction des critères définis en équipe pluridisciplinaire.

La périodicité des entretiens en santé travail doit être un « fil rouge » pour la politique de mieux être au service qui relève des choix de la collectivité (pouvoir de proposition des CHSCT). Il est indispensable que cette démarche soit inscrite dans la réforme de l'arrêté du 6/5/2000. Un entretien annuel, différent de la simple visite d'« aptitude » doit être conduit dans le cadre du parcours de santé. L'expérience récente du SDIS 06 est un exemple à suivre, à évaluer et à développer.

Le service de santé pourrait y associer l'entraînement physique des agents (utilisation des indices de condition physique), le conseil en hygiène de vie, voire si besoin le suivi psychologique. Les données de ce parcours ne sont accessibles qu'à l'agent, au préparateur sportif et au personnel de santé impliqué dans cette démarche. La politique de santé et de suivi au long de la carrière est présentée en CHSCT.

L'enjeu pour le SDIS est alors de faire coïncider les données de l'entretien, et du suivi du parcours de santé, avec celles issues des entretiens annuels au titre des RH.

En outre, cet entretien permettrait d'un point de vue organisationnel de libérer du temps "médecin" pour réaliser préférentiellement les visites à grande valeur ajoutée que sont les visites de recrutement, de spécialités, de pré-reprise et reprise dans le respect des délais légaux afin de faciliter le retour et le maintien dans l'emploi et les activités.

Enfin, ce dispositif peut permettre tout en équilibrant les coûts d'améliorer la qualité du système d'aptitude et de prévention, de garantir le rôle pivot du médecin et la plus-value amenée par l'infirmier.

La co-construction s'applique également dans cette étape novatrice de la surveillance de la condition physique et psychique du sapeur-pompier.

5. La mise en œuvre des plans de prévention

5.1 Les plans annuels

Au niveau national, 1 % du budget de la santé sont destinés à la prévention, donc ne flagellons pas les organismes et actions de prévention, et ne nous cachons pas derrière elles.

Nous sommes trop souvent baignés par une démarche essentiellement "médicale et médicamenteuse" orientée vers l'intervention à postériori.

Or la prévention n'est pas un simple discours, elle s'appuie sur des techniques et des méthodes bien connues. La bonne prévention est celle dont les autres s'approprient les principes et les actions, et non pas celle que l'on prétend faire nous-mêmes.

Lorsqu'un SDIS met en œuvre un projet de service pluriannuel (ou un projet d'établissement), la SQVS doit être alors déclinée en objectifs répartis en plans annuels. Comme pour les autres axes du changement, ces plans seront suivis et évalués, éventuellement corrigés.

« La traduction de la SQVS en plan annuel, c'est au final l'affaire de tous et de chacun ».

Les plans annuels de prévention répondent à la définition de l'objectif SQVT écrit par exemple au sein du Conseil Général 33.

« Processus qui vise à mobiliser chaque acteur institutionnel ou non, à tous les niveaux de l'organisation pour que l'association des agents permettent à chacun d'être effectivement en mesure d'agir en faveur de leurs améliorations de travail, de la vie au travail ainsi que de la qualité du service rendu ».

Malheureusement le pouvoir est à l'argent et à la notabilité, encore aujourd'hui. Toutefois la réalisation des plans annuels inscrits dans le projet de service du SDIS devient alors un enjeu managérial pour tous les cadres, quel que soit leur place dans l'organigramme.

5.2 La place de l'évènementiel

Lors de la survenue d'un évènement non désiré allant du presque accident jusqu'au décès d'un agent du SDIS en passant par tous les types d'accident du travail, le CHSCT doit être saisi et mener une enquête impartiale sur les faits qui ont conduits à cet évènement. Cette enquête est distincte de celle qui peut être menée par les autorités de police, mandatées par la justice.

L'enquête du CHSCT n'a pas pour vocation de déterminer des responsabilités (c'est le domaine de l'enquête judiciaire), mais doit permettre de proposer les corrections nécessaires dans le fonctionnement de l'établissement, dans la formation des agents ou encore dans les procédures opérationnelles.

C'est dans ce cas que le DDSIS peut vouloir mettre en œuvre une procédure de RETEX, notamment si lors de presque accidents, il s'aperçoit d'une similitude dans les conditions relevées par le CHSCT.

Dans tous les cas d'accident, après avoir alerté les autorités (y compris la DGSCGC), pris en charge la victime et sa famille et organisé la suite à donner (cérémonie funèbre, demande de récompense en cas d'acte de courtoisie et de dévouement etc.), l'IDSC, et notamment la MPA-E doivent être informé soit pour qu'elle suive l'enquête du CHSCT compétent, soit pour engager une enquête de niveau national qui lui revient de droit.

5.3 La place de l'encadrement dans la mise en œuvre des plans

Pour mettre en œuvre les plans de prévention, comme pour assurer la mise en œuvre de la SQVS journalièrement, il faut alors autour du DDSIS (qui ne peut être omnipotent ni omniscient) retrouver les cadres du SDIS. La diversité des cadres supérieurs représente la pluridisciplinarité nécessaire pour aborder pleinement la SQVS en toute humilité et respect. Le SSSM trouve alors pleinement sa place au sein de l'équipe de management où l'adage : « Qui est le chef ? Qui sera le chef ? », s'efface au profit d'une action commune en faveur de la prévention de la santé au travail pour tous au sein de l'établissement. Alors les élus pourront s'engager sans crainte dans une politique publique de bien-être au travail permettant d'éviter le gaspillage financier lié aux arrêts de travail.

Les cadres du SDIS assument notamment l'accompagnement journalier des acteurs pour les différents niveaux de prévention et différentes temporalités. Leur participation à la mise en œuvre de la politique SQVS de l'établissement s'exprime dans la recherche, sous forme participative, de toute action différente et innovante à même de créer des conditions favorables au développement de chacun au travers de leur poste de travail et dans le cadre des objectifs établis pour chaque service.



Il est à signaler que dans certaines organisations privées, la santé sécurité est devenue un indicateur de notation des managers (pour 1/3) obligeant ainsi à leur formation et résultats, et traduisant ainsi la volonté politique du décideur. Cela semble être une très bonne pratique à développer dans les SDIS.

5.4 Rôle et atout du SSSM, la médecine de prévention

Le médecin et son équipe de préventeurs est au centre des plans de prévention, surtout ceux ayant pour objectif d'améliorer la santé et l'hygiène de vie des agents du SDIS.

Aux missions du SSSM telles que définies par la MiSSP (cf. §2.7), il faudrait aussi ajouter celles d'enquêtes accidents qui permettent d'appréhender le contexte de l'environnement professionnel et de manière générale les activités dites « de tiers temps » comme les visites de conseils, le contrôle des postes de travail ainsi que l'obtention préventive des plans et projets de bâtiments. A noter aussi le rôle d'alerte et de détection des RPS (risques psycho-sociaux).

Le législateur a traduit sa volonté politique, notamment en introduisant les addictions et pratiques addictives dans la loi 2011-867 relative à l'organisation de la médecine du travail dès son article 1. Il faut dorénavant vouloir que l'arrêté du 6 mai 2000 s'en inspire sérieusement, tout comme la NFPA 1500 l'avait déjà préconisé dès 1997.

Le SNSPP PATS et FO rappelle son attachement profond à ce que la médecine du travail du SDIS soit assurée par le service de santé et secours médical (SSSM), lui aussi créé par la loi de 1996 dès son article 1, voire de faire en sorte que nos autorités ministérielles ou locales ne l'oublient jamais. Certes des progrès sont à faire mais les sapeurs-pompiers ont montré dès la mission sécurité, animée par le colonel POURNY, qu'ils étaient en capacité d'agir et proposer aux autorités des améliorations. Il faut dorénavant leur redonner cette capacité de s'investir, d'expérimenter, d'agir dans une nouvelle mission santé et sécurité en relaçant la dynamique sur la Santé Qualité de Vie en Service (démarche qualité, 2ème tour de roue de Deming).

La réforme de la santé au travail est traduite dans le décret 2012-170 du 3 février 2012 modifiant le décret 85-603 du 10 juin 1985 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale. L'explication est complétée dans la circulaire d'application du 12 octobre 2012. Toutefois une prise en compte des spécificités des SDIS devrait pouvoir être étudiée, sans tarder, pour adapter l'offre de formation des personnels des SDIS aux besoins et demandes du terrain dans un souci d'efficience (master santé prévention, emplois supérieurs de direction ... etc.).

5.5 Décliner un plan adapté à chaque Centre d'Incendie et de Secours, à chaque service

Dans le cadre de la gestion de projet décliné au niveau départemental et s'appuyant sur les préconisations du CHSCT, chaque responsable de service, de groupement fonctionnel ou territorial ou commandant d'un centre de secours est en charge de la déclinaison du projet au niveau de ses personnels.

La coordination de ce travail revient naturellement au chef de groupement, en relation directe avec le service en charge de l'H&S et si besoin avec les représentants du SSSM situés à proximité.

Ainsi chaque cadre, à son poste hiérarchique, devient un acteur de la santé au service quel que soit son statut. Son rôle dans la conduite de la politique du SDIS est alors affirmé et conforté de par son action avec ses collaborateurs directs et sa propre hiérarchie. Il lui revient de décliné le plan annuel en actions définies avec ses collaborateurs, d'évaluer sa portée lors des entretiens annuels, et enfin de faire remonter les résultats auprès de sa hiérarchie et des préventeurs en charge de l'évaluation globale de la SQVS.

6. Le suivi annuel et pluriannuel de la démarche

6.1 Les indicateurs de suivi

La mise en place d'un tableau de bord d'indicateurs de santé au travail est ainsi un outil à la fois de diagnostic de la situation et de pilotage des actions d'amélioration : il est important de mesurer si les améliorations programmées sont effectivement atteintes et ce dispositif permet de rendre compte régulièrement de l'avancement des actions et de leur efficacité. Ce « feedback » (trad : action en retour) permet de renforcer les comportements performants par la mesure de la progression ou de l'écart vis-à-vis de l'atteinte de l'objectif, pour ajuster en conséquence tant la perception que l'action des responsables de la sécurité et de la santé au travail, afin de réduire les travers observés.

Les indicateurs chiffrés sont porteurs d'une autorité objective si leur définition est précise, claire, connue et diffusée, si leur méthode d'obtention est validée, respectée, régulière, et facile... Le statut d'indicateur SST exige que celui-ci soit homogène dans le temps, cohérent avec d'autres de manière à obtenir des ratios significatifs, et bien contrôlé pour ne pas subir de contestation. Le choix d'indicateurs doit avoir lieu de façon consensuelle entre médecins du travail, préventeurs, CHSCT et DRH.

Ce n'est qu'à cette condition que leur usage peut favoriser la confrontation des points de vue entre les dirigeants d'entreprises, les salariés et leurs représentants, les professionnels de la santé au travail et ainsi aider à orienter les actions de prévention : c'est l'analyse et l'interprétation qui donnent le sens de la mesure par les indicateurs et l'indicateur utile est tourné vers l'action.

Pour la conception de ce tableau de bord, il est important pour le SDIS de sélectionner quelques indicateurs pertinents dans son activité plutôt que de bâtir un appareil statistique lourd à élaborer et peu efficace dans la durée : il faut éviter absolument la dérive analytique et la sclérose administrative en découlant, qui diminue la fiabilité de l'ensemble, décourage la motivation et l'adhésion des équipes (erreurs, mauvaise et irrégulière saisie, mises à jour partielles et tardives...).

6.2 La démarche d'amélioration continue

Au sein des SDIS, comme dans toute entreprise ou collectivité, l'adaptation de la gestion doit être permanente. Sans chercher à rendre instable le fonctionnement des services, il faut intégrer le fait que le « pilotage d'un SDIS » se fait par la mise en œuvre de changements successifs. La conduite du changement fait partie des fonctions du DDSIS mais chaque cadre, à son niveau de responsabilité, doit être en mesure de réorganiser son service ou le travail des agents placés sous ses ordres.

La conduite du changement répond à des règles précises intégrant : la réalisation d'un état des lieux, la rédaction des objectifs recherchés par le changement, le partage des objectifs, la mise en place de l'organisation correspondante, l'évaluation de l'atteinte des objectifs et les corrections éventuelles.

Cette démarche permet d'entrer dans un cercle « vertueux » qu'on appelle le processus de *la démarche d'amélioration continue* ou dite de qualité en référence à la roue de Deming (PDCA) Planifier-Développer-Contrôler-Améliorer...

Son efficacité dépend de l'engagement de tous et de chacun, car en confiant intelligemment à chaque agent la responsabilité d'une part de la réussite collective, chaque agent est valorisé dans ses fonctions et participe au maintien d'une ambiance sereine où tous s'épanouissent. La conduite du changement est indispensable alors que les SDIS comme les autres collectivités ne disposent plus facilement de marges d'extension.

6.3 Acter un plan et/ou le relancer ?

La démarche d'amélioration continue est adaptée parfaitement au projet SQVS. Celui-ci est exprimé notamment en plans de prévention.

Chaque plan peut faire l'objet d'une réalisation bornée dans le temps (date butoir clairement expliquée à tous), ou centrée sur l'objectif à atteindre. Dans ce dernier cas l'évaluation d'atteinte des objectifs (au travers des indicateurs) est un moment important pour tous les acteurs car il s'agit alors soit d'acter le niveau de fonctionnement optimum obtenu, soit d'analyser ensemble l'écart entre le « souhaité et le réalisé » pour décider des corrections à apporter.

La fin d'un plan de prévention fait l'objet d'une diffusion auprès de tous les agents du SDIS.

La relance d'un plan corrigé nécessite de respecter la même démarche collective que celle mise en œuvre lors du lancement de ce plan.

6.4 La place de la DGSCGC et la conduite des inspections de SDIS en matière de SQVS

Au sein de la DGSCGC et dans le cadre de sa mission d'animation du réseau des correspondants santé et sécurité dans les SDIS, l'IDSC/MPAE doit organiser périodiquement un colloque national des conseillers départementaux de prévention H&S, éventuellement avec la coopération de l'ENSOSP.

Le plan de charge de l'IDSC/MPAE doit intégrer la programmation régulière de ce colloque, les SDIS ont déjà fait part majoritairement de leur souhait en la matière.

Suivant les objectifs de ces colloques, divers intervenants pourraient se joindre à l'équipe de la MPAE, tels le Fonds National de Prévention des accidents et des maladies professionnelles de la CNRACL, et les pôles de compétence du CNFPT «santé et sécurité du travail» et «sapeurs-pompiers-risques majeurs» ou encore la MNSP ou autres organismes compétents en la matière.

Dans ses missions régaliennes, l'inspection de la Défense et de la Sécurité Civiles mène des évaluations périodiques des SDIS. Celles-ci doivent permettre d'évaluer le niveau accordé à la SQVS par chaque SDIS et de disposer d'une vision nationale des conduites politiques en la matière.

7. La prise en compte du volontariat

7.1 Expertise et volontariat, s'appuyer sur les experts

Les experts ayant une activité au sein du SDIS apportent la vision interne de celui-ci au travers de leur spécialité et de leur métier (ou activité). Les compétences recherchées pour ces experts relèvent des services fonctionnels ou opérationnels, selon les priorités des actions retenues par le bureau du CASDIS, notamment sur proposition du CHSCT.

Parmi ces compétences, on peut citer :

- Préventeur, contrôle de gestion, qualitatif, RH, Activité Physique et Sportive, formation, plongeurs, psychologues, ergonomes, infirmiers réalisant du soutien sanitaire y compris psychologique ainsi que des diététiciens, préparateurs sportifs.
- Les experts non intégrés au SDIS pouvant apporter une vision externe au SDIS dans leur spécialité, tels que : Spécialistes du droit social et du droit du travail, économistes, assureurs, chercheurs universitaires, épidémiologistes, professeurs de santé au travail, ergonomes et toxicologues.

La nomination d'experts est plus facile de nos jours, mais il ne faut pas oublier de bien définir leur domaine d'action et le groupement ou service de rattachement. Le recrutement d'experts doit aussi faire l'objet d'une information de l'encadrement, des agents et des commissions compétentes.

7.2 Décliner les plans de prévention pour le volontariat

Les plans de prévention ont pour objectif de permettre d'améliorer la vie au service de tous les agents du SDIS, qu'ils soient ou non reconnus comme travailleurs au titre des directives européennes.

La traduction des plans de prévention départementaux en plans adaptés aux sapeurs-pompiers volontaires est alors le fait du service en charge du volontariat qui s'appuie sur les chefs de centre et de groupement intéressés.

Il revient alors au chef de centre volontaire de décliner le plan annuel au niveau des SPV du CIS, selon les mêmes formes que pour les autres agents. Dans les services et CIS mixtes il sera beaucoup plus intelligent de coordonner les plans locaux afin d'assurer la cohésion de la démarche.

7.3 CHSCT et CCDSPV, même mission

Au sein des SDIS deux commissions sont chargées de la qualité de la vie en service, le CHSCT pour les personnels permanents, et le CCDSPV pour les domaines qui relèvent exclusivement du volontariat.

La mise en commun des travaux est nécessaire afin de maintenir la vraisemblance de la politique SQVS de l'établissement. Ainsi les plans annuels ou pluriannuels, les parcours de santé etc. sont élaborés en tenant compte des exigences différentes liées au statut mais le SDIS aura tout intérêt à agir en totale cohérence dans leur mise en œuvre locale.

8. Quels retours sur investissement ?

La mauvaise prévention est reconnue au nombre d'accidents et de maladies professionnelles, ainsi qu'à l'absentéisme n'ayant pas été évité. La bonne prévention est celle qui ne se voit pas, et l'habitude de compter et recompter de la même façon, conforte bien évidemment les dirigeants dans leurs certitudes et leurs erreurs. D'où la mauvaise presse de la bonne prévention auprès des donneurs d'ordre. On n'en voit que le coût et les contraintes, et pas le bénéfice qu'elle induit et pourtant il est grand même s'il reste invisible aux yeux des non-initiés. Les dirigeants seraient-ils myopes au point de ne pas voir l'éléphant qui prend une place à leur côté sur les bancs des conseils d'administrations ou tout simplement ont-ils pour dogme de répéter leurs erreurs ? Une première alerte a été introduite par approximation dans le préambule du livre ABC santé sécurité prévention, resté sans effet.

Quelques données issues d'une expérience menée dans le SDIS 79 existent, elles ont le mérite de créer une première base de référence, même si elles ne sont pas exhaustives et d'ouvrir la voie à ceux qui auront l'envie d'aller plus loin. L'étude menée portait pendant la période de juillet 2003 à juillet 2007, sur une population de 213 SPP et 55 PATS avec comme résultats 7015 jours d'arrêt pour 503 arrêts. En tenant compte du coût moyen de tous les grades du SDIS 79 (soit 120 € pour les SPP et 83 € pour les PATS) l'impact financier de ces 7015 jours a été de 778 400 € sur les 4 ans soit 197 000 € par an (85% de cette somme étant liés uniquement aux SPP). A cette somme doit aussi s'ajouter toutes les dépenses engagées par le SDIS pour compenser l'absence de ces salariés (SPV remplaçant les SPP, intérimaires etc.). En fonction des SDIS cela peut correspondre à au moins 10 équivalents temps plein (ETP) annuel.

Prévoir la formation de l'encadrement, la conduite du management et sensibiliser à la prévention constitue toujours un coût initial, mais rapporte financièrement beaucoup à la collectivité et à la société, et surtout humainement à tous les acteurs. La démarche SQVS peut insuffler l'habitude de la réflexion concertée : c'est là aussi un enjeu de taille. Il faut le prioriser, sans plus tarder, sous la baguette du chef d'orchestre que représente le DDSIS. Cette démarche aura aussi pour bénéfice non comptabilisé d'anticiper sur les mauvaises surprises, ce que tout président de conseil d'administration préférera, voire sur des erreurs de management ou communication pour lesquelles il devient ensuite toujours difficile d'argumenter et d'expliquer. Savoir montrer les non dépenses réalisées par des choix judicieux, argumentés, n'est pas un sujet neutre en période de crise, où la masse salariale est l'une des sources d'économie pour les gestionnaires. Ces périodes peuvent alors être vertueuses.

Il est nécessaire de reconnaître qu'il manque d'études économiques en France, portant sur le sujet et les gains possibles et loin de l'idée du SNSPP-PATS et FO de chercher des coupables. Néanmoins, il devient urgent d'expérimenter sur le terrain des SDIS.

Dans tous les points étudiés ci-dessus, il est possible d'améliorer les savoirs faire en la matière selon 3 grandes orientations :

- **la surveillance** de la SQVS (registres, accidentologies, épidémiologie, construction de supports de recueil ...)
- **les actions** directes sur les acteurs selon 3 grands types de préventions : primaires (prévenir), secondaires (RETEX), tertiaires (dont le handicap)
- **le lobbysme** : les actions de communication, d'information et de lobbying intégrant notamment la participation syndicale

La pluridisciplinarité, instrument indispensable de la réussite, est source de performance du service public (la non qualité sociale à un coût – cf. documents relatif aux indicateurs). C'est au DDSIS de l'organiser et s'il est réticent, il faut alors le convaincre.

8.1 Le présentéisme au travail

Le présentéisme nécessite que l'on se mette d'accord sur sa définition. Ce n'est pas l'image en miroir de l'absentéisme. Selon la CSST (2013) : « *Se présenter au travail avec un problème de santé physique ou psychologique en raison duquel il faudrait plutôt s'absenter, voilà ce qu'est le présentéisme* ». Les chercheurs ont fini par s'entendre sur cette définition.

Le présentéisme n'est donc pas associé au manque de motivation, au désengagement, à la paresse ou à toute autre forme « d'absence » de l'esprit alors que le corps est au travail. Il doit y avoir maladie. Il n'est pas inutile pour les managers de reprendre les 7 pièces manquantes du management de JP. BRUN (2008) pour se référer à une des conclusions : « *quand une organisation ne dispose pas d'outils de gestion pour intervenir sur un problème, c'est qu'elle ne le gère pas* ». Les travaux de M. VEZINA (EQCOTESST) complètent cette vision.

Une fois cela fait, il faut en effet le comptabiliser. Au Québec, les responsables ont pour habitude d'illustrer l'enjeu colossal qui se présente à nous sous la forme d'un iceberg dont le sommet visible au plan financier représente l'absentéisme et la partie cachée le présentéisme, ou bien d'un éléphant dans une salle de réunion ...

La littérature et les études scientifiques ne manquent pas sur cette thématique, mais encore méconnue dans nos structures, contrairement à l'absentéisme. Le cabinet conseil EMERAUDE, mais en avant le présentéisme en citant :

- **Une étude canadienne de 2003** (BRUN, BIRON, MARTEL et IVERS) montre que 40 % des salariés présentent des signes de détresse psychologique ayant des effets sur leur performance, et sont malgré tout présents au travail !
- **Une étude américaine de 2004** (HEMP) signale que la productivité d'un employé peut être réduite de 33 % ou plus en raison d'un présentéisme forcené ;
- **Une étude, conduite au Royaume-Uni** (The Sainsbury Centre for Mental Health, M PERSONAGE), en 2009, estime que les « jours perdus » attribués au présentéisme seraient 1,5 fois plus conséquents que ceux attribués à l'absentéisme. Cette même étude estime le coût moyen quotidien s'élève à 145 £ (soit environ 170 €) par employé touché par ce phénomène alors que le coût engendré par une journée d'absence serait de l'ordre de 80 £ (soit environ 95 €) ;

• **Et pour conclure la démonstration, une étude belge de 2010** menée par le docteur C. PUT, chercheur à l'Université catholique de Louvain et psychologue à l'hôpital Universitaire de Gasthuisberg, montre, là encore, que l'importance du présentéisme est bien supérieure à celle de l'absentéisme. En effet, selon le docteur PUT, « le présentéisme atteint 61 % des coûts totaux relatifs à la santé dans une entreprise, suivi par les frais médicaux (28 %) et l'absentéisme (10 %) ». Elle propose quelques sources pour aller plus loin, qui sont jointes en bibliographie.

8.2 Le coût des arrêts de travail

En 10 ans (2000/2012) le coût global des arrêts de travail a presque que doublé en France (+46,5%), passant à 63 Md d'euros. Les sommes relatives à la prise en charge des accidents du travail et des maladies professionnelles atteignent 2,6Md d'euros (hors salariés agricoles et indépendants). Toutefois la répartition entre le privé et les 3 fonctions publiques est difficile.

Le rapport de la MEC-SS 2013 insiste également sur les efforts de prévention à réaliser en matière de risques professionnels alors que les accidents du travail et les maladies professionnelles ont connu globalement une hausse respective de 1,7 % et 8,6 % entre 2010 et 2011.

Pour les SDIS le coût doit être calculé en ETP (Equivalent Temps Plein), car c'est la désorganisation du travail qui est l'indicateur le plus sensible. Il serait bon que cet indicateur figure dans le bilan social présenté tous les 2 ans par le SDIS.

8.3 Lutte contre la désorganisation des services

Le souci constant de tout responsable est de faire face à la continuité de service et d'anticiper autant que possible. L'absentéisme pose notamment le problème des arrêts de courte durée qui déstabilisent l'organisation de façon soudaine, tout comme les absences de longue durée non remplacées, ou encore le présentéisme qui peut impacter la qualité des secours.

Inclure la démarche de prévention dans toute décision et toute action dans la collectivité en amont, et non en aval (RETEX), est une nécessité afin de prévoir le plan de continuité d'activités. Prévenir les effets de l'absence doit être un impératif de prise en compte à tout niveau décisionnel, car les effets domino existent : transfert de charge, stress, perte d'efficacité du service, compétences et spécialités à pourvoir, arrêts de travail, coûts indirects supplémentaires pour l'établissement ...

8.4 Valorisation des agents et gains de productivité

Les SPP, SPV et PATS doivent être au cœur de leur propre santé sans qu'ils vivent la prévention comme une contrainte en étant associé, le plus en amont possible aux changements d'organisation.

Pour Y. CLOT, le plaisir du « travail bien fait » est la meilleure prévention contre le «stress»: il n'y a pas de « bien-être » sans « bien faire ». A l'inverse, le travail « empêché » est source de souffrance au travail. Quant au « placardisé », il vit lui aussi une situation peu enviable et

économiquement difficile à justifier pour l'établissement d'autant que les ressources financières se tarissent.

En se mobilisant autour d'une idée neuve du métier, avec tous les autres acteurs concernés -- dirigeants d'entreprise, syndicalistes et spécialistes --, ceux qui, au travail, sont en première ligne peuvent eux-mêmes « retourner » la situation. Pour en finir, enfin, avec les « risques psychosociaux ».

Savoir écouter de façon active, savoir lâcher prise et aborder une réunion sans objectif de résultats pré établis est parfois une forme managériale intéressante comme le souligne le colonel M. MARLOT dans son essai sur « l'itinérance d'un officier de sapeur-pompier ». C'est aussi cela valoriser ses collaborateurs, créer de la richesse, permettre de saisir toutes les opportunités et mettre en œuvre un pragmatisme intelligent. Cette démarche demande des talents d'animateur qu'il est nécessaire de cultiver. Elle demande aussi beaucoup d'humilité et d'amour, d'humour comme l'affirme l'amiral O. LAJOURS dans son ouvrage « l'art de décider », qui devrait comme le livre précédent faire partie des éléments de base de la formation de tout officier, y compris ceux du SSSM.

8.5 Amélioration de la qualité du service public

La qualité du service public dépend de l'implication de tous les niveaux organisationnels de la nation.

Il apparaît fondamental de faire sans cesse des rappels sur les notions de contrat politique et de contrat social entre l'Etat (ici représenté par les élus et le préfet) et le peuple (démocratie politique). Au-delà du nécessaire niveau décisionnaire local, le rôle de l'Etat réducteur d'incertitude reste fondamental. Pour cela, pour rappeler à tous les fondements de la République l'inscription de la devise de la France au fronton des bâtiments de nos services publics, notamment de tous les SDIS apparaît incontournable. Les SDIS n'existent pas comme entité isolée et à part du service public, ils sont intégrés à la fonction publique territoriale et à ce titre se doivent d'appliquer les lois et valeurs de la République.

L'origine de la devise républicaine remonte à la Révolution Française mais elle n'a été adoptée qu'en fin du XIX^{ème} siècle sous la III^{ème} République. Elle retrouvera sa légitimité en 1941, en zone libre démontrant la force de cette devise en période difficile. L'exercice des droits naturels de chaque Homme n'a de limites que celles qui assurent aux autres Hommes l'exercice de ces mêmes droits. La loi étant appliquée de manière juste et équitable pour tous. Les Hommes se doivent de faire respecter la loi et de lutter pour le maintien de la liberté et de l'égalité. Ces valeurs républicaines sont éminemment d'actualité aujourd'hui, dans une société où ses membres sont en recherche de sens.

En conséquence, la devise « Liberté-Egalité-Fraternité », référence historique et symbolique aux fondements essentiels de la République française devrait être intégrée et appliquée par tous les CASDIS et les DDSIS, comme par tous les agents. La santé qualité de vie en service répond également à la philosophie de cette devise.

La démarche qualité prenant appui sur la roue de Deming (PDCA) est un excellent outil pour guider les pas des dirigeants de SDIS vers de meilleurs résultats. Exigeante, elle demande de la rigueur et une formation, une pratique régulière.

L'EFQM, le CAF en sont deux exemples qui peu à peu pénètrent le monde sapeur-pompier mais aussi l'Europe. Une sorte de portée musicale qui permet à des mondes séparés de parler le même langage (Etat et collectivités territoriales, sapeurs-pompiers, hôpitaux, entreprises privées). N'est-ce pas en effet dans les interfaces entre ces mondes séparés qu'il y a des gisements d'économies à faire dans la fonction publique, comme à moindre échelle dans la gestion des services ?

L'expérience montre qu'à côté de ces démarches, et ce n'est pas contradictoire, il faut aussi savoir donner la liberté d'entreprendre et décider aux salariés et fonctionnaires dans certains projets. C'est là aussi le secret du dirigeant en capacité de traiter de l'humain et d'obtenir une amélioration du service public.

Pour faire respecter les valeurs d'une société et d'une institution, le rôle des cadres est primordial. Notamment les cadres intermédiaires que sont les officiers de sapeurs-pompiers.

- **En effet, être officier dans les SDIS aujourd'hui ce n'est pas seulement assurer la fonction de commandement mais intégrer d'autres fonctions managériales comme l'animation, le management et jusqu'au leadership. La notion de manager héritée du monde de l'entreprise doit être aujourd'hui pleinement celle de l'officier.**
- **L'officier-manager décide, motive et développe les individus et l'ensemble du groupe. Pour cela ses compétences ne sont pas seulement techniques mais également organisationnelles, sociologiques ...**
- **En conséquence, les managers ont besoin de repères. Ces repères sont acquis par la formation initiale et continue. Pour cela, le temps de formation à l'ENSOSP est incontournable. Les programmes de cette institution passage obligé de tous les officiers, se doivent d'intégrer et d'évaluer la SQVS. La voute de la performance en santé sécurité au travail repose sur plusieurs critères : l'identification des risques, l'analyse de leurs causes profondes, l'identification et la mise en œuvre d'actions immédiates et conservatoires et le contrôle de l'efficacité des actions conduites. Ces connaissances sont pour les cadres des SDIS un véritable « tableau de bord » de la démarche SQVS.**
- **Enfin, l'exemplarité des officiers dans l'exercice de leurs missions permet un lien fort entre la direction et les sapeurs-pompiers. Il en est bien sûr de même pour les chefs de services où exercent les PATS. Cette exemplarité, est basée sur le respect de valeurs partagées et portées par la DGSGC, l'ENSOSP et ses formateurs.**

9. La place de notre démarche au sein de l'Europe

L'Union européenne est fondée sur les principes de liberté, de démocratie et de respect des droits de l'Homme ... Pourtant l'Europe à l'heure des élections 2014 des députés au parlement européen, montre que chacun va de sa propre ambition, conviction pour repousser cet espace qui date de l'après-guerre. Alors nous devons agir pour que ce même espace nous offre la pluridisciplinarité des cultures, d'hommes et de femmes réunis pour la paix, pour nos intérêts communs de technologies, de notre économie, de notre sécurité et de notre santé.

Le partage innovant dans le domaine de la santé et sécurité initié par l'Agence Européenne de la santé et sécurité et qu'elle a développé est un enjeu pour notre corporation. Toute notre

réglementation dans la matière découle de la transposition de la réglementation Européenne actée par tous les pays membres, et transposé en droit Français dans la loi n° 91-1414 du 31 décembre 1991, modifiant le code du travail et le code de la santé publique en vue de favoriser la prévention des risques professionnels et portant transposition de directives européennes relatives à la santé et à la sécurité du travail.

Celle-ci émane de la Directive 89/655/CEE du Conseil concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé pour l'utilisation par les travailleurs au travail d'équipements de travail, elle-même déclinée en plusieurs décrets.

L'Europe de l'Espoir, de l'Espérance, ne doit pas être ignorée dans la démarche SQVS. Le syndicat Européen existe bien, et de nombreux documents et travaux ont été produits. Ils sont la preuve de la préoccupation de l'homme et de sa santé face aux risques, à la maladie, au vieillissement, à la pénibilité, à la prévention, etc. Les commentaires scientifiques, les publications, les orientations ne sont pas utopiques mais bel et bien réels.

Vote du CESE le 14/05/2013 : « Alors que la prévention des risques psychosociaux (RPS) constituera un axe majeur de la stratégie européenne de la santé et de la sécurité au travail pour la période 2013-2020, le conseil(CESE) ne peut qu'inciter le gouvernement à placer la prévention des risques psychosociaux parmi les priorités de son action. »

9.1 L'ETUI (European Trade Union Institute, ETUI)

L'Institut syndical européen est le centre indépendant de recherche et de formation de la Confédération européenne des syndicats (CES), qui regroupe elle-même les organisations syndicales d'Europe. L'ETUI met ses compétences - acquises notamment dans le cadre de ses réseaux académiques, universitaires et d'experts - au service de la défense des intérêts des travailleurs au niveau européen et au renforcement du volet social de l'Union européenne. L'Institut est composé de trois départements :

- la recherche ;
- la formation ;
- les conditions de travail, la santé/sécurité.

Cet institut édite des documents (notamment de 2007 et aussi 2012). Les objectifs affichés sont aussi la mise en réseau et le développement des contacts avec les instances européennes (dont l'une siège à Bilbao, l'EU-OSHA).

9.2 L'EU-OSHA (Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, EU-OSHA)

Cette agence contribue à faire de l'Europe un lieu de travail plus sûr, plus sain et plus productif. L'Agence mène des activités de recherche et de développement, diffuse des informations fiables, vérifiées et impartiales en matière de sécurité et de santé, et organise des campagnes paneuropéennes de sensibilisation. Créée par l'Union européenne en 1994 et établie à Bilbao, en Espagne, cette agence réunit des représentants de la Commission européenne, des gouvernements des États membres, des organisations d'employeurs et de travailleurs, ainsi que des experts réputés de l'UE à 28 et au-delà.

La définition de priorités pour la recherche dans le domaine de la sécurité et de la santé au travail aidera l'Europe à atteindre ses objectifs pour 2020

Citation : (EU-OSHA) News release - 24/03/2014

« L'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (EU-OSHA) a identifié des domaines clés prioritaires pour la recherche dans le domaine de la sécurité et de la santé au travail (SST), qui aideront l'Europe à atteindre ses objectifs pour 2020. Les priorités ont été définies autour de quatre thèmes principaux: (1) évolution démographique, (2) mondialisation et évolution du monde du travail, (3) nouvelles technologies sûres et (4) expositions nouvelles ou croissantes à des agents chimiques et biologiques sur les lieux de travail. »

Le Dr C. SEDLATSCHKEK, directrice de l'EU-OSHA, a déclaré : *« En cette période de crise économique, une stratégie dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail à l'échelle de l'Europe est plus nécessaire que jamais et les questions liées à la sécurité et à la santé au travail doivent être placées au premier rang des priorités politiques. Le lien entre la santé et la sécurité au travail, la compétitivité et les performances commerciales doit être mis en évidence. La stabilité sociale et le développement durable doivent aller de pair avec la croissance économique. »* Elle ajoute : *« Le rôle de l'EU-OSHA est essentiel pour garantir la transposition de la recherche de haut niveau dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail en solutions pratiques et de proximité sur le lieu de travail. Il est essentiel que l'Agence coordonne la recherche et communique les risques tant aux travailleurs qu'aux employeurs »*. C'est pourquoi l'EU-OSHA entend assurer le suivi de ce rapport et organiser un séminaire en 2014 pour discuter d'une liste restreinte de priorités pour la recherche en matière de santé et de sécurité au travail ainsi que des étapes ultérieures. Tenant compte des dernières évolutions des connaissances scientifiques en la matière, des évolutions dans le monde du travail et des tendances ayant une incidence sur la santé et la sécurité au travail, le rapport se penche sur les défis suivants:

- **Évolution démographique** : compte tenu du vieillissement de la population européenne, le défi consiste à aider les seniors à rester actifs et productifs plus longtemps et à accroître la proportion de travailleurs âgés sur le marché du travail. Compte tenu de l'augmentation du taux d'emploi des femmes, il est nécessaire de mieux comprendre les questions de santé et de sécurité au travail qui touchent les femmes en particulier. La migration contribue également à la diversité de la main-d'œuvre. Nous devons comprendre comment adapter la conception des lieux de travail et l'organisation du travail afin de répondre à ces changements de composition de la main-d'œuvre.

- **Mondialisation et évolution du monde du travail** : la restructuration des organisations, l'essor des technologies de l'information et de la communication et le passage d'une économie manufacturière à une économie des services sont autant d'éléments qui ont favorisé la précarité de l'emploi, l'intensification du travail, de nouvelles formes de travail et l'apparition d'horaires souvent peu conciliables avec une vie sociale. Par conséquent, les travailleurs sont davantage exposés aux risques psychosociaux. Nous devons mieux

comprendre les liens entre les facteurs de risques psychosociaux et la morbidité ou la mortalité afin de développer des stratégies de prévention efficaces.

- **Nouvelles technologies** : l'Europe évoluant vers une économie plus verte et plus durable, une attention accrue est accordée aux technologies des énergies renouvelables ainsi qu'à la gestion et au recyclage des déchets. Ces secteurs relativement nouveaux et en plein développement entraînent de nouveaux risques, tels que l'exposition aux champs électromagnétiques ou aux risques biologiques. Nous devons avoir conscience de ces risques et faire en sorte d'intégrer la recherche en matière de santé et de sécurité au travail dans l'élaboration et le développement de tous les nouveaux processus et technologies; la prévention passe par l'élaboration.

- **Expositions aux agents chimiques et biologiques** : le nombre d'accidents professionnels mortels diminue, mais le nombre de décès dus aux maladies professionnelles est en augmentation. Le développement de produits et matériaux innovants et le passage vers une économie efficace dans l'utilisation des ressources et à faible émission de carbone ont conduit à la mise au point de nouvelles technologies qui génèrent de nouveaux défis en matière de santé et de sécurité au travail. Les travailleurs sont exposés à un nombre croissant d'agents chimiques et biologiques, de perturbateurs endocriniens, de nouvelles technologies (telles que la nanotechnologie) et de substances dangereuses sous des formes combinées ou mixtes. Nous avons besoin de meilleures méthodes de détection et d'identification pour garantir l'utilisation sûre de ces agents chimiques et biologiques.

Ces priorités pour la recherche dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail ont été discutées dans le contexte de **la stratégie Europe 2020** et du **programme Horizon 2020** lors d'un séminaire intitulé « *Moving towards 2020 – priorities for OSH research for the years 2013-2020 (Objectifs pour 2020: priorités pour la recherche dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail pour la période 2013-2020)* » organisé à Bruxelles les 8 et 9 octobre 2013. Ce séminaire a accueilli des directeurs de recherche et des représentants d'organismes de financement, d'États membres et de la Commission européenne.

9.3 Observatoire européen des risques

Enfin, l'Observatoire européen des risques de l'EU-OSHA a pour but d'identifier les risques nouveaux et émergents concernant la sécurité et la santé au travail, afin d'améliorer la rapidité et l'efficacité des mesures préventives. Pour atteindre ce but il fournit une vue d'ensemble de la sécurité et de la santé au travail en Europe, décrit les tendances et les facteurs sous-jacents, et anticipe les changements prévisibles dans l'organisation du travail et leur impact probable sur la sécurité et la santé au travail.

9.4 Le BIT (Bureau International du Travail)

Le BIT promeut, au niveau mondial la santé et la sécurité au travail depuis plus de 10 ans, notamment lors des « Journée mondiale de la sécurité et de la santé au travail ». Ses dernières campagnes s'intéressaient à :

- 2012 – [Promouvoir la sécurité et la santé dans une économie verte](#)
- 2011 – [Système de gestion de la sécurité et de la santé au travail: un outil pour une amélioration continue](#)
- 2010 – [Risques émergents et nouvelles formes de prévention dans un monde du travail en mutation](#)
- 2009 – [Santé et vie au travail: un droit humain fondamental](#)
- 2008 – [Ma vie, mon travail, mon travail en sécurité - Gestion du risque en milieu de travail](#)
- 2007 – [Des lieux de travail sûrs et sains - Faire du travail décent une réalité](#)
- 2006 – [Travail décent - Travail en sécurité - VIH/SIDA](#)
- 2005 – [Créer et poursuivre une culture de sécurité et de santé](#)
- 2004 – [Créer et poursuivre une culture de sécurité et de santé](#)

Le SNSPP-PATS et FO entend développer ses contacts et les explicitations de notre démarche vers les Institutions européennes et le BIT responsables du droit du travail. Il veut aussi renforcer les liens et contacts avec les syndicats de SP européens (Espagne – Italie –Portugal – Allemagne – RU – Belgique –Luxembourg etc.), voire la Suisse et l'Andorre.

Soyons responsables de notre engagement à dimension Européenne vis-à-vis des autres, notre avenir en dépend. Le SNSPP-PATS et FO doit être dans cet espace le 1^{er} syndicat à pénétrer dans cette nouvelle ère de notre histoire dont les héritiers seront nos jeunes et futurs collègues.

Soyons présents ! Ne nous résignons pas, engageons-nous ...

PERSPECTIVES

« *L'avenir, il ne s'agit pas de le prévoir mais de le rendre possible* ». (A. DE SAINT EXUPERY)

Cette citation parle à tous ceux qui ont pour volonté d'agir au sein des 250 000 sapeurs-pompier et personnels administratifs et techniques spécialisés des SDIS de France. Elle rassemble et unit tous ceux, hommes d'action, qui forts de leurs différences ont en commun la volonté de s'engager, de montrer l'exemple, d'établir la confiance et la transparence, de conduire et participer avec lucidité à la responsabilité des politiques publiques territoriales pour un service public de qualité mettant l'Homme au centre de ses préoccupations.

En effet, l'heure est grave comme nos autorités le soulignent. Il faut faire face à la complexité du monde actuel et le moment est venu de décider, de se projeter dans l'avenir avec réalisme et confiance, d'écrire les perspectives ensemble en prenant compte des contraintes. « *Ce n'est pas parce que les choses sont difficiles que nous n'osons pas, c'est parce que nous n'osons pas qu'elles sont difficiles* ». SENEQUE.

À l'heure des risques de toutes sortes avérés ou émergents (techniques, humains, juridiques, économiques et sociétaux) il est nécessaire pour ceux qui ont pour culture de passer de l'éloge du danger à la prise de risque raisonnée, de ne plus subir mais d'anticiper, d'agir et d'améliorer de façon continue afin de faire face aux situations indésirables. Créer le climat de confiance et de performance utile au service public est une nécessité. Savoir regarder devant soi avec lucidité et optimisme n'est certainement pas la chose la plus aisée en ces temps de crises mais il le faut. Les risques sont présents, sachons les transformer en opportunité pour le bien-être de tous et de chacun. Des marges de manœuvre existent, dépassons nos incertitudes. Nous en sommes convaincus, le moment d'agir ensemble pour la santé qualité de vie en service est venu. V. HUGO écrivait « *rien n'est plus fort qu'une idée dont l'heure est venue* ».

La santé qualité de vie en service, au-delà du simple respect des lois, est une démarche participative qui permet par sa vision globale, systémique, humaniste, d'unir et rassembler tous les acteurs de la prévention d'un territoire. « *C'est bien l'affaire de tous et de chacun* ». Elle prendra appui sur le bilan de la mission sécurité présenté au ministre de l'intérieur, et permettra de trouver des marges de manœuvre encore insoupçonnées en s'appuyant sur la richesse que constitue le tissu des sapeurs-pompier. La richesse vient des femmes et des hommes qui constituent les SDIS, et non pas des engins et bâtiments.

« *Les actions mutualisées permettent d'associer le savoir-faire de différents acteurs impliqués dans la prévention afin d'approfondir la recherche sur la thématique* ». Cette phrase est extraite du programme d'actions 2014-2017 du FNP CNRACL (4 orientations – 12 actions) et s'inscrit pleinement dans l'esprit de l'accord-cadre du 20 novembre 2009. Pour notre part, la mise en réseau des SDIS est un enjeu qu'il faut savoir encourager et accompagner. La mutualisation des savoirs, des savoir-faire, des bonnes pratiques notamment managériales doit être priorisée afin que la prévention prenne le pas sur la réparation. De sérieuses avancées ont été faites depuis 2004, il faut les consolider et progresser.

Construire des passerelles entre les services d'un SDIS, entre les SDIS, entre SDIS et tous les acteurs d'un territoire pour mettre en œuvre des synergies, nécessite une volonté politique dont le projet d'établissement est l'ancrage. Cela permet aussi à l'état et aux collectivités territoriales d'assurer leurs responsabilités. Faire ensemble demande une volonté qui passe au-delà des individualismes. Mutualisation expérimentée sur différents sujets (évaluation des

risques, APS, étude de mortalité, RPS) et territoires différents (de 10 à 100 SDIS), cette co-construction est possible sur des champs jusqu'alors inexploités comme l'a parfaitement mis en évidence l'expérimentation SQVT Aquitaine. Assembler les possibles est un besoin, une demande, une offre à satisfaire. Demain, cette mutualisation doit savoir ouvrir le champ de l'innovation et de la performance sociale et expérimenter la démarche santé qualité vie en service (SQVS) auprès de quelques-uns.

Le chemin est ouvert, c'est faisable. Il faut persévérer. Plusieurs étapes ont été franchies avec succès : les 4^{es} journées parlementaires du 12 février 2014 sur « bien-être et performance » rassemblant aux côtés des experts de nombreux élus et syndicalistes ; les JISSSP des 3 et 4 avril 2014 rassemblant tous les acteurs sapeurs-pompiers à l'ENSOSP Aix ; la restitution de l'expérimentation santé qualité de vie au travail (SQVT) les 21 et 22 mai 2014 à Bidart ; Le salon Préventica à Marseille le 18 juin 2014 et l'ouverture sur la Québec ; la conférence sociale ; le congrès national des sapeurs-pompiers ... Les étapes de communication ne manquent pas pour aller, pas à pas mais sûrement, sur le chemin de la SQVS pour les 10 ans à venir que nous voulons mettre en perspectives.

« (re)Créer des espaces favorables à la santé », est un objectif de la démarche SQVS à mettre en œuvre. Le CHSCT et le CCDSPV sont des espaces indispensables à la communication qui nécessitent des compétences relationnelles et de l'écoute active, probablement par les seuls. La communication est essentielle notamment lors des phases de changement. Traditionnellement elle sert à diffuser de l'information aux personnels, très largement conçue en dehors d'eux et provenant des experts et des services (Direction, RH, hygiène et sécurité, SSSM, formation..).

Une modification des comportements est à mettre en place tout comme une véritable ingénierie des espaces de discussion. La réflexion doit être menée sur ce sujet en s'inspirant des travaux d'experts et des expériences menées dans quelques SDIS novateurs qui ont compris que lancer la SQVS, c'est aussi se mettre en capacité de répondre aux questions qui se poseront dans 10 ans et s'adapter ainsi à la modernité.

Demain, de nombreuses pistes seront ouvertes dont il faudra débattre ensemble sans tarder pour les prioriser et co-construire des solutions pratiques. C'est cela le dialogue social ambitieux et constructif que nous voulons, digne d'une grande démocratie. Loin de nous l'idée de dicter des choix dogmatiques, l'important est d'établir une relation de confiance propice au progrès.

- Anticiper doit être le maître-mot qui conduit notre démarche de progrès.
- Anticiper pour créer l'entrepôt de données et l'accessibilité aux informations,
- Anticiper pour que l'inspection de la sécurité civile amplifie sa démarche de coaching,
- Anticiper pour créer un CHSCT national,
- Anticiper pour faciliter la mise en œuvre des indicateurs de pluridisciplinarité,
- Anticiper pour développer le parcours professionnel et de santé tout au long de la vie,
- Anticiper la nouvelle réforme des retraites de 2017,
- Anticiper les problématiques de reclassement qui se posent,
- Anticiper pour prendre en compte le vieillissement et la pénibilité des missions,
- Anticiper pour assurer la traçabilité des expositions,
- Anticiper pour passer de l'aptitude à la médecine professionnelle et préventive,
- Anticiper et accompagner toute la vie en service des personnels avec un parcours santé,

- Anticiper la capacité des agents à s'adapter au monde de demain,
- Anticiper, comprendre, aider et transférer nos savoir-faire et nos valeurs à nos jeunes,
- Anticiper pour que l'activité physique et sportive soit bénéfique et que les sapeurs-pompiers montrent l'exemple à nos jeunes sapeurs-pompiers et lycéens dans les territoires,
- Anticiper pour que notre ENSOSP réponde aux exigences de qualité du management des sapeurs-pompiers professionnels, des sapeurs-pompiers volontaires et des PATS,
- Anticiper pour redonner à l'encadrement intermédiaire de vrais fonctions et responsabilités au sein de leurs services, centre d'incendie et de secours ou groupements,
- Anticiper pour que les sapeurs-pompiers volontaires soient traités à égalité avec les autres agents du SDIS,
- Anticiper pour que l'équité conduise nos projets,
- Anticiper pour que l'ouverture d'esprit permette à chacun de s'épanouir dans le choix qu'il a fait de s'engager en tant que sapeur-pompier,
- Anticiper pour que le déficit de la sécurité sociale ne soit pas étranger aux sapeurs-pompiers et à leur famille,
- Anticiper pour la lutte contre le suicide et les conduites suicidaires,
- Anticiper pour lutter contre les conduites addictives,
- Anticiper pour empêcher la désinsertion professionnelle pour tous les personnels,
- Anticiper pour créer des journées interprofessionnelles,
- Anticiper pour que nos emplois supérieurs de direction obtiennent une formation digne de l'école de guerre,
- Anticiper pour que les relations internationales et les échanges européens s'intensifient,
- Anticiper pour que les gisements économies soient explorés sans à priori,
- Anticiper pour assurer la veille des informations sur les sujets et enrichir nos pratiques,
- Anticiper pour que les élus puissent participer aux débats et décider,

La liste est loin d'être exhaustive. La réflexion et le débat doivent être ouverts.

La priorisation et planification des actions à mener seront à réaliser par les instances qui en ont la charge.

Le SNSPP PATS et FO sera partenaire d'une démarche de progrès dont l'Homme sera au centre de nos préoccupations sachant que de nombreuses solutions pratiques et non coûteuses sont dans une pratique managériale différente plus à l'écoute de l'humain.

Sans volonté, il n'y a pas de projet !

BIBLIOGRAPHIE

- AFNOR (2014). Ouvrage collectif. *Santé qualité de vie au travail. L'AFNOR et ses partenaires tracent un chemin méthodologique en Aquitaine*. Éditeur conseil général de la Gironde
- Agence européenne pour la santé au travail EU-OSHA (2014). *Les risques psychosociaux : mieux prévenir pour mieux travailler*
- AIDES Sud-Ouest, ARACT Aquitaine et Corse (2009). *CD Travail et maladies chroniques évolutives*.
- Alama Consulting Group (2013). *L'absentéisme en France augmente de 18 % en 2012, ce qui représente 16,6 jours et un coût direct de 6,98 milliards pour les entreprises du secteur privé*. Communiqué de presse.
- Alma Consulting Group (2012). *Le taux d'absentéisme dans les entreprises au plus bas depuis 5 ans, selon le baromètre de l'absentéisme d'alma consulting group*. Communiqué de presse.
- Albert, E. Emery, J-L. (1998) *Le manager est un psy*. Éditions d'organisation
- ANACT (2014). *Contrat d'objectifs et de performance 2014 - 2017*
- ANACT (2013). Douillet, Ph. *Prévenir les risques psychosociaux : outils et méthodes pour réguler le travail*
- Angel, P.Amar,P. Gava, MJ, Vaudolon, B. (2005) *Développer le bien-être au travail. Une réponse innovante : les programmes d'aide aux salariés*. DUNOD
- ANSES (2014). *Première étude en France sur l'estimation du coût de la pollution de l'air intérieur*
- ARC, fondation pour la recherche sur le cancer (2014). *15 années de progrès, 12 défis pour l'avenir*. Fondation ARC
- ARS Poitou-Charentes. (2014). *Schéma régional de prévention*
- Association Internationale de la Sécurité Sociale. (2011). *Rendement de la prévention. Calcul du ratio coût bénéfiques de l'investissement dans la sécurité et la santé en entreprise*
- Association Internationale de la Sécurité Sociale. (2014). *Lignes directrices de l'AISS en matière de promotion de la santé sur le lieu de travail*
- Barbezieux, Ph. Bensadon, AC. Champs, F-O (2013). IGAS. *Rapport interactions entre santé et travail*
- Becque, M. Coutrot, Th. DARES (2012). *Risques psychosociaux, organisation du temps de travail et santé*. Institut de médecine du travail de Lorraine. SFMT
- Beristain, M. Lembeye, Ch. Morincome, D. (2011). *Démarche entreprise en santé. Una estrategia beneficosa para todos*. XXI jornadas nacionales de sanitarios de bomberos de Espagna. Pamplona
- BIT (2012). *Programme SOLVE, Intégrer la promotion de la santé dans les politiques de sécurité et santé au travail*

Blanch, A. & Aluja, A. (2012). Social support (family and supervisor), work-family conflict, and burnout: Sex differences. *Human Relations*, 65(7), pp. 811-833. doi: 10.1177/0018726712440471

BNQ (2008). *norme BNQ 9700-800 prévention, promotion et pratiques organisationnelles favorables à la santé en milieu de travail*

BNQ (2010). *norme BNQ 9700-820 conciliation travail famille*

BNQ (2013). *norme 9700-803 santé et sécurité psychologiques en milieu de travail. Prévention, promotion et lignes directrices pour une mise en œuvre par étapes*

Bounhoure, J-P. (2010) *Stress, dépression et pathologie cardiovasculaire*. Masson

Breton, X. (2014). *4^{ème} rencontres parlementaires sur la santé et le bien-être au travail. Comment concilier Bien-être Performance au travail ? Quel rôle pour les collectivités territoriales ?* Organisation M&M Conseil

Breton, L. Desgroux, R. (2011) *Santé et bien-vivre au travail. 100 questions pour comprendre et agir*. AFNOR.

Brun, J-P. (2008). *Les 7 pièces manquantes du management*. Éditions Transcontinental

Byrne, D. & Espnes, G. A. (2010). Type A Behaviour and Cardiovascular Disease: A Promise Unfulfilled? Proceedings from the 2010 Conference of Heart and Mind, Prato 1-4 September.

CESE. Brunet, S. (2013). *La prévention des risques psychosociaux*.

CESE. (2014). *Le printemps de l'optimisme mai 2014*.

Chamoux, A. (2012). *Cœur et travail*. Éditions Frison-Roche

Chevalier, G. (2013). *La qualité publique durable. Du bien faire au mieux vivre*. Éditions Lexitis

Clot, Y. et Gollac, M. (2014). *Le travail peut-il devenir supportable ?* Armand Collin.

Clot, Y. (2010) *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*. La découverte

CNAM. Dab, W. (2014). *MOOC, éléments de santé au travail pour les ingénieurs et managers*

Commissariat général à la stratégie et à la prospective (2013) : *Quelle France dans 10 ans ? Quel modèle social ?*

Commission européenne (2014). *La commission propose un cadre stratégique de l'Union Européenne pour la santé et sécurité au travail*. Avis du 6 juin 2014

Conseil régional Nord Pas-de-Calais. *Programme régional « bien-être au travail »*

Conseil régional Charentes Poitou, ARS, Préfecture de région (2014) : *Plan régional sport santé bien-être Poitou-Charentes 2014-2016*

Cordier, A. Chêne, G (2013). *Un projet global pour la stratégie nationale de santé. 19 recommandations du comité des sages*.

- Cour des comptes (2013). *Communication à la commission des finances du Sénat (2013). La mutualisation des moyens départementaux de la sécurité civile*
- Courtet, C. Gollac, M. (2012). *Risques du travail, la santé négociée*. Editions La découverte.
- Croisier, M. (1995). *La crise de l'intelligence*. Inter Editions.
- CSST (2013). *Le présentéisme au travail - Corps présent, rendement absent !*
- Dechance, J. (2013). *Aller mieux dedans pour agir mieux dehors*. Les éditions du Relié
- Dejours, C., & Bègue, F. (2009). *Suicide et travail : que faire ?* Editions Presses universitaires de France, Paris.
- Del Ben K. S., Scotti J. R., Chen Y.C., Fortson B. L. (2006). *Prevalence of posttraumatic stress disorder symptoms in firefighters. Work and Stress* Volume 20, Issue 1, pp. 37 – 48.
- Demeulemeester, R. (2014). Édito. *Promouvoir la santé de tous et de chacun*. Les échos de la FNES
- Detchessar, M. (2009). *Étude Sorg. Les déterminants organisationnels et managériaux de la santé au travail. L'enjeu de la parole sur le travail*
- DGAFP (2009). *Accord du 20 novembre 2009 sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique*
- DGAFP (2014). *Convention-cadre entre DGAFP, la DGCL, le CNFPT et la FNCDG*
- DGAFP (2014). *Guide méthodologique d'aide à l'identification, l'évaluation et la prévention des RPS dans la Fonction Publique*
- DGAFP (2014). *Indicateurs des risques psychosociaux*
- DGCL (2014). *Les collectivités locales en chiffres 2014*
- DGSCGC, FNP CNRACL, 10 SDIS, ENSOSP, Université Bordeaux Segalen, InVS. (2012). *Analyse de la mortalité des sapeurs-pompiers professionnels actifs au 1^{er} janvier 1979*.
- DGSCGC (2004). *Rapport de mission sur la sécurité des sapeurs-pompiers en intervention* (site ministère)
- DGSCGC (2010). *Convention de partenariat DGSCGC – FNP CNRACL*
- DGSCGC (2014). *Bilan des sapeurs-pompiers décédés en 2013*
- Douesnard, J. (2010). *La Santé psychologique des pompiers : portrait de situation et éclairage de la psycho dynamique du travail*. Thèse de doctorat, Université Laval, Québec.
- DREAL Pays de la Loire. (2012). *Prospective territoriale. Lexique*
- Dupuy, F. (2011) *Lost in management* Seuil.
- Durand-Zaleski, I. Champion, M-D. (2003). *Les politiques de prévention* Médecines-sciences Flammarion.

- Eatough, E. M., Way, J. D., & Chang, C.-H. (2012). Understanding the link between psychosocial work stressors and work-related musculoskeletal complaints. *Applied Ergonomics*, 43(3), 554-563. doi: 10.1016/j.apergo.2011.08.009
- ENSOSP (2011). Ouvrage collectif de 70 auteurs coordonnés par Lembeye Ch. *ABC de la Santé, de la Sécurité et de la Prévention. 250 000 sapeurs-pompiers professionnels et volontaires, 10 000 personnels administratifs*. Éditions du Papyrus
- ENSOSP (2014). JISSSP 2014 « *Risques psychosociaux, 1ère étape d'une démarche de santé, qualité de vie en service ?* » site de la PNRS santé sécurité en service
- ENSOSP (2011). Denoual, C. Le Breton, Y. Pinganaud, L. Tatar, Ph. *La prévention des risques et la santé en service au sein des services départementaux d'incendie et de secours. État des lieux et perspectives*
- ENSOSP (2011). Faure, M. Koenig, A. Rethoret, F. Suffys, A. *L'assureur partenaire du SDIS dans sa politique de prévention des risques ?*
- ENSOSP (2012). Lachaud, P. Neyret, Ch. Poirier, Ch. Samson, J. *La mise en place d'une politique de bien-être au sein des SDIS*
- Essa, J. (2014). *La santé qualité de vie au travail, un axe stratégique pour la performance d'une entreprise*. Mémoire Véolia Propreté & École Hubert Curien
- European Institute of Public Administration. (2011). *Cinq ans de CAF 2006 de l'adolescence à l'âge adulte – et après ? Étude sur l'utilisation, le soutien et l'avenir du cadre d'auto-évaluation des fonctions publiques (CAF)*
- EU-OSHA (2007). *Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational health and safety (OSH)*, FACTS 74, European Agency for Safety and Health and Work.
- FIPHFP (2014). *Le catalogue des aides. Le FIPHFP finance au cas par cas des aides techniques et humaines afin de favoriser le recrutement et le maintien dans l'emploi des personnes handicapées*
- FNP CNRACL (2011). *Programme d'actions 2011-2013*
- FNP CNRACL (2014). *Programme d'actions 2014-2017*
- FNP CNRACL. (2013). *Guide national de prévention activités physiques et sportives chez les sapeurs-pompiers*
- FNP CNRACL (2013). *Mieux être au travail : quels leviers d'actions ? 5^{ème} colloque 26 mars 2013*.
- FNP CNRACL (2009). *État des lieux. Plan de prévention des accidents de service liés aux activités physiques et sportives chez les sapeurs-pompiers*
- FNP CNRACL – BND. (2012). *Banque Nationale de Données. Rapport statistique – Services départementaux d'incendie et de secours (SDIS)*
- FNSPF (2013). *Les cahiers fédéraux santé sécurité prévention n°10*
- FNSPF (2014). *La prévention et l'accompagnement des conduites suicidaires chez les sapeurs-pompiers. Point d'étape et propositions*.

Franke, W. D., Kohut, M. L., Russell, D. W., Yoo, H. L., Ekkekakis, P., & Ramey, S. P. (2010). Is job-related stress the link between cardiovascular disease and the law enforcement profession? *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 52(5), 561-565. doi: 10.1097/JOM.0b013e3181dd086b

Frimat, P. (2014). 4^{es} rencontres parlementaires sur la santé et le bien-être au travail. Comment concilier Bien-être et Performance au travail ? Les dispositifs de QVT et de bien-être sont trop souvent mis en place dans une optique de réparation et non de prévention. Organisation M&M Conseil

Korsia, Haïm. (2013), *Et si la performance sociale insufflait une autre dynamique de croissance ?* Capitalcom

Lassagne, M. Perriard, J. Rozan, A. Trontin, C. (2012). *L'évaluation économique du stress au travail*. Editions Quae

Girardi, D., Falco, A., Corso, L. D., & Kravina, L. (2011). Interpersonal conflict and perceived work stress: The role of negative affectivity. *TPM-Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 18(4), 257-273.

Gollac, M. & Bodier, M. (2011). *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*, Collège d'Expertise sur le Suivi des Risques Psychosociaux au Travail, Ministry of Work, Employment and Health, Paris.

Hamaideh, S. H. (2011). Occupational stress, social support, and quality of life among Jordanian mental health nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(1), 15-23. doi: 10.3109/01612840.2011.605211

INPES (2010). *Atlas des usages des substances psychoactives, analyses régionales du baromètre santé de l'INPES*

INPES Ménard C., Demortière G., Durand E., Verger P., Beck F., dir. (2011). *Médecins du travail – médecins généralistes, regards croisés*

INSERM (2005). *Suicide, autopsie psychologique. Outil de recherche en prévention*

INSPQ (2009). *Animer un processus de transfert de compétences, bilan des compétences et outils d'animation*

INSPQ (2014). Vezina, M. *Grille d'identification des risques psychosociaux*

IRRST (2009). *Étude de prévalence et des facteurs de risques physiques et psychosociaux de TMS et de stress chez les préposés aux appels d'urgence 9-1-1*

Iribarne, P. Verdoux, St. (2011). *EFQM, le guide de l'évaluation*. AFNOR

ISTNF. (2014). *Congrès de santé au travail Lille 4 au 6 juin 2014*

Jawahar, I. M., Kisamore, J. L., Stone, T. H., & Rahn, D. L. (2012). Differential effect of inter-role conflict on proactive individual's experience of burnout. *Journal of Business and Psychology*, 27(2), 243-254. doi: 10.1007/s10869-011-9234-5

Jul, Charles Pépin. (2013). *Platon la gaffe : survivre au travail avec les philosophes*. Dargaud

Jul, Charles Pépin. (2011). *La planète des sages, encyclopédie mondiale des philosophes et de la philosophie*. Dargaud

Kammeyer-Mueller, J. D., Simon, L. S., & Rich, B. L. (2012). The psychic cost of doing wrong: Ethical conflict, divestiture socialization, and emotional exhaustion. *Journal of Management*, 38(3), 784-808. doi: 10.1177/0149206310381133

Kaspar, J. (2012). *Rapport de la commission du Grand Dialogue de La Poste*

Krinen, B. Yeni, I. Fournales, R. (2011). *Rapport IGAS, IGA. Évaluation du dispositif de reclassement des fonctionnaires déclarés inaptes à l'exercice de leurs fonctions pour des raisons de santé*

Lachmann, H. Larose, Ch. Penicaud, M. (2010). *Bien-être et efficacité au travail. 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail*

La Fabrique Spinoza (2012). Les indicateurs complémentaires au PIB

Lannouzière, H. (2011). *La prévention des risques psychosociaux du point de vue du Code du travail*. Semaine sociale Lamy

Lejoyeux, M. (2009). *Les secrets de nos comportements*. Plon

Lejoyeux, M. (2011). *Changer ... en mieux. Son caractère, son travail, ses amours, son cerveau*. Plon

Lajous, O. (2013). *L'art de diriger ?* L'harmattan

Le Deist, F. (2013) *Restructurations et santé au travail : regards pluridisciplinaires*. Octares

Lenoir, F. (2013) *Du bonheur un voyage philosophique*. Fayard

Lerouge, L. (2014). *Les risques psychosociaux en droit : retour sur un terme controversé*. Droit Social

Lerouge, L. (2014). *Risques psychosociaux en droit social Approche juridique comparée France, Europe, Canada, Japon*. Dalloz

Marien, P. (2012). *Analyse psychopathologique et interactionniste du stress professionnel chronique dans les métiers de l'urgence : étude des facteurs de risque et mise en place d'un programme de prévention*. (Thèse de doctorat, université Bordeaux Segalen, France)

Marlot, M. (2013) *Itinérances d'un sapeur-pompier* Ed pompiers de France

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*, 93(3), 498-512. doi: 10.1037/0021-9010.93.3.498

Masse, M. (2013). Contours et contournements du risque psychosocial. Institut psychanalyse & management France Business school Poitiers

Masse, M. Sanglerat, M-B. (2014). *Construction d'un système santé et sécurité au travail. L'exemple de la fonction publique française*. Préventique. Mars-Avril. PP. 55-57.

Masse, M. (2013) « Socioconstruire et socioproduire de la professionnalité en matière de bien-être au travail ». Dans Quelles actions pour un autre travail ? Colloque international du Groupe d'études sur le travail et la souffrance au travail (GESTES). Paris. 10-11 juin.

Ministère de la réforme de l'État, de la décentralisation et de la Fonction publique. (2013) : *Protocole d'accord relatif à la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique*. 20 octobre 2013

Ministère de la réforme de l'État, de la décentralisation et de la Fonction publique. (2014) : *Lutte contre le harcèlement sexuel et moral dans la fonction publique*. 4 mars 2014

- MNSP. (2012). *RCV nous ne sommes pas que des super héros nous sommes avant tout des hommes comme les autres !* sous la coordination de Chaumelle, JF. Éditions Bamboo
- Montreuil, E. (2011). *Prévenir les Risques Psychosociaux. Des outils pour agir sur la pénibilité et préserver la santé au travail.* Editions Dunod, Paris.
- Morin, E. (2005). *Introduction à la pensée complexe.* Seuil
- Morin, E. (2011). *La voie. Pour l'avenir de l'humanité.* Librairie Arthème Fayard
- Morin, P. Delavallée, E. (2000). *Le manager à l'écoute du sociologue.* Editions d'Organisation
- Moreau, Y. (2013). *Rapport au 1^{er} ministre. Nos retraites demain : équilibre financier et justice*
- Observatoire national du suicide. (2013). *Décret n° 2013-809 du 9 septembre 2013*
- OFDT. (2014). *Tendances mai 2014 - Le tabac en France : un bilan des années 2004-2014*
- OIT, Loi n° 2014-200 du 24 février 2014, autorisant la ratification de la convention n° 187 de l'organisation internationale du travail relative au cadre promotionnel pour la sécurité et la santé au travail. JO 28 février 2014.
- OIT. (2011). *Système de gestion de la SST : un outil pour une amélioration continue.*
- OMS. (1986 à 2013). *Prévention et promotion de la santé.* Charte d'Otawa (1986), Alma-Ata (1978), Santé 2020, Achgabat (décembre 2013)
- OSI. (2013). *Engagement en faveur du bien-être eu travail et du droit universel à la santé*
- Petit, E. (2013). *L'économie du care.* PUF
- Peyrat, O. Gauthier, D. AFNOR. (2013). *La norme iso 26000 en quelques mots*
- Pierson, M. (2011). *Et si on décidait d'être heureux au travail.* AFNOR
- Pierson, M. (2014). *L'art du management - Manager au quotidien - En finir avec les idées reçues !* AFNOR
- Piney, C. (2013). *Entre indicateurs et travail réel : l'expérience de l'encadrement de proximité dans un service public.* Société d'Ergonomie de Langue Française
- Préventica. (2012). *Conférence de clôture. Santé des salariés et santé de l'entreprise : la formule pour une entreprise prospère.* Bordeaux
- Préventica. (2012). *La prévention des risques chez les sapeurs-pompiers. Présentation des résultats de la cohorte CPRIM.* Bordeaux
- Préventica. (2014). *Journée franco-québécoise consacrée à la santé qualité de vie au travail. Présentation de la santé qualité de vie en service.* Marseille.
- Prochaska, J. Di Clemente. (1983). *L'entretien motivationnel*
- Provost Vanhecke, E. Sibille, F. (2013). *Osez manager iso 26 000.* AFNOR
- Prunier-Poulmaire, S. (2013). *Le Bonheur au travail.* Éditions du Cherche-midi

- Québec santé et services sociaux (2012). *La santé et ses déterminants, mieux comprendre pour mieux agir*
- Radjou, N. (2013) *L'innovation Juggad. Redevenons ingénieux !* Les éditions Diateino
- Reason, J. (2013). *L'erreur humaine*. Presses des Mines
- Ronsanvallon P (1993) *L'Etat en France de 1789 à nos jours*. Seuil Collection Points Histoire.
- Sahler, B. Berthet, M. Douillet, Ph. Mary-Cheray, I. (2007). *Prévenir le stress et les risques psychosociaux au travail*. ANACT
- Sapin, M. (2014). *Ouverture des 4^{es} rencontres parlementaires sur la santé et le bien-être au travail. Comment concilier Bien-être Performance au travail ?* Organisation M&M Conseil
- Savall, H. Zardet, V. (2010). *Maîtriser les coûts et les performances cachées* Gestion Economica
- Scandella, F. (2012). *La santé et sécurité des hommes du feu*. Etui
- SDIS du Grand Centre, réseau R3SGC. *Classeur santé sécurité*
- Secrétariat général du gouvernement - 1er ministre : *mise en place du plan national d'action pour la prévention des risques psychosociaux dans les trois fonctions publiques*. 20 mars 2014
- Séguéla, J. (2013). *Merde à la déprime*. Editeur J-C Gawsewitch
- Seillan, H. (2004). *Penser aujourd'hui pour demain et pour longtemps*. Editions Préventiques
- Sett, M., & Sahu, S. (2012). Study on work load and work-related musculoskeletal disorders amongst male jute mill workers of West Bengal, India. *Work: Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 42(2), 289-297.
- SNSPP PATS et FO (2012, 2013, 2014). Lafon-Placette, L. Ledoux, E. Lembeye, Ch. Morincome, D. *La santé qualité de vie en service*. Pleins Feux
- Trosa, S. Bartoli, A. (2011). *Le management par le sens*. CNDP-CRDP
- Vézina, M. et collaborateurs. (2011). *Enquête québécoise sur les conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST)*. IRSST
- Wasmer, E. (2012). *Insatisfaction au travail ; sortir de l'exception française*. Institut Montaigne
- Wattier, Ph. (2011). *Les 7 clés du leadership*. L'archipel
- Zawieja P, Guarnieri F (2014) *Dictionnaire des risques Psycho-sociaux*. Ed du Seuil

SITES

Liens externes : (historique, législatifs, techniques, méthodes...)

- **Liens institutionnels européens ou internationaux**
 - [Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail](#)
 - [Portail Santé de l'Union européenne - Santé et sécurité sur le lieu de travail](#)
 - [Site sur la santé et sécurité au travail de l'Institut syndical européen](#)
 - [Organisation Internationale du Travail - Portail sur la sécurité et la santé au travail](#)
 - [ILO-OSH 2001 Principes directeurs concernant les systèmes de gestion de la sécurité et de la santé au travail ILO-OHS 2001](#)

- **Liens institutionnels français :**
 - [Conseil d'orientation sur les conditions de travail](#)
 - [Ministère chargé du Travail - Santé, sécurité au travail](#)
 - [Site dédié du ministère du travail avec des fiches par métiers, par risques et différentes ressources](#)
 - [Site de l'Assurance Maladie - Portail sur les risques professionnels](#)
 - [INTEFP – MSSTFP : http://www.intefp-sstfp.travail.gouv.fr/](http://www.intefp-sstfp.travail.gouv.fr/)
 - <http://www.espace-droit-prevention.com/fiches-pratiques/droit-de-la-prevention-et-statuts-de-la-fonction-publique>

- **Lien organismes de prévention français et étrangers, services de santé au travail :**
 - [Institut de Santé au Travail du Nord de la France](#)
 - [Institut National de Recherche et de Sécurité](#)
 - [Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail](#)
 - [Institut de Recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail](#)
 - [558 principaux articles du Code du Travail axés sur la santé et la sécurité](#) (*Obligation du maître d'ouvrage, de l'employeur, entreprises extérieures, génie civil, C.H.S.C.T., Contrôles,*)

Liens informatiques :

- **Article Science & Avenir :**
<http://sciencesetavenir.nouvelobs.com/insolite/20121011.OBS5440/travail-les-ravages-du-presenteisme.html>
- **Étude anglaise :**
<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0030719>

- **Article Actuel RH** : <http://www.actuel-rh.fr/ressources-humaines/management/a-218704/le-presenteisme-coute-plus-cher-que-l-absenteisme-aux-entreprises.html>
- **Article Rue 89** : <http://www.rue89.com/rue89-eco/2012/12/06/pire-que-labsenteisme-le-presenteisme-des-salaries-malades-237556>
- **Données Européennes** : http://www.eurofound.europa.eu/surveys/smt/ewcs/ewcs2010_07_06_fr.htm

Programmes BIT

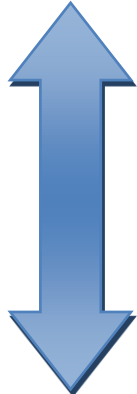
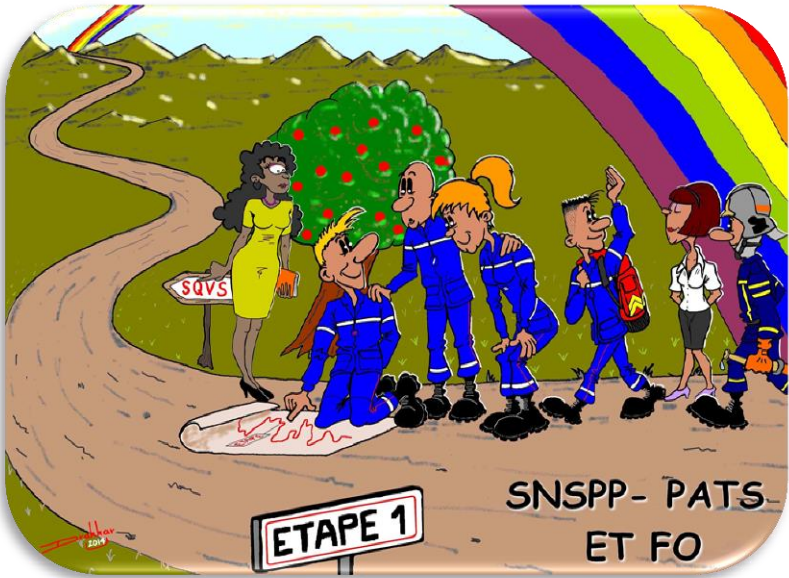
- 2012 – Promouvoir la sécurité et la santé dans une économie verte
- 2011 – Système de gestion de la sécurité et de la santé au travail: un outil pour une amélioration continue
- 2010 – Risques émergents et nouvelles formes de prévention dans un monde du travail en mutation
- 2009 – Santé et vie au travail: un droit humain fondamental
- 2008 – Ma vie, mon travail, mon travail en sécurité - Gestion du risque en milieu de travail
- 2007 – Des lieux de travail sûrs et sains - Faire du travail décent une réalité
- 2006 – Travail décent - Travail en sécurité - VIH/SIDA
- 2005 – Créer et poursuivre une culture de sécurité et de santé
- 2004 – Créer et poursuivre une culture de sécurité et de santé

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	P 02
Pourquoi un livre blanc sur la Santé et Qualité de Vie en Service chez les sapeurs-pompiers (SQVS) ?	P 03
PREFACE	P 04
1. Pourquoi la SQVS ?	P 05
2. L'obligation de prévention au sein des SDIS	P 06
2.1. Quelques définitions	P 06
2.2. La mission sécurité des sapeurs-pompiers (MiSSP)	P 06
2.3. Appliquer le code du travail dans les SDIS : où en est-on ?	P 07
2.4. Textes, protocoles et accords	P 08
2.5. Le rapport LAROSE-LACHMANN-PENICAUD bien être et efficacité au travail.....	P 09
2.6. Evaluation, traçabilité et suivi	P 09
2.7. La place des acteurs de prévention	P 09
2.8. La place de la DGSCGC	P 10
3. Passer de la notion originelle de CHS à une démarche participative et pluridisciplinaire	P 11
3.1. Les objectifs du SNSPP PATS et FO dans la SQVS	P 11
3.2. Etat des lieux de la fonction H&S dans les SDIS	P 12
3.3. Passage du CHS au CHSCT, sécurité santé en service	P 12
3.4. La participation au sein des instances	P 13
3.5. La transdisciplinarité et la pluridisciplinarité, pourquoi ?	P 14
3.6. Le rôle de la MPA-E	P 15
3.7. Volet relatif à la formation des cadres ? DDSIS ?	P 15
4. Prendre en compte les risques, les connaître et les évaluer	P 16
4.1. Le document unique (prévention des risques)	P 16
4.2. Disposer d'indicateurs pertinents	P 17
4.3. Le parcours santé des agents	P 17
4.4. Les addictions et les pratiques addictives	P 18
4.5. Les risques de santé chez les personnels du SDIS (SP et PATS), l'aptitude	P 22
4.6. La pénibilité	P 23
4.7. Les risques psycho-sociaux (RPS)	P 26
4.8. La prévention des conduites suicidaires	P 30
4.9. Le reclassement des agents au sein des SDIS	P 30
4.10. Le soutien par les pairs	P 31
4.11. Le SSSM : de l'entretien médical à l'entretien infirmier, évolutions	P 31
5. La mise en œuvre des plans de prévention	P 32
5.1. Les plans annuels	P 32
5.2. La prise en compte de l'évènementiel	P 32
5.3. La place de l'encadrement dans la mise en œuvre des plans	P 33
5.4. Rôle et atouts du SSSM, la médecine de prévention	P 33

5.5. Décliner un plan adapté et à chaque centre d'incendie et de secours, à chaque service	P 34
6. Le suivi annuel et pluriannuel de la démarche	P 35
6.1. Les indicateurs de suivi	P 35
6.2. La démarche d'amélioration continue	P 35
6.3. Acter un plan et/ou le relancer	P 36
6.4. La place de la DGSCGC et la conduite des inspections de SDIS en matière SQVS	P 36
7. La prise en compte du volontariat	P 37
7.1. Expertise et volontariat, s'appuyer sur les experts	P 37
7.2. Adapter les plans de prévention pour le volontariat	P 37
7.3. CHSCT et CCDSPV, même mission	P 37
8. Quels retours sur investissement ?	P 38
8.1. Le présentéisme au travail	P 39
8.2. Le coût des arrêts de travail	P 40
8.3. Lutte contre la désorganisation des services	P 40
8.4. Valorisation des agents et gains de productivité	P 40
8.5. Amélioration de la qualité du service public	P 41
9. La place de notre démarche au sein de l'Europe	P 42
9.1. L'ETUI European Trade Union Institute	P 43
9.2. L'EU-OSHA Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail	P 43
9.3. Observatoire européen des risques	P 45
9.4. Le BIT Bureau International du Travail	P 45
 PERSPECTIVES	 P 47
 BIBLIOGRAPHIE	 P 50
 TABLE DES MATIERES	 P 60

Direction



Objectifs



Communication



Co-construction

**Syndicat national des Sapeurs-Pompiers Professionnels
et des Personnels Administratifs, Techniques et Spécialisés**
34 Avenue Nelly Deganne
33120 Arcachon
05 56 83 08 18
www.snspp-pats.com

**Union nationale des Sapeurs-Pompiers Professionnels
et des Personnels Administratifs, Techniques et Spécialisés Force Ouvrière**
153-155 rue de Rome
75017 Paris
01 44 01 06 00
www.fo-sdis.org