

**EXAMEN PROFESSIONNEL DE PROMOTION INTERNE
D'INGÉNIEUR TERRITORIAL**

SESSION 2020

ÉPREUVE DE PROJET OU ÉTUDE

ÉPREUVE D'ADMISSIBILITÉ :

L'établissement d'un projet ou étude portant sur l'une des options, choisie par le candidat lors de son inscription.

Durée : 4 heures
Coefficient : 5

SPÉCIALITÉ : PREVENTION ET GESTION DES RISQUES

OPTION : SÉCURITÉ DU TRAVAIL

À LIRE ATTENTIVEMENT AVANT DE TRAITER LE SUJET :

- ♦ Vous ne devez faire apparaître aucun signe distinctif dans votre copie, ni votre nom ou un nom fictif, ni initiales, ni votre numéro de convocation, ni le nom de votre collectivité employeur, de la commune où vous résidez ou du lieu de la salle d'examen où vous composez, ni nom de collectivité fictif non indiqué dans le sujet, ni signature ou paraphe.
- ♦ Sauf consignes particulières figurant dans le sujet, vous devez impérativement utiliser une seule et même couleur non effaçable pour écrire et/ou souligner. Seule l'encre noire ou l'encre bleue est autorisée. L'utilisation de plus d'une couleur, d'une couleur non autorisée, d'un surligneur pourra être considérée comme un signe distinctif.
- ♦ Le non-respect des règles ci-dessus peut entraîner l'annulation de la copie par le jury.
- ♦ Les feuilles de brouillon ne seront en aucun cas prises en compte.

Ce sujet comprend 38 pages dont 1 annexe

**Il appartient au candidat de vérifier que le document comprend
le nombre de pages indiqué.**

S'il est incomplet, en avertir le surveillant

- ♦ Vous répondrez aux questions suivantes dans l'ordre qui vous convient, en indiquant impérativement leur numéro.
- ♦ Vous répondrez aux questions à l'aide des documents et de vos connaissances.
- ♦ Des réponses rédigées sont attendues et peuvent être accompagnées si besoin de tableaux, graphiques, schémas...

Vous êtes ingénieur territorial, nouvellement recruté en tant que conseiller de prévention, au sein de la commune d'INGEVILLE (30 000 habitants). Le 24 octobre 2019, un agent des services techniques fait un malaise cardiaque. Les collègues présents autour de lui paniquent et appellent tardivement les secours. L'analyse de l'accident montre des carences dans l'organisation des secours et dans la ligne de conduite à tenir en cas d'accident.

Au sein d'INGEVILLE, l'accident a suscité un vif émoi. Les représentants du personnel au Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) exigent que des moyens techniques et organisationnels soient déployés pour une meilleure gestion des secours. Un des représentants du personnel a déposé un droit d'alerte (voir fiche en annexe 1 du dossier). Des agents menacent en parallèle d'exercer leur droit de retrait.

La Directrice Générale des Services (DGS), Présidente du CHSCT, a répondu aux représentants du personnel qui siègent dans cette instance (voir dans les « suites données » de l'annexe 1).

Le bilan social fait apparaître que 10% des agents sont formés aux gestes qui sauvent. Hormis quelques Établissements Recevant du Public (ERP), le nombre de défibrillateurs présents sur le territoire reste faible.

La DGS vous sollicite en tant que conseil pour l'éclairer sur les différents sujets.

Question 1 (8 points)

A partir du dossier, vous rédigerez à l'attention de la DGS un diagnostic des enjeux réglementaires et techniques pour une organisation des secours efficace en cas d'accident du travail.

Question 2 (10 points)

L'objectif fixé par la Direction Générale est à présent d'améliorer durablement le dispositif de secours en cas de malaise cardiaque au sein d'Ingéville.

Il vous est demandé de piloter une démarche en mode projet. Vous pourrez faire appel aux informations contenues dans le dossier mais aussi à vos connaissances personnelles.

a) Quels sont les pré-requis pour la réussite du projet ? (1 point)

b) Il est nécessaire de réaliser un diagnostic précis de la situation. Plusieurs thématiques doivent être étudiées. Pour chaque item, vous préciserez l'objectif recherché et les différents critères évalués.

Vous structurerez votre réponse sous la forme d'un tableau selon le modèle ci-dessous.
(2,5 points)

Thématique étudiée – Objectif recherché	Critères évalués

c) Quels sont les acteurs que vous associez à la démarche ? Vous préciserez le rôle de chacun.

Vous structurerez votre réponse sous la forme d'un tableau en respectant le schéma ci-dessous. (2,5 points)

Acteurs	Rôle / plus-value attendue

d) Quelles mesures concrètes et opérationnelles proposez-vous pour répondre à l'objectif fixé par la Direction Générale ? Vous préciserez les modalités de déclinaison des actions. (3 points)

e) Quelles modalités de suivi proposez-vous ? Quels sont les indicateurs de suivi que vous suggérez à la Direction Générale ? (1 point)

Question 3 (2 points)

Vous dresserez une fiche synthétique et pratique à destination de l'encadrement pour qu'il communique sur les modalités d'exercice du droit de retrait et éviter que celui-ci soit dévoyé de son sens originel.

Liste des documents :

Document 1 : « Circulaire n°NOR INTB1209800C - Application des dispositions du décret n° 85-603 du 10 juin 1985 modifié relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale » (extraits) - *direction générale des collectivités locales* - 12 octobre 2012 - 9 pages

Document 2 : « L'organisation des secours en entreprise » - *Travail et Sécurité n°773* - juin 2016 - 3 pages

Document 3 : « Communiqué de presse - Formation aux gestes qui sauvent - Remise du rapport de Patrick Pelloux et Eric Faure à Juliette Méadel sur la généralisation au plus grand nombre de la formation aux gestes qui sauvent » - *Secrétariat d'État à l'aide aux victimes* - 20 avril 2017 - 2 pages

Document 4 : « La Croix blanche mieux logée » - *Villeneuve Magazine n°153* - octobre 2019 - 1 page

- Document 5 :** « Accès public à la défibrillation. Guide pratique à l'usage des collectivités » (extrait) - Fédération Française de Cardiologie - Juin 2009 - 11 pages
- Document 6 :** « Circulaire du 02 octobre 2018 relative à la généralisation auprès de l'ensemble des agents publics des formations aux gestes de premiers secours » - *Ministère de l'action et des comptes publics. Secrétariat d'État auprès du ministre de l'action et des comptes publics* - 5 pages
- Document 7 :** « Les agents territoriaux formés aux gestes qui sauvent » - *cnfpt.fr* - 12 septembre 2019 - 1 page
- Liste des annexes :**
- Annexe 1 :** Fiche de signalement Ingéville - Exercice d'un droit d'alerte - 2 pages

Documents reproduits avec l'autorisation du C.F.C.

Certains documents peuvent comporter des renvois à des notes ou à des documents non fournis car non indispensables à la compréhension du sujet.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR

DIRECTION GENERALE
DES COLLECTIVITES LOCALES

Paris, le 12 OCT. 2012

Sous-direction des élus locaux
et de la fonction publique territoriale

Le ministre de l'intérieur,
Le ministre de la réforme de l'Etat,
de la décentralisation et de la fonction publique

Bureau de l'emploi territorial et de
la protection sociale (FP3)

à

N° 12-016379-D

Madame et Messieurs les préfets de région
Mesdames et Messieurs les préfets
des départements (métropole et DOM)

Circulaire n° NOR :INTB1209800C

- Objet** : Application des dispositions du décret n° 85-603 du 10 juin 1985 modifié relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale
- REF** : Décret n° 2012-170 du 3 février 2012 portant modification du décret n° 85-603 du 10 juin 1985 modifié relatif à l'hygiène et la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale

Le décret n° 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 a été modifié par le décret n° 2012-170 du 3 février 2012.

Afin d'améliorer le dispositif d'hygiène et de sécurité au travail, le décret modificatif prévoit la mise en place de comités d'hygiène de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) dès le seuil de 50 agents. Les règles relatives à la composition et au fonctionnement, ainsi que les missions des CHSCT ont été adaptées conformément aux mesures de l'accord sur l'hygiène et la sécurité au travail dans la fonction publique signé le 20 novembre 2009. Aux missions traditionnelles, des missions nouvelles sont ajoutées.

Les règles relatives à la composition et au fonctionnement des CHSCT entreront en vigueur à compter du premier renouvellement général des comités techniques. Les missions sont d'application immédiate.

Le décret modificatif prévoit également des mesures sur la médecine de prévention visant à conforter le rôle du médecin. Le contenu de la visite médicale d'embauche est défini et un dossier médical en santé au travail est également créé.

La présente circulaire, abroge et remplace la circulaire NOR INT/B/01/00272/C du 9 octobre 2001 relative à l'application du décret du décret n° 85-603 du 10 juin 1985.

Le décret n° 85-603 du 10 juin 1985 modifié constitue le décret cadre fixant les obligations des collectivités territoriales et de leurs établissements publics en matière de protection de la santé et de la sécurité de leurs agents. Il a été modifié par le décret n° 2012-170 du 3 février 2012.

En effet, l'accord sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique signé le 20 novembre 2009 a pour objectif de rénover la politique des employeurs publics en matière de protection de la santé et de la sécurité afin d'améliorer les conditions de travail des agents. L'accord comprend quinze mesures s'articulant autour de trois grands axes visant notamment à améliorer la connaissance et la prévention des risques professionnels et à renforcer les instruments de mise en oeuvre de cette politique.

Les travaux d'ordre normatif concernent principalement la mise en oeuvre du premier axe de cet accord dédié au renforcement et à la valorisation des instances et acteurs opérationnels intervenant dans le champ de la santé et sécurité au travail (Comités d'hygiène et de sécurité, agents chargés de fonctions de conseil et d'assistance dans la mise en oeuvre des règles d'hygiène et de sécurité, agents chargés de fonctions d'inspection et médecins de prévention).

A ce titre, la loi n° 2010-751 du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social et comportant diverses dispositions relatives à la fonction publique a transposé l'une des mesures de l'accord en prévoyant en son article 18 (insérant un article 33-1 dans la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984) la création, à la place des comités d'hygiène et de sécurité existants, de comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT). Un décret en Conseil d'Etat doit fixer les modalités d'application de cette disposition. L'article 16 de la loi du 5 juillet 2010 (modifiant l'article 33 de la loi du 26 janvier 1984) a, corrélativement, modifié les missions des comités techniques. Par ailleurs, la loi du 5 juillet 2010 (article 33, III et VII) prévoit certaines dispositions transitoires.

Dans ce cadre, les modifications apportées par le décret n° 2012-170 du 3 février 2012 au décret n° 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 ont poursuivi trois objectifs principaux :

- Etablir les modalités d'application des articles de la loi du 5 juillet 2010 susmentionnée qui concernent la mise en place de CHSCT dès le seuil de 50 agents, les missions de celui-ci étant exercées, dans les collectivités et établissements de moins de 50 agents, par les comités techniques des centres de gestion;
- Prendre en compte l'évolution corrélative des missions des comités techniques, ramenées aux sujets d'ordre général en matière d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail ;
- Transposer réglementairement les mesures de l'accord concernant les autres acteurs intervenant en matière d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail, dans le respect des dispositions déjà intégrées dans la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 par la loi du 19 février 2007 relative à la fonction publique territoriale : ACFI des centres de gestion (article 25), services de médecine des centres de gestion (article 26-1), missions des services de médecine préventive (article 108-2), ACMO (article 108-3).

Par ailleurs, deux lois sont intervenues dans le secteur privé, dont les dispositions ont été adaptées par le décret du 10 juin 1985 modifié :

- la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 qui érige au niveau législatif le dossier médical en santé au travail ;

- la loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail qui crée une disposition sur l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail.

Enfin, le décret réaffirme le principe selon lequel les règles définies au code du travail (livres I à V de la quatrième partie) s'appliquent en la matière dans les collectivités territoriales, sauf dispositions expresses prévues par ce décret.

En raison de la spécificité de la fonction publique *en* matière d'instances de concertation et des particularités de l'organisation administrative, les livres VI (institutions et organismes de prévention comprenant notamment les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail et les services de santé au travail) et le livre VII (sanctions) ne sont pas applicables aux collectivités et établissements visés à l'article 1^{er}. Cela étant, l'objet du décret n° 85-603 du 10 juin 1985 modifié est de transposer, en les adaptant, les règles applicables aux salariés soumis au code du Travail. Ainsi, les titres III (médecine professionnelle et préventive) et IV (CHSCT) du décret opèrent les adaptations nécessaires du code du travail sur ces points.

Le décret transpose, après une large concertation avec les syndicats et les associations d'élus et après approbation par le Conseil supérieur de la fonction publique territoriale, les règles applicables à l'Etat telles qu'elles découlent des modifications introduites dans le décret n° 82-453 du 28 mai 1982, dans la mesure où celles-ci sont compatibles avec les règles résultant du statut de la fonction publique territoriale.

La présente circulaire vise à donner dans ce cadre les précisions utiles sur la manière dont la mise en oeuvre des dispositions du décret s'effectue.


Elle est organisée sous forme de fiches relatives :

- Aux règles applicables aux collectivités territoriales et à leurs établissements publics en matière d'hygiène et de sécurité au travail, aux responsabilités en cette matière ainsi qu'aux fonctions d'assistance et de conseil dans la mise en oeuvre de ces règles ;
- Au contrôle de l'application des règles en matière d'hygiène et de sécurité au travail ;
- Aux droits d'alerte et de retrait ;
- A la formation des agents en cette matière ;
- Aux services de médecine professionnelle et préventive ;
- Au rôle des comités techniques en cette matière ;
- A l'organisation et au mode de composition des CHSCT ;
- Aux attributions des CHSCT ;
- Au fonctionnement des CHSCT.

Une fiche particulière est en outre réservée **aux dispositions transitoires applicables aux CHSCT**, dans la perspective du renouvellement général des instances de dialogue social dans la fonction publique territoriale en 2014.

Vous voudrez bien procéder à la diffusion de la présente circulaire aux collectivités territoriales de votre département et à leurs établissements publics.

Pour le ministre et par délégation,
le directeur général
des collectivités locales



~~Serge MORVAN~~

(...)

Fiche III. Le droit d'alerte et droit de retrait (articles 5-2 à 5-4)

Les articles 5-2 à 5-4 ont transposé réglementairement ces droits présents dans le code du travail aux articles L. 4131-1 à L. 4132-5, eux-mêmes issus de la directive cadre européenne n° 89/391/CEE du 12 juin 1989 du conseil des communautés européennes, concernant la mise en œuvre des mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail (articles 8-4 et 8-5).

La mise en œuvre de cette procédure particulière fera l'objet d'un suivi annuel dans le cadre du bilan mentionné à la fiche VI. 1 de la présente circulaire.

Selon les dispositions du décret, le fonctionnaire ou l'agent se voit reconnaître un droit de retrait de son poste de travail face à un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé, sans encourir de sanction ni de retenue de traitement ou de salaire (voir schéma général à l'annexe n° 3 de la présente circulaire).

III.1. La procédure d'alerte

Le fonctionnaire ou l'agent signale immédiatement à son supérieur hiérarchique toute situation de travail dont il a un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé, ainsi que toute défectuosité dans les systèmes de protection (1er alinéa de l'article 5-1). Le signalement peut être effectué verbalement par l'agent.

A cet égard, il apparaît opportun que le comité compétent soit informé de la situation en cause.

De même, un membre du comité qui constate un danger grave et imminent, notamment par l'intermédiaire d'un fonctionnaire ou d'un agent qui a fait usage du droit de retrait, en avise immédiatement l'autorité territoriale (1er alinéa de l'article 5-2).

Dans les deux hypothèses, le signalement est par la suite inscrit de façon formalisée dans le registre spécial mentionné à l'article 5-3 et tenu sous la responsabilité de l'autorité territoriale, à la disposition des membres du comité et tout agent ayant exercé son droit de retrait. Un modèle de registre spécial figure en annexe n° 5 de la présente circulaire.

La procédure prévue aux articles 5-1 et 5-2 et explicitée au point infra III.2.2 fait suite à la procédure d'alerte.

III.2. L'exercice du droit de retrait

III.2.1. Conditions d'exercice du droit de retrait

La notion de danger grave et imminent est entendue, par référence à la jurisprudence sociale, comme étant une menace directe pour la vie ou la santé du fonctionnaire ou de l'agent, c'est-à-dire une situation de fait pouvant provoquer un dommage à l'intégrité physique ou à la santé de la personne.

- Le danger en cause doit donc être grave. Selon la circulaire de la direction générale du travail du 25 mars 1993, un danger grave est « un danger susceptible de produire un accident ou une maladie entraînant la mort ou paraissant devoir entraîner une incapacité permanente ou temporaire prolongée ». La gravité a donc des conséquences définitives ou en tout cas longues à effacer et importantes, au-delà d'un simple inconfort.
Le côté apparent n'a pas d'importance : par exemple, une jambe cassée est moins grave qu'une lordose (déviation de la colonne vertébrale) qui peut faire souffrir toute sa vie et interdire certaines activités [...]. En revanche, la notion de danger grave conduit à écarter le « simple danger » inhérent à l'exercice d'activités dangereuses par nature. Un agent ne peut pas se retirer au seul motif que son travail est dangereux². Le danger grave doit donc être distingué du risque habituel du poste de travail ou des conditions normales d'exercice, même si l'activité peut être pénible ou dangereuse;
- Le caractère imminent du danger se caractérise par le fait que le danger est « susceptible de se réaliser brutalement dans un délai rapproché. L'imminence du danger suppose qu'il ne se soit pas

² CE, 12 juin 1987, req. n° 72378, publié au Rec. Lebon. Serait illégale la clause d'un règlement intérieur obligeant le salarié à faire une déclaration par écrit, car elle lui imposerait une sujétion qui n'est pas justifiée par les nécessités de la sécurité. (CE, 11 juillet 1990, req. n° 85416, publié au Rec. Lebon).

³ Cf. <http://www.travailler-mieux.gouv.fr/Danger-grave-et-imminent.html>.

encore réalisé mais qu'il soit susceptible de se concrétiser dans un bref délai. Il convient de souligner que cette notion n'exclut pas celle de « risque à effet différé » ; ainsi, par exemple, une pathologie cancéreuse résultant d'une exposition à des rayonnements ionisants peut se manifester après un long temps de latence mais le danger d'irradiation, lui, est bien immédiat. L'appréciation se fait donc au cas par cas ».

Il y a donc danger grave et imminent, lorsque la personne est en présence d'une menace susceptible de provoquer une atteinte sérieuse à son intégrité physique ou à sa santé, dans un délai très rapproché.

Les juridictions sociales recherchent, au cas par cas, non pas si la situation de travail était objectivement dangereuse, mais si le salarié justifiait d'un motif raisonnable de penser qu'elle présentait un danger grave et imminent pour sa vie et sa santé. De ce point de vue, le danger auquel prétend échapper le salarié ne doit pas nécessairement être étranger à la personne de celui-ci.

Il est possible de se référer aux jurisprudences sociales afin de préciser la condition de croyance raisonnable en un danger grave et imminent.

Par ailleurs, le droit de retrait est un droit individuel : l'agent doit estimer raisonnablement qu'il court un risque grave et imminent pour sa santé et sa sécurité.

L'exercice du droit de retrait impose préalablement ou de façon concomitante la mise en œuvre de la procédure d'alerte telle qu'elle résulte de l'article 5-1, alinéa 1 et de l'article 5-2, alinéa 1.

III.2.2. Modalités d'exercice du droit de retrait

Le droit de retrait prévu par l'article 5-1 constitue pour l'agent un droit et non une obligation.

A la suite du signalement d'un danger grave et imminent soit par l'agent directement concerné soit par un membre du comité, notamment par l'intermédiaire d'un agent ayant exercé son droit de retrait, l'autorité territoriale procède sur le champ à une enquête.

Si le signalement émane d'un membre du comité, celui-ci est obligatoirement associé à l'enquête. La présence d'un membre du comité est cependant préconisée lors du déroulement de l'enquête, quel que soit le mode de signalement du danger grave et imminent en cause.

⁴ Cf. <http://www.travailler-mieux.gouv.fr/Danger-grave-et-imminent.html>

⁵ Cass. Soc., 28 novembre 2000, pourvoi n° 98-45.048 ; dans le même sens : Cass. Soc., 23 mars 2005, pourvoi n° 03-42.412

⁶ Il en a ainsi été décidé à propos de la demande en paiement de salaire présentée par un gardien qui avait arrêté son travail en raison d'un état de santé ne lui permettant pas le contact avec les animaux ou les produits chimiques. La cour d'appel avait rejeté sa réclamation au motif que le danger grave et imminent pour la vie et la santé du salarié doit trouver sa cause dans un motif étranger à la personne du salarié. Cette décision a été cassée sur la considération que « la condition d'extériorité du danger n'est pas exigée d'une manière exclusive par les articles susvisés » (Cass. Soc., 20 mars 1996, Bull. 1996, V, n° 107 p. 73, pourvoi n° 93-40.111).

⁷ Cf Rapport Annuel 2007 de la cour de Cassation, Troisième partie Etude « la santé dans la jurisprudence de la cour Cassation.

Certaines décisions admettent le bien fondé du retrait dans les circonstances suivantes:

- chauffeur refusant de conduire un camion ayant fait l'objet d'une interdiction de circuler de la part du service des mines Cass. Soc., 5 juillet 2000, pourvoi n° 98-43.481
- conducteur d'autobus ayant refusé de piloter un véhicule à la suspension dure alors que le médecin du travail l'avait seulement déclaré apte à la conduite d'un véhicule à suspension souple Cass. Soc., 10 mai 2001, pourvoi n° 00-43.437
- peintre-ravaleur ayant contesté la solidité de l'échafaudage sur lequel il travaillait Cass. Soc., 23 juin 2004, pourvoi n° 02-45.401;

D'autres décisions ne reconnaissent pas au salarié un motif raisonnable de se retirer du travail, notamment parce que les faits allégués n'étaient pas établis ou pas de nature à constituer un motif valable :

- salariée ayant quitté sans autorisation préalable son bureau en raison de l'existence de courants d'air et refusé de le réintégrer après s'être installée dans un autre local Cass. Soc., 17 janvier 1989, pourvoi n° 86-43.272 ;
- maçons ayant refusé d'effectuer la pose d'un plancher au 2e étage d'un bâtiment en construction au motif qu'il pleuvait et qu'il y avait du vent Cass. Soc., 20 janvier 1993, Bull. 1993, V, n° 22, p. 15, pourvoi n° 91-42.028 ;
- chauffeur ayant invoqué au cours d'un déplacement une défectuosité du système de freinage de son véhicule, informé son employeur du danger puis procédé à son retour au siège de la société sans effectuer le chargement chez un client Cass. Soc., 10 janvier 2001, pourvoi n° 99-40.294 ;
- conducteurs d'autobus s'étant retirés de l'ensemble des lignes du réseau alors que la sécurité n'était compromise que dans un seul quartier de la ville Cass. Soc., 23 avril 2003, pourvoi n° 01-44.806.

⁸ CE, 15 mars 1999, n°1835545

⁹ Cass. Soc., 9 décembre 2003, pourvoi n° 02-47.579

En toute hypothèse, l'autorité territoriale prend les dispositions propres à remédier à la situation du danger grave et imminent, le comité compétent en étant informé.

En cas de divergence sur la réalité du danger ou la manière de la faire cesser, l'autorité territoriale a l'obligation de réunir d'urgence le comité compétent, au plus tard, dans les 24 heures. L'inspecteur du travail désigné dans les conditions mentionnées au point II.2.2.3 supra, est informé de cette réunion et peut y assister à titre consultatif.

Si le désaccord persiste entre l'autorité territoriale et le comité sur les mesures à prendre, la procédure décrite au II. 2.2.2 à II.2.2.4 est mise en œuvre.

Un récapitulatif synthétique de la procédure est donnée en annexe n° 5.

III.2.3. Sanction en cas de non prise en compte de l'alerte ou du retrait (article 5-4)

En ce qui concerne les agents non fonctionnaires, l'article 5-4 du décret prévoit à leur profit le bénéfice du régime de la faute inexcusable de l'employeur tel que défini aux articles L. 452.1 et suivants du code de la sécurité sociale, dès lors qu'ils auraient été victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle alors qu'eux-mêmes ou un membre du comité avaient signalé à l'autorité territoriale le risque qui s'est matérialisé.

Ce dispositif qui relève du régime général de la sécurité sociale permet, dans les conditions posées par les articles L.452-2 à L.452-5 du code de la sécurité sociale, à l'agent victime de bénéficier d'une indemnisation complémentaire du préjudice qu'il a subi.

III.3. Les limites à l'exercice du droit de retrait (article 5-1)

D'une façon générale, le droit de retrait de l'agent s'exerce de telle manière qu'il ne crée pas pour autrui une nouvelle situation de danger grave et imminent (article 5-1 alinéa 5 du décret). Par "autrui", il convient d'entendre toute personne susceptible, du fait du retrait de l'agent, d'être placée elle-même dans une situation de danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé. Il peut donc s'agir de collègues de l'agent, mais aussi, le cas échéant, de tiers tels que les usagers du service public. Quant au caractère nouveau de la situation de danger, celle-ci peut être identique mais concerner un tiers, tel un collègue de travail ; la situation pourrait par contre présenter un contenu différent dans la mesure où elle concernerait un usager.

Par ailleurs, le droit de retrait s'exerce sous réserve de l'exclusion de certaines missions de sécurité des biens et des personnes, incompatibles avec l'exercice de ce droit.

Ces missions ont été déterminées par l'arrêté interministériel du 15 mars 2001 portant détermination des missions de sécurité des personnes et des biens incompatibles avec l'exercice du droit de retrait dans la fonction publique territoriale (JO du 24 mars 2001).

Il s'agit : pour les agents des cadres d'emplois des sapeurs-pompiers, des missions opérationnelles définies par l'article L. 1424-2 du code général des collectivités territoriales relatif aux services d'incendie et de secours ; pour les agents des cadres d'emplois de police municipale et pour les agents du cadre d'emplois des gardes champêtres et en fonction des moyens dont ils disposent, des missions destinées à assurer le bon ordre, la sécurité, la santé et la salubrité publique, lorsqu'elles visent à préserver les personnes d'un danger grave et imminent pour la vie ou pour la santé. En application de l'article 3 de cet arrêté, lorsque ces agents ne peuvent se prévaloir du droit de retrait, ils interviennent dans le cadre des dispositions des règlements et des instructions qui ont pour objet d'assurer leur protection et leur sécurité.

Fiche IV. La formation

Le décret prévoit l'organisation de plusieurs types d'actions de formation relatives à l'hygiène et à la sécurité du travail, dont les deux premières ont été traitées dans les paragraphes supra (I.4.3.3: et II.1.5)

formation des assistants et conseillers de prévention (article 4-2) ;

formation des ACFI (article 5) ;

formation de l'ensemble des agents en matière d'hygiène et de sécurité (articles 6 et 7) ;

formation des membres des CHSCT (article 8).

IV.1. La formation des agents (articles 6 et 7)

Le titre II du décret, dont les dispositions reprennent largement celles des articles L. 4141-2 du code du travail, prévoit l'obligation d'une formation pratique et appropriée en matière d'hygiène et de sécurité au profit des agents travaillant dans les collectivités locales et leurs établissements publics entrant dans le champ d'application de ce décret.

Cette formation ressort de la formation dispensée en cours de carrière telle que prévue au 2° de l'article 1^{er} de la loi n° 84-504 du 12 juillet 1984 relative à la formation.

Son organisation doit entraîner une diminution du risque professionnel car l'expérience a prouvé que certains accidents de service trouvent leur origine dans une méconnaissance ou une mauvaise appréciation des dangers auxquels un agent est susceptible d'être exposé dans le cadre de son travail.

IV.1.1. Bénéficiaires de la formation (article 6)

L'article 6 du décret prévoit les différents cas où les agents sont bénéficiaires de la formation :

- Lors de l'entrée en fonctions des agents ;
- Lorsque, par suite d'un changement de fonctions, de technique, de matériel ou d'une transformation de locaux, les agents se trouvent exposés à des risques nouveaux ;
- En cas d'accident de service grave ou de maladie professionnelle ou à caractère professionnel grave ayant entraîné mort d'homme ou paraissant devoir entraîner une incapacité permanente ou ayant révélé l'existence d'un danger grave, même si les conséquences ont pu en être évitées ;
- En cas d'accident de service ou de maladie professionnelle ou à caractère professionnel présentant un caractère répété à un même poste de travail ou à des postes de travail similaires ou dans une même fonction ou des fonctions similaires ;
- A la demande du médecin du service de médecine professionnelle et préventive, une formation à l'hygiène et à la sécurité peut également être organisée au profit des agents qui reprennent leur activité après un arrêt de travail consécutif à un accident de service ou à une maladie professionnelle.

IV.1.2. L'objet de la formation

La formation à l'hygiène et à la sécurité a pour objet d'instruire l'agent des précautions à prendre pour assurer sa propre sécurité, celle de ses collègues de travail et, le cas échéant, celle des usagers du service.

A cet effet, les informations, enseignements et instructions nécessaires lui sont données à propos notamment des conditions de circulation sur les lieux de travail, des conditions d'exécution du travail, des dispositions à prendre en cas d'accident ou de sinistre et des risques de responsabilité encourus.

1 - La formation relative aux conditions de circulation sur les lieux de travail consiste notamment à montrer à l'agent les chemins d'accès aux lieux dans lesquels il sera appelé à travailler et aux locaux sociaux, à lui préciser les issues et dégagements de secours à utiliser en cas de sinistre et, le cas échéant, à l'informer des règles de circulation des véhicules ou engins de toute nature sur les lieux du travail.

2 - La formation relative aux conditions d'exécution du travail consiste notamment à enseigner à l'agent en ayant, si possible, recours à des démonstrations, les gestes et les comportements les plus sûrs pour l'exécution de ses fonctions, à lui expliquer l'utilité des mesures de sécurité prescrites, à lui montrer le fonctionnement des dispositifs de protection et de secours et à lui indiquer les motifs de leur emploi.

3 - La formation relative aux dispositions à prendre en cas d'accident ou de sinistre consiste à préparer l'agent à la conduite à tenir en cas d'accident ou d'incendie afin qu'il puisse sauvegarder sa propre intégrité physique, celle de ses collègues de travail et, dans les services qui accueillent du public, celle des usagers.

4 - La formation relative aux responsabilités pouvant être encourues, doit permettre de sensibiliser les agents, à quelque niveau de la hiérarchie qu'ils se situent, sur les risques de mise en jeu de leur responsabilité personnelle civile, administrative ou pénale.

IV.1.3. Le contenu de la formation (article 7)

Le titre II du décret ne définit pas le contenu précis de la formation à l'hygiène et à la sécurité. En effet, en raison la diversité des situations existant dans la fonction publique territoriale, le contenu précis de la formation à l'hygiène et à la sécurité ne saurait être défini de façon générale dans un texte valable pour l'ensemble des agents. Il doit l'être au cas par cas, en tenant compte des situations spécifiques de chaque collectivité et agent.

Aussi, le titre II du décret se borne-t-il à indiquer que la formation à l'hygiène et à la sécurité doit être "pratique et appropriée", c'est-à-dire que son contenu, surtout lorsqu'il s'agit de formation relative aux conditions d'exécution du travail, est fixé en tenant compte notamment des risques auxquels l'agent est exposé, des tâches qui lui seront confiées, de sa qualification et de son expérience professionnelle.

C'est à l'autorité territoriale qu'il appartient de définir le contenu de la formation à l'hygiène et à la sécurité. Le médecin de prévention (article 16) et l'organisme compétent en matière d'hygiène et de sécurité sont associés à cette définition, la participation de l'assistant et du conseiller de prévention et de l'ACFI à cette dernière étant également souhaitable.

IV.1.4. Le rôle du CHSCT dans les actions de formation

Le comité a un triple rôle à jouer dans le domaine de la formation de l'ensemble des agents à l'hygiène et à la sécurité.

- Tout d'abord, il intervient en tant qu'organe d'impulsion puisque l'article 39 du décret dispose qu'il "suggère toutes mesures de nature... à assurer l'instruction et le perfectionnement des agents dans les domaines de l'hygiène et de la sécurité",
- Ensuite, il est consulté par l'autorité territoriale lorsque celle-ci élabore les actions de formation : il est associé à la définition du contenu général des actions de formation (article 39 du décret) ;
- Enfin, son président lui soumet chaque année "pour avis, un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail. Ce programme fixe la liste détaillée des réalisations ou actions à entreprendre au cours de l'année à venir. Il précise, pour chaque réalisation ou action, ses conditions d'exécution et l'estimation de son coût" (article 49 du décret). Au nombre "des réalisations ou actions à entreprendre au cours de l'année à venir" devraient naturellement figurer les actions de formation à l'hygiène et à la sécurité.

IV.1.5. La mise en œuvre de la formation

La formation à l'hygiène et à la sécurité est dispensée sur les lieux de travail et pendant les heures de service (article 7 alinéa 2). Le temps passé à cette formation est considéré comme temps de service.

Chaque collectivité détermine qui doit assurer ce type de formation. Dans la plupart des cas, cette formation peut être assurée par l'assistant ou le conseiller de prévention (pour ce qui est de la formation relative aux conditions de circulation sur les lieux de travail et de l'aspect formation relative aux dispositions à prendre en cas d'accident ou de sinistre) ou par le supérieur hiérarchique des intéressés (surtout pour la formation relative aux conditions d'exécution du travail), voire s'il en existe un, par le secouriste (pour ce qui est de la formation relative aux dispositions à prendre en cas d'accident ou de sinistre).

Le médecin de prévention est associé à ces actions de formation.

IV.2. La formation au secourisme (article 13)

Aux termes de l'article 13 du décret, « dans chaque service où sont effectués des travaux dangereux, un ou plusieurs agents doivent avoir reçu obligatoirement l'instruction nécessaire pour donner les premiers secours en cas d'urgence ».

Pour l'application de cet article, il sera, de préférence, fait appel à des agents qui sont déjà détenteurs du certificat de compétence « Prévention et secours civiques de niveau 1 » (PSC 1) qui a remplacé, depuis le 1^{er} août 2007 l'attestation de formation aux premiers secours (AFPS)¹⁰, du certificat de compétence « Premiers secours en équipe de niveau 1 » (PSE 1) ou de tout autre titre reconnu équivalent dans les conditions posées par le décret n° 91-834 modifié du 30 août 1991.

A défaut, une formation débouchant sur l'obtention de ces titres devra être dispensée à certains agents, soit par l'administration elle-même, si elle dispose d'une habilitation de formation, soit, si elle n'en dispose pas, par l'un des organismes agréés dans le cadre de la réglementation en vigueur et avec lequel elle passera une convention.

En outre, il apparaît souhaitable que dans chaque service n'étant pas situé à proximité immédiate d'une infirmerie, certains agents, dont le nombre sera déterminé en fonction des effectifs du service considéré, soient au moins pourvus du certificat de compétence « Prévention et secours civiques de niveau 1 » (PSC 1). A défaut, une formation débouchant sur l'obtention de cette attestation sera dispensée à certains agents.

IV.3. La formation des représentants du personnel des CHSCT (article 8)

Le décret instaure une obligation de formation au profit des représentants du personnel au sein des CHSCT. Cette obligation de formation directement inspirée de l'article L. 4614-14 du code du travail est d'une durée minimale de 5 jours, celle-ci devant intervenir au cours du premier semestre du mandat. Elle est renouvelée à chaque mandat.

Celle ci est dispensée soit par :

- un organisme agréé au niveau régional par arrêté préfectoral dans le cadre de l'article R 4614-25 du code du travail ;
- un des organismes visés à l'article 1er du décret n° 85-552 du 22 mai 1985 relatif à l'attribution aux agents de la fonction publique territoriale du congé pour la formation syndicale ;
- soit par le centre national de la fonction publique territoriale selon les modalités prévues à l'article 23 de la loi n° 84-594 du 12 juillet 2004.

La formation dispensée aura pour objectif d'initier les intéressés aux méthodes et procédés à mettre en œuvre pour prévenir les risques professionnels et améliorer les conditions de travail. Cette formation aura plus directement pour objet de développer l'aptitude à déceler et à mesurer les risques professionnels et la capacité à analyser les conditions de travail.

La formation, établie selon un programme théorique et pratique, tiendra compte des caractéristiques de la collectivité et de l'établissement concerné en matière, notamment :

- de politique de prévention des risques ;
- de risques professionnels particuliers.

Il est souhaitable que les représentants du personnel puissent être informés et consultés en temps utile sur le programme de formation prévu par la collectivité.

¹⁰ Les titulaires de l'AFPS sont considérés comme détenteurs, par équivalence, du nouveau titre

L'organisation des secours en entreprise

LA SURVENANCE d'un accident du travail, d'une détresse médicale ou d'un état pathologique dans l'entreprise nécessite la mise en place de moyens efficaces destinés à prendre en charge le plus rapidement possible la victime. L'organisation des secours passe par la mise en œuvre de moyens humains, la formalisation de la conduite à tenir en cas d'urgence ou d'accident, un dispositif d'alerte efficace et la mise à disposition de moyens de secours adaptés dans l'entreprise.

Le Code du travail fait obligation à l'employeur d'organiser dans son entreprise, les soins d'urgence à donner aux salariés accidentés et aux malades en liaison avec les services de secours extérieurs (article R.4224-16). Il appartient donc au chef d'entreprise, après avis du médecin du travail, de définir à l'avance l'organisation de ses secours internes et de ses moyens d'alerte, en cas d'accident ou d'urgence médicale. Les mesures doivent être adaptées aux risques propres à l'entreprise et tenir compte également de la taille de l'établissement, des différents acteurs présents (infirmiers du travail, sauveteurs secouristes du travail (SST), service de santé au travail autonome...) et de sa situation géographique.

Cette obligation revêt une importance particulière dès l'instant où, en cas d'accident du travail, tout défaut ou carence dans l'organisation des secours peut être fatal à la victime et engager la responsabilité pénale de l'employeur.

L'organisation des secours et la prise en charge des accidentés du travail ou des salariés malades doit reposer sur des personnes spécialement formées ou compétentes, sur la mise à disposition d'un matériel de premiers secours adapté et accessible et sur la rédaction d'un protocole interne rappelant la conduite à tenir dans ces situations (administration des soins d'urgence en articulation avec l'appel des services extérieurs de secours).

Les moyens humains : la présence de personnels spécialement formés

Les articles R.4623-32 et R.4623-33 du Code du travail fixent des obligations en personnel infirmier selon la taille des entreprises et la nature de l'activité qui y est exercée. Ainsi, un infirmier d'entreprise doit être présent dans les établissements industriels ayant un effectif compris entre 200 et 800 salariés (avec un infirmier supplémentaire par tranche de 600 salariés au-delà de cet effectif). Dans les autres établissements, la présence d'un infirmier est prévue lorsque l'effectif est compris

entre 500 et 1 000 salariés (avec un infirmier supplémentaire par tranche de 1 000 salariés au-delà de cet effectif). Dans les établissements industriels de moins de 200 salariés et dans les autres établissements de moins de 500 salariés, un infirmier est présent si le médecin du travail et le comité d'entreprise en font la demande. Lorsque l'employeur conteste la demande, la décision est prise par l'inspecteur du travail après avis du médecin inspecteur du travail.

L'infirmier d'entreprise assure, d'une façon générale, sa mission en coopération avec le médecin du travail et lui apporte son concours. Mais il peut également intervenir en matière de soins d'urgence comme le prévoit l'article R.4623-36. Du fait de sa qualification et des règles d'exercice de sa profession, le personnel infirmier peut en effet porter un jugement sur l'état de santé d'un blessé ou d'un malade, entreprendre les premiers soins et assurer l'orientation éventuelle de la victime vers les services extérieurs de secours. Aux premiers soins, peuvent s'ajouter, de plus, les prescriptions médicales éventuelles faites par le médecin du travail pour telle ou telle situation d'urgence préalablement prévue.

La présence de personnel infirmier n'est souvent cependant pas suffisante pour assurer la prise en charge des secours et des soins d'urgence. Le Code du travail impose, dans ce cas, à l'employeur de mettre en place une organisation des secours, en liaison avec le médecin du travail. La formation spécifique de salariés aux gestes d'urgence peut permettre, dans ce cadre, d'organiser un dispositif d'alerte et d'assurer les premiers secours, avant la prise en charge de la victime par les services de secours extérieurs professionnels et médicalisés. L'article R.4224-15 du Code du travail impose, en outre, la formation de secouristes dans chaque atelier où sont effectués des travaux dangereux et dans chaque chantier employant 20 personnes au moins pendant plus de 15 jours où sont effectués des travaux dangereux. Pour répondre aux obligations légales, le réseau prévention de la Sécurité sociale a mis en place un dispositif de formation

Monica Ferreira,
chargée d'études
juridiques.

particulier dénommé « sauvetage secourisme du travail » qui permet de former des salariés et de disposer dans les entreprises de personnels particulièrement sensibilisés aux risques professionnels. Ces salariés sont capables d'intervenir immédiatement et efficacement après un accident en suivant un plan d'intervention qui est décliné après un examen rapide de la victime.

La formation est sanctionnée par la délivrance d'un certificat de SST et est assurée par des formateurs certifiés (formateurs certifiés d'entreprise ou formateurs certifiés intervenant au sein d'un organisme de formation habilité) selon un programme défini dans des documents et référentiels techniques et pédagogiques qui sont mis en ligne sur le site internet de l'INRS. Dans la pratique, le Réseau prévention estime qu'il convient d'aller au-delà des obligations réglementaires faisant référence à la notion de travaux dangereux et qu'il est souhaitable que chaque petite ou moyenne entreprise soit dotée de SST. Le nombre de secouristes à former doit être adapté en fonction des effectifs et des risques propres de l'entreprise.

Enfin, l'article L. 4141-2 du Code du travail fait obligation à tout chef d'établissement d'organiser une formation pratique et appropriée en matière de sécurité au bénéfice notamment des travailleurs qu'il embauche ou qui changent de poste de travail. Cette formation doit instruire le salarié sur la conduite à tenir lorsqu'une personne est victime d'un accident ou d'une intoxication sur les lieux de travail (articles R.4141-3 et R.4141-17). Elle lui enseignera que faire en cas d'accident et qui alerter.

Un matériel de premiers secours

Le Code du travail prévoit de façon générale que les lieux de travail doivent être équipés d'un matériel de premier secours adapté à la nature des risques et facilement accessible (article R.4224-14).

Le matériel nécessaire pour donner les premiers soins aux accidentés et malades doit être soit regroupé dans un endroit précis et aisément accessible aux secouristes, soit implanté au plus près de la zone à risque (douche de sécurité par exemple près des postes de manipulation de produits chimiques).

Dans tous les cas, les locaux de premiers soins et les matériels de premiers secours doivent être balisés au moyen des panneaux de signalisation décrits dans l'arrêté du 4 novembre 1993 (forme rectangulaire ou carrée et pictogramme blanc sur fond vert).

Le matériel de premier secours qui est mis à disposition est à choisir en fonction des risques de l'entreprise (lave-œil par exemple en cas d'utilisation de produits chimiques, kit de récupération de membre sectionné en cas d'utilisation de machines à lames tranchantes) et des personnes assurant les premiers soins (personnel médical ou secouriste). Le médecin du travail conseille l'employeur dans le choix du matériel à mettre à disposition.

Dans ce cadre, l'opportunité de la mise à dispo-

Notes

1. Arrêté du 4 novembre 1993 relatif à la signalisation de sécurité et de santé au travail.
2. Circulaire MCM/TD n° 21 du 20 janvier 1997 relative à l'organisation des soins d'urgence – délivrance de médicaments dans les situations d'urgence – responsabilité des médecins du travail et des chefs d'entreprise.

sition d'un défibrillateur automatique externe (DAE) dans l'entreprise est à décider en fonction des risques propres à l'activité de l'entreprise ou de l'effectif. Un risque d'électrisation ou une grande concentration de travailleurs entraînant un risque statistique d'arrêts cardio-respiratoires subits peuvent par exemple servir d'indicateurs. Les modalités d'utilisation du DAE doivent être, dans tous les cas, prévues en amont : place dans la chaîne des secours, désignation des personnes pouvant l'utiliser, formation à l'utilisation, alerte simultanée des services de secours et conditions de maintenance...

L'utilité de la constitution d'une armoire à pharmacie ou d'une trousse de secours est, dans les mêmes conditions, à évaluer par le chef d'établissement. Il n'existe pas de liste type pour la composition de la trousse. Son contenu ainsi que celui de l'armoire à pharmacie sera fixé par le médecin du travail, qui sera chargé également d'en préciser les conditions d'utilisation et les modalités de délivrance éventuelle de médicaments en situation d'urgence. La composition de la trousse tient compte des risques liés à l'activité de l'entreprise (brûlures, plaies...) et de la formation de la personne qui l'utilisera (SST, infirmier, médecin...) La circulaire du 20 janvier 1997 rappelle que ces modalités doivent être consignées dans un protocole écrit, visé par l'employeur et présenté au CHSCT. Le médecin du travail note sur le protocole le nom de la personne habilitée à utiliser



© Guillaume J. Plisson pour l'INRS

la trousse et décrit les circonstances de son utilisation.

L'aménagement d'un local de premier secours

L'arrêté du 12 janvier 1984 relatif aux locaux et à l'équipement des services médicaux du travail impose la mise en place d'une salle de repos, dans laquelle puisse être isolé un blessé ou un malade allongé, dans les établissements dont l'effectif atteint 1 000 salariés. Cette salle doit être contiguë aux locaux médicaux afin, notamment, que le personnel infirmier puisse intervenir en cas de besoin.

En outre, l'article R.4214-23 du Code du travail, applicable lors de la construction des lieux de travail, prévoit, lui, l'aménagement obligatoire d'un local de soins dans les lieux de travail neufs, dès lors que l'effectif de salariés prévu est au moins égal à 200 dans les établissements industriels et à 500 dans les autres établissements. Ce local destiné aux premiers secours doit être facilement accessible avec des brancards et pourra contenir les installations et le matériel de premiers secours adapté.

Enfin, à proximité du local de premiers soins ou du matériel de premier secours doit être installé un dispositif d'appel destiné à alerter l'infirmière ou à défaut une structure de secours extérieure à l'établissement. La mise à disposition et l'utilisation du matériel de premier secours ne sont en effet qu'un maillon de l'organisation des secours et ne doivent en aucun cas remplacer l'appel aux services de secours d'urgence.

La rédaction de consignes d'urgence

L'organisation des secours dans l'entreprise suppose également la rédaction de consignes et de protocoles destinés à rappeler, aux travailleurs, la conduite à tenir en cas d'urgence. Le contenu de ce document doit être porté à la connaissance du personnel et facilement accessible.

Il détaille de façon générale la procédure à suivre en cas d'accident ou de sinistre : appel éventuel du service médical ; noms, fonctions et lieux de travail des secouristes ; numéros des services extérieurs de secours d'urgence à contacter ; rappel de la localisation des trousse ou du local de premiers secours et politique de transport et d'évacuation des blessés. Le numéro d'appel des secours extérieurs peut être orienté par la nature des risques spécifiques de l'entreprise (risque incendie, explosion) et par sa situation géographique (milieu urbain, distante ou non d'un service médical de réanimation...).

Dans tous les cas, l'appel systématique aux services d'aide médicale urgente (Samu) est une procédure qui permet l'appréciation la plus fiable du niveau d'urgence et l'envoi éventuel du moyen médical le plus adapté. En effet, ces services déterminent et déclenchent dans le délai le plus rapide la réponse la mieux adaptée à la prise en charge de la situation d'accident ou d'affection pathologique et peuvent même organiser, le cas échéant, le transport du blessé dans un établisse-

ment public en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transport sanitaire. Le Samu, contacté par téléphone, peut également estimer que l'état de la victime ne nécessite pas une prise en charge urgente et ne pas intervenir. Dans ce cas, le chef d'entreprise doit également prévoir, dans le protocole écrit, la procédure de prise en charge des salariés malades ou victimes d'un malaise dont l'état ne nécessite pas un transport à l'hôpital mais un retour à domicile



© Guillaume J. Plisson pour l'INRS

ou une consultation médicale ou encore des soins sans caractère d'urgence. À ce sujet, il convient de rappeler que tout transport de blessés ou de malades, effectué par un salarié de l'entreprise avec son véhicule ou un véhicule de l'entreprise, engage la responsabilité du conducteur et celle de l'employeur.

En effet, si le véhicule conduit par le salarié est impliqué dans un accident de la circulation, la victime transportée qui est blessée dans l'accident, pourra demander une réparation de son dommage auprès de l'assureur automobile du conducteur. Il convient dès lors de vérifier si le véhicule est bien assuré pour cet usage. L'état de la victime pourrait, de plus, s'aggraver pendant le transport et le salarié accompagnant n'est alors pas en mesure de secourir le blessé. Dans tous les cas, le transport par un salarié de l'entreprise doit donc être évité au profit des procédures légales : appel d'un taxi, d'un véhicule sanitaire léger (VSL) voire d'une ambulance privée...

L'article R.4224-16 du Code du travail rappelle enfin que le document rappelant les différentes consignes d'organisation des secours doit être tenu à la disposition de l'inspecteur du travail. ■



Paris, le 20 avril 2017

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

Formation aux gestes qui sauvent Remise du rapport de Patrick PELLOUX et Eric FAURE à Juliette MÉADEL sur la généralisation au plus grand nombre de la formation aux gestes qui sauvent

Le rapport de la mission de préfiguration sur la généralisation au plus grand nombre de nos concitoyens de la formation aux gestes qui sauvent a été remis de jeudi 20 avril 2017 à Juliette MÉADEL, secrétaire d'État auprès du Premier Ministre, chargée de l'Aide aux victimes. Le rapport, conduit par Eric FAURE et Patrick PELLOUX, comporte 27 propositions pour parvenir à former 80% de la population.

Face à la menace terroriste, la multiplication des crises liées au dérèglement climatique mais également aux accidents de la vie courante à l'origine chaque année de 20 000 décès et 50 000 hospitalisations, il est nécessaire que l'ensemble de nos concitoyens prennent conscience qu'ils sont acteurs de leur propre sécurité et de celle des autres.

Juliette MÉADEL, en lien avec le ministère de l'Intérieur et l'ensemble du gouvernement, a donc demandé le 10 février 2017 à Eric FAURE, président de la Fédération nationale des sapeurs-pompiers de France, et Patrick PELLOUX, Président de l'Association des médecins urgentistes de France, de conduire une mission de préfiguration sur la généralisation au plus grand nombre de nos concitoyens de la formation aux gestes qui sauvent.

Le rapport, remis ce jeudi 20 avril 2017, dresse un état des lieux de l'offre de formations déjà proposées et avance 27 propositions afin de parvenir à former 80% de la population aux gestes qui sauvent dont, notamment :

- Proposer des sessions de formation courtes pour apporter une première initiation au plus grand nombre et approfondir cet enseignement par une formation certificative
- Rendre obligatoire la formation « Prévention et secours civiques de niveau 1 » (PSC1) pour les agents des trois versants de la fonction publique, pour certains professionnels en lien avec des mineurs, des personnes âgées, ainsi que pour les professionnels de la route
- Insérer une sélection de formations déjà accessibles dans le catalogue des formations du « Compte personnel de formation » du secteur privé et dans les droits à formation des fonctions publiques »

- Pour les citoyens prenant à leur charge le coût d'une formation PSC1, intégrer cette charge dans la rubrique des charges déductibles au titre de l'impôt sur le revenu ou inscrire ce coût dans la rubrique crédit d'impôt.

-Inciter des groupes de population (élus municipaux, candidats au permis de conduire, animateurs titulaires du BAFA...) à se former aux gestes qui sauvent

-Engager une campagne d'information auprès des organismes d'accueil de jeunes volontaires en service civique concernant l'obligation de formation à la PSC1 des volontaires

- Exonérer de TVA ou réduire son taux pour le matériel de formation utilisé par les associations d'animation sociale et culturelle

- Instaurer une loi du « Bon Samaritain » afin de protéger les citoyens qui interviennent auprès de victimes de toute poursuite judiciaire

« Ce rapport doit nous permettre d'amplifier les efforts déjà engagés afin que davantage de nos concitoyens soient demain en capacité de sauver des vies. Je souhaite parvenir progressivement à la généralisation de la formation aux gestes qui sauvent et construire un socle de défense civile », déclare Juliette MÉADEL.

Contact presse au cabinet de Juliette MÉADEL :

Thierry DEL JÉSUS 06 60 47 90 38 – presse.meadel@pm.gouv.fr

SÉCURITÉ CIVILE

La Croix blanche mieux logée

La Ville a mis à disposition des bénévoles de l'association l'ancien centre de loisirs du Bord de l'eau.

Les secouristes de la Croix blanche ont pris possession de leur QG en juin, rue Paul-Bert. À quelques pas seulement de leur ancien local devenu trop vétuste. L'ancien centre de loisirs du Bord de l'eau abrite désormais, et avec facilité, les sacs de secours, défibrillateurs, mannequins, matelas coquille et autres brancards des 16 bénévoles. Un matériel précieux pour porter secours aux victimes d'accidents, d'inondations, canicule ou lors de manifestations culturelles ou sportives à Villeneuve-le-Roi et en région francilienne.

« Donner du temps pour aider »

Atablés dans la salle d'entrée, Tylian, Anaïs et Lucas savourent un café « réanimateur » après une longue nuit de garde au poste de secours du Samu 94, à Créteil. À tout moment, il faut être capable de grimper en vitesse au 5^e étage d'un immeuble en portant sur le dos un sac de secours de 7 kg... « Quand on part sur un malaise, on ne sait pas s'il s'agit d'une déshydratation, d'une chute ou d'un arrêt cardiaque. C'est l'inconnu. La Croix blanche nous permet de rencontrer des gens, de créer du lien entre bénévoles », aime Anaïs, 28 ans, infirmière de profession. Jeune sapeur-pompier de Paris, Tylian, pas encore majeur, jongle entre ses cours, sa formation et l'engagement bénévole. Avec le sourire : « Ce qui me plaît c'est de donner du temps pour aider les personnes. » Les Villeneuvois peuvent les voir à l'œuvre en de nombreuses occasions, comme à la cérémonie des Vœux du Maire, aux Jeux dans ma ville, Fête du Haut-Pays, 14-Juillet, Fêtes d'automne, où ils assurent la sécurité civile en partenariat avec la Ville.

Former aux premiers secours

Les bénévoles de la Croix blanche dispensent des formations aux futurs secouristes mais aussi aux agents municipaux et aux Villeneuvois, dans leurs locaux, à l'accueil Jules-Verne ou au Forum (lire ci-dessous). « On forme à la prévention secours civique en apprenant par exemple à prendre en charge une hémorragie externe sans aide ni matériel ou à utiliser un défibrillateur », précise Anaïs. Et de rappeler l'importance d'être présents lors d'événements comme les tournois de foot car « un arrêt cardio-respiratoire doit être pris en charge le plus rapidement possible. » Et pouvoir sauver des vies. //



Les bénévoles de la Croix blanche s'entraînent régulièrement pour porter secours aux victimes.

RENSEIGNEMENTS :

Pour devenir bénévole, il faut être âgé de 17 ans, présenter un certificat médical d'aptitude similaire à celui d'une pratique sportive. À partir d'octobre, une permanence d'accueil des bénévoles aura lieu tous les jeudis, de 17h à 19h. Croix blanche, 52 rue Paul-Bert. Tél. 07 71 14 80 68. Contact : Anaïs Doublet au 06 48 28 17 54 ou Souwann Clodion au 06 13 05 95 01. Instagram : croixblanche94

Premiers secours

- ▶ « Les gestes qui sauvent », initiation aux premiers secours comme la Position latérale de sécurité ou comment alerter les secours, à partir de 10 ans (durée : 3 h).
- ▶ PSC1 (ancien AFPS). La formation Prévention et de secours civique 1 apprend à pratiquer ou faire pratiquer les gestes de premiers secours sur une personne victime d'un étouffement, d'un malaise, d'une hémorragie, d'un arrêt cardiaque, en attendant l'arrivée des secours médicalisés.

Complémentaire avec la Croix rouge

Autre association de secourisme, la Croix-Rouge assume aussi des gardes au Samu 94 et chez les pompiers, assure le secours aux victimes lors d'événements et propose des formations. Ses bénévoles sont également engagés dans des missions d'humanitaire et d'aide sociale. Ainsi, dans ses locaux villeneuvois, la Croix-Rouge met en place un vestiaire où il est possible de faire don de vêtements et où les personnes intéressées peuvent venir les chercher. Rendez-vous le 1er mercredi de chaque mois, de 9h

à 11h30 et de 14h à 17h et le 3e mercredi de chaque mois de 14h à 17h. Dans son local ablonais, au 17 rue Auguste Duru, la Croix-Rouge gère une banque alimentaire ouverte tous les samedis, de 9h à 11h30 pour les bénéficiaires d'un papier du CCAS de leur Ville. L'association organise aussi des maraudes l'hiver ou lors de canicules.

RENSEIGNEMENTS :

La Croix-Rouge, 41 rue du Maréchal-Manoury. Contact : Élodie Thalabot au 01 45 97 79 19.



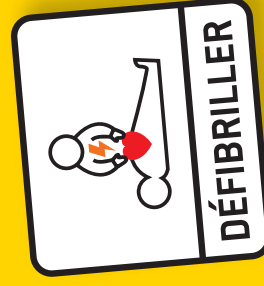
ACCÈS PUBLIC À DÉFIBRILLATION



APPELER



MASSER



DÉFIBRILLER

Guide pratique
à destination
des collectivités
territoriales

Fédération Française
de Cardiologie



En collaboration avec



ARRÊT CARDIAQUE : 1 VIE = 3 GESTES



Pr. Jacques Beaune

Cardiologue,
Président de la Fédération Française de Cardiologie

Chaque année en France, plus de 50 000 personnes sont victimes d'un arrêt cardiaque. Seules 3 % des victimes survivent. C'est bien trop peu car un arrêt cardiaque n'est pas irréversible : le cœur peut repartir si un massage cardiaque est effectué dans les toutes premières minutes, suivi d'un choc électrique si nécessaire.

Dans la rue ou à domicile, tout se joue avant l'arrivée des secours, dans les 10 premières minutes qui suivent l'arrêt cardiaque. La vie de la victime dépend donc des témoins éventuels de l'accident et de leur capacité à intervenir.

Trois gestes simples font toute la différence : appeler les secours, masser, défibriller. **3 gestes qui peuvent sauver une vie.**

Cela suppose que les Français soient bien plus nombreux à se former aux gestes de premiers secours et que de plus en plus de défibrillateurs automatisés externes – DAE – soient accessibles dans les lieux publics.

Les choses bougent : la nouvelle législation qui permet depuis mai 2007 à chaque citoyen d'utiliser un défibrillateur a incité plusieurs centaines de collectivités locales à s'équiper et à former la population. Les Français sont prêts à apprendre les gestes qui sauvent ; des formations plus simples et plus courtes sont aujourd'hui accessibles.

Ce guide pratique, conçu comme un « véritable mode d'emploi de l'accès public à la défibrillation », est destiné à tous les élus qui s'interrogent encore ou qui sont prêts à entreprendre cette démarche. Il répond à nombre de questions sur les modalités d'organisation, d'équipement, de communication et sur la responsabilité juridique de l'élu.

Nous comptons sur vous pour conduire, avec et pour vos administrés, le combat du cœur et de la vie.



Notre objectif :
multiplier
le taux de
survie actuel
par 3 en 2010
et sauver ainsi
5 000 vies
par an.



Depuis 2008, la **Fédération Française de Cardiologie s'est associée à la Croix-Rouge française et au Samu pour faire campagne** contre l'arrêt cardiaque. Deux objectifs majeurs :

- Sensibiliser le grand public au message APPELLER - MASSER - DÉFIBRILLER et l'inciter à se former aux gestes qui sauvent.
- Encourager les collectivités et les entreprises à s'équiper en défibrillateurs automatisés externes.

Nos actions : campagnes dans la presse grand public et dans la presse des élus, conférences, diffusion de brochures pédagogiques, initiations aux gestes de premiers secours.

Dans toute la France, les Associations de Cardiologie régionales, les Clubs « Cœur et Santé » de la FFC et leurs 1 600 bénévoles, ainsi que les délégations de la Croix-Rouge française sont les relais de cette campagne. La Journée Mondiale des Premiers Secours et la Semaine du Cœur, qui se déroulent chaque année en septembre, sont marquées par un grand nombre d'actions d'information et de formations gratuites dans des centaines de villes en France.

Vous voulez faire campagne dans votre ville ? La FFC propose gratuitement des supports d'information grand public sur les gestes qui sauvent et la Croix-Rouge française met à votre disposition son réseau de formateurs.

- ▶ Pour commander la documentation, un bon de commande figure en annexe de ce guide, ou consulter le site www.1vie3gestes.com
- ▶ Pour connaître la délégation de la Croix-Rouge française la plus proche : www.croix-rouge.fr

La Fédération Française de Cardiologie

Depuis 40 ans, la FFC s'efforce de réduire le nombre de décès et d'accidents d'origine cardiovasculaire. Ses principales missions sont la prévention par l'information, la recherche en cardiologie clinique et la réadaptation des cardiaques. Association reconnue d'utilité publique, elle mène ses actions sans subvention de l'État mais grâce à la générosité du public (dons et legs) ; ses dirigeants sont tous bénévoles. Elle est présente partout en France grâce à ses 26 associations régionales et plus de 190 clubs « Cœur et Santé ».

Pour en savoir plus : www.fedecardio.com



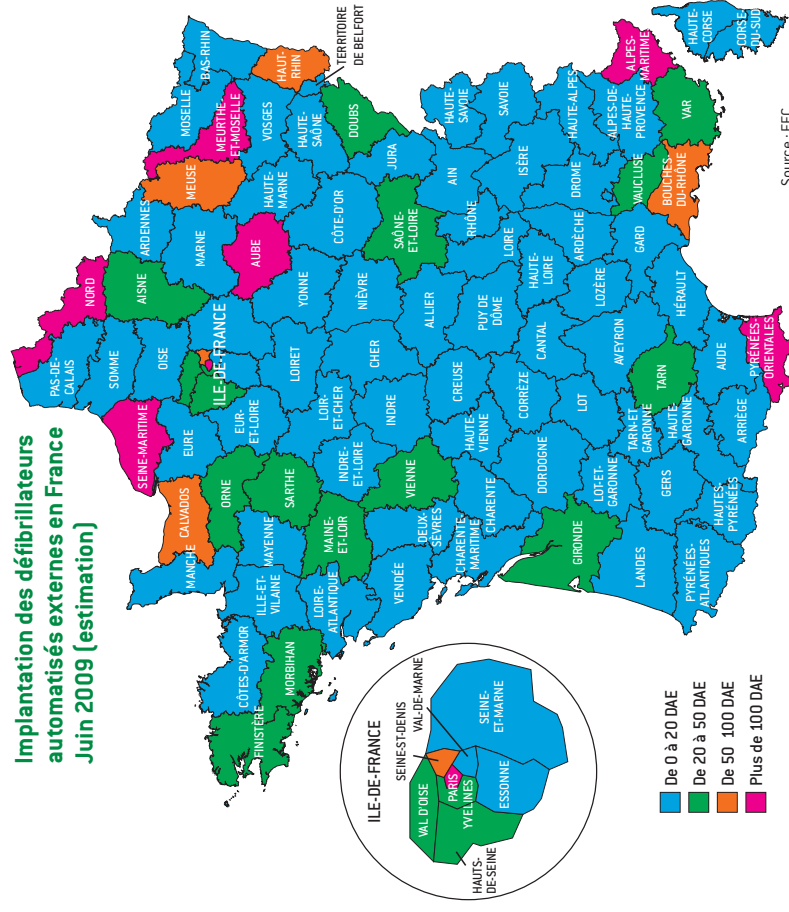
ÉQUIPER

VOTRE COLLECTIVITÉ : MODE D'EMPLOI

LES COLLECTIVITÉS PIONNIÈRES

- ▶ Marseille (13), Cornelles-le-Royal (14), Issy-les-Moulineaux (92), Luçon (85)... Toutes ces communes ont en commun d'être équipées en défibrillateurs et d'avoir initié des campagnes d'information ou de formation aux gestes qui sauvent.
- ▶ Le nombre de collectivités engagées dans la lutte contre l'arrêt cardiaque augmente depuis la signature, en mai 2007, du décret permettant l'accès à tous au défibrillateur. Comme en témoigne cette carte de France, notre pays rattrape son retard... Mais il y a encore beaucoup à faire !

Implantation des défibrillateurs automatisés externes en France Juin 2009 (estimation)



► Dès les années 80, des élus ont commencé à équiper leurs communes en défibrillateurs et à former leurs concitoyens. À l'origine de leur engagement, il y a souvent la rencontre d'un professionnel de santé, cardiologue ou réanimateur, ou d'une association de patients, avec lesquels s'est construit le projet.

Partage d'expériences

Dans le département du Nord, le Sénateur Alex Türk a lancé une campagne d'incitation à l'équipement des communes du Nord dès 2006.

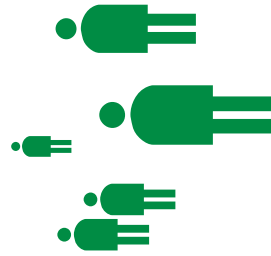


« Nous comptons aujourd'hui près de 800 DAE installés pour 400 communes. Nous devrions passer le cap des 1000 défibrillateurs en juin 2009. »



Montbard, commune de 7 000 habitants, a montré la voie dès 1988. François Sauvadet, député de la Côte d'Or, explique : « J'ai travaillé en collaboration avec le Docteur Riffier, initiateur du projet, qui a contribué à former plus de 80 % de la population de Montbard en partenariat avec la Croix-Rouge française.⁶ » Six défibrillateurs ont été installés sur la commune et le taux de survie sans séquelle a atteint 16 %.

Pour en savoir plus, www.1vie3gestes.com



LES CONDITIONS DU SUCCÈS DE VOTRE PROJET

Les recommandations publiées début 2008 par le Conseil Français de Réanimation Cardio pulmonaire – CFRC – et les retours d'expérience de villes pionnières ont servi de base à la rédaction de ce chapitre.

La confrontation entre théorie et pratique a permis de déterminer 7 étapes incontournables pour assurer une mise en œuvre réussie de ce type de projet.

ÉTAPE 1 : constituer un groupe de travail réunissant des professionnels

► **Médecins, cardiologues, intervenants des secours d'urgence** (SAMU, sapeurs pompiers) et **formateurs** composent nécessairement ce groupe de travail préparatoire. Ils apportent une vision, des conseils et des compétences précieux aux équipes municipales (police, action sociale et services techniques).

Partage d'expériences



À Marseille (800 000 habitants), le projet d'équipement en défibrillateurs a été confié au Bataillon de Marins Pompiers (BMPM), structure financée par la ville. Le Dr Daniel Meyran, chef de projet du PAD, conduit depuis 2007 un comité de pilotage composé des représentants de la ville et des structures médicales, paramédicales concernées.

À Luçon (11 000 habitants), l'adjointe à la culture, infirmière de profession, a eu l'idée du projet, concrétisé avec les délégations départementale et locale de la Croix-Rouge française. L'opération « Sauvons des vies à Luçon » a démarré en 2006, avec l'appui de tous les experts médicaux de la région et le parrainage du Pr Deloche.

Pour en savoir plus, www.1vie3gestes.com

6. « Au cœur de l'hémicycle », lettre d'information éditée par la FFC, n° 19 juillet 2008.

ÉTAPE 2 : choisir les lieux d'implantation des DAE

► La localisation des défibrillateurs et la qualité du maillage territorial sont essentielles pour l'efficacité du dispositif. En fonction des **trois critères**⁷, validés par une étude des professionnels de santé et des secours (SAMU notamment), que sont l'importance de **la fréquentation du site**, **la difficulté d'accès** (temps d'intervention des secours de 30 minutes et plus) et **le risque élevé d'accident cardiaque** (structure sportive, maison de retraite...), la priorité est généralement donnée aux gares, aéroports, centres commerciaux, places de marchés, centres villes, stades, centres sportifs, piscines et maisons de retraite.

► La localisation des appareils gagne à être étudiée en concertation avec **les équipes des secours d'urgence** (SAMU, sapeurs pompiers) et **la police municipale**, qui disposent de statistiques locales sur les lieux de survenue des arrêts cardiaques. On peut aussi faire le choix de réseaux de proximité (par exemple les pharmacies).

► Dans tous les cas, le défibrillateur peut être en **libre accès** ou uniquement à **disposition d'un personnel formé**. Ces choix d'implantation doivent intégrer le risque de vandalisme des appareils en libre accès. Un défibrillateur régulièrement dégradé perd tout son intérêt. Il faudra, dans des zones particulièrement sensibles, renoncer au libre accès pour confier le défibrillateur à des intervenants ciblés.

► Un **plan précis** de leur localisation doit être communiqué à tout les intervenants potentiels : **Services d'Incendie et de Secours – SDIS – Services d'Aide Médicale Urgence – SAMU – et les Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation – S.M.U.R.** – Ils pourront ainsi guider leur interlocuteur vers l'appareil le plus proche. Les habitants doivent également être informés de l'emplacement des DAE pour une utilisation la plus efficace et la plus rapide possible en cas de besoin.

Partage d'expérience

À Luçon, après une étude précise des lieux d'implantation, 11 appareils ont été installés dans des lieux de fort passage (mairie, lycée, centres commerciaux, stade) et un dans la voiture de la police municipale. Une entreprise locale a même acheté un DEA pour ses salariés et l'a installé à l'extérieur de son bâtiment pour en permettre un accès élargi.



Pour en savoir plus,
www.lvie3gestes.com

Partage d'expériences

À Caen (114 000 habitants), pour optimiser la couverture du territoire communal (25 km²), la ville a sollicité les pharmaciens et leurs officines. Parmi eux, 26 volontaires ont mis à disposition un espace de façade et un branchement électrique.

À Marseille, niveaux de fréquentation et facteurs de risque de lieux ont primé. La première phase s'est achevée à l'automne 2008 avec l'équipement de tous les stades et bibliothèques de quartier. Une réflexion est en cours sur l'équipement de la voie publique et l'accessibilité de nuit. Des discussions sont également engagées avec différentes entités privées ou semi privées – Port autonome de Marseille, gare SNCF, centres commerciaux... – pour étoffer le maillage territorial.

À Paris, l'équipement de la ville en DEA a été réalisé en plusieurs vagues. Les premiers défibrillateurs, 130 appareils, ont été installés dans des bâtiments municipaux – mairies d'arrondissement, gymnases et salles de sport, musées et bibliothèques –. Une centaine d'emplacements ont complété le dispositif : gares, places fréquentées, lieux touristiques...

Pour en savoir plus, www.lvie3gestes.com



ÉTAPE 3 : acheter les DAE

► La liste des fabricants, mentionnée à la fin de ce guide, est large. Outre **le choix du modèle** et du **boîtier**, détaillé plus loin, l'appel d'offre commerciale doit notamment comporter les volets concernant **la maintenance** et **la surveillance**. Ils délimitent ainsi clairement les champs d'intervention des services techniques de la collectivité et du fournisseur.

► Le site de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé – AFSSAPS – **recense les incidents de fonctionnement** de différents appareils disponibles sur le marché. Ces informations peuvent constituer une aide précieuse dans votre prise de décision.

Pour en savoir plus : www.afssaps.fr/rubrique-dispositifs-medicaux

Les questions à se poser

- L'appareil est-il facile à utiliser / à manipuler ?
- Le mode d'emploi, les schémas sont-ils clairs ? Incluent-ils une aide au massage cardiaque ?
- Quelle est la durée de garantie ?
- Quels types d'électrodes sont proposés ?
- Des électrodes à usage pédiatrique sont-elles disponibles ?
- Quel type de batterie est utilisé ? Quelle est la durée de garantie ?
- Quand et comment remplacer les consommables ? À quel coût ?
- Quelle installation choisir ?
- Un simple boîtier sécurisé avec alarme sonore ?
- Un boîtier avec une liaison avec les services de secours ?
- Le fabricant propose-t-il un boîtier sécurisé ?
- Qui prend en charge la maintenance ? À quel coût ?
- Le matériel dispose-t-il d'un système d'autotest ?
- Que comprend le prix unitaire du défibrillateur ?

⁷ Recommandations du Conseil Français de Réanimation Cardio-pulmonaire – CFRCC – Février 2008.

DAE entièrement ou semi-automatiques ?

► Le Conseil Français de Réanimation Cardio-pulmonaire, dans ses recommandations, **ne privilégie aucun modèle** car il n'existe pas de preuve scientifique démontrant la supériorité d'un modèle par rapport à l'autre. En revanche, l'Académie nationale de médecine⁸ préconise plutôt **les modèles entièrement automatiques (DEA)** pour les installations destinées au grand public.

Partage d'expérience

Dans le cadre de la démarche menée dans le département du Nord, le Sénateur Alex Türk déclare :

« Nous n'imposons pas de fabricant. Notre seul critère est l'acquisition de DEA, défibrillateurs entièrement automatiques. Les DSA, défibrillateurs semi-automatiques, accroissent le stress et le sentiment de responsabilité de l'intervenant. À quoi bon compliquer ce geste, alors qu'il existe aujourd'hui un appareil qui fait tout, tout seul ? »

Pour en savoir plus,
www.1vie3gestes.com

► Qu'il soit entièrement ou semi-automatique, **c'est bien l'appareil qui détermine la nécessité d'un choc électrique et qui règle son intensité**. L'intervenant, non professionnel, n'a aucune décision à prendre. Le massage cardiaque externe, appris dans la formation aux gestes qui sauvent, permet de réanimer le cœur et de rétablir la circulation sanguine sauvagardant ainsi le bon fonctionnement de l'ensemble des organes. Mais seul un choc électrique peut relancer un cœur arrêté en fibrillation ventriculaire.



Conditions de garantie des fabricants

Il faut dissocier le matériel et son utilisation. La garantie du fabricant l'engage à remplacer ou à réparer le matériel défectueux. Les délais de son intervention doivent être précisés, généralement entre 24 et 48 heures. Les délais de garantie peuvent varier d'un fabricant à l'autre (par exemple, de 2 à 5 ans pour l'appareil ; de 1 à 2 ans pour les consommables). L'entretien rigoureux des défibrillateurs est essentiel à la sécurité et à l'efficacité du projet. Certains fabricants intègrent cette prestation dans leurs tarifs. Les boîtiers et leurs connexions sont gérés séparément des appareils.

8. Communiqué du 30/01/07 de l'Académie nationale de médecine paru dans son Bulletin 2007, 191, n°1, pages 149 à 154.

ÉTAPE 4 : choisir le type d'installation

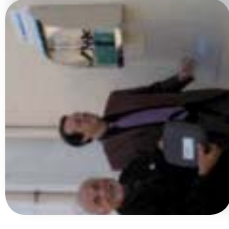
► Deux modalités d'accès à l'appareil sont possibles :

- **le libre-service** : installation de l'appareil dans un lieu public à usage des passants,
- l'installation sous **la responsabilité d'un personnel formé** à son utilisation (secouriste professionnel ou non, dûment désigné). Les deux modalités peuvent aisément cohabiter.

► Quelques fabricants proposent **des supports muraux** ou des **boîtiers** munis d'une alarme et éventuellement des boîtiers sécurisés mieux adaptés à des installations en extérieur ou accessibles au grand public. Outre la protection du matériel, ils permettent de réaliser des connexions téléphoniques ou Internet pour un suivi à distance ainsi qu'une connexion électrique que pour maintenir la température de l'appareil et protéger sa pile au lithium.

Partage d'expériences

À Caen, les DEA ont été installés dans des armoires sécurisées avec liaison téléphonique automatique avec le SAMU. Un relais Internet et des Webcams ont été mis en place pour un contrôle à distance des appareils. L'installation a été gérée par la ville, via une société d'électricité, dans le cadre d'un marché annuel avec les services techniques.



À Luçon, les DEA ont été également installés dans des boîtiers sécurisés fournis par un prestataire extérieur. Chacun est connecté à 3 fils : la liaison téléphonique avec le SAMU, le relais Internet pour un contrôle à distance et le chauffage électrique qui protège la pile du DEA des températures trop basses. Pour en savoir plus,
www.1vie3gestes.com

Défibrillateur relié au « 15 » ?⁹

L'Académie de Médecine comme le CFRC recommandent l'usage d'une borne intelligente capable d'alerter automatiquement le SAMU. Une liaison téléphonique instantanée garantit un gain de temps précieux en localisant l'accident. Elle permet aussi au témoin de converser avec un professionnel qui le guidera et le rassurera dans ses gestes. Mais ces bornes intelligentes augmentent le prix unitaire des équipements. Elles nécessitent au minimum une liaison téléphonique, voire électrique ou Internet, rendant leur installation plus complexe.

9. Recommandations du CFRC – février 2008.

ÉTAPE 5 : évaluer les coûts et financer le projet

► Budget général, budget d'action sociale, subventions d'autres collectivités ou participation de partenaires associatifs ou privés ayant vocation à soutenir les actions citoyennes... Le champ est large !

► Le coût unitaire d'un DEA ou d'un DSA, avant négociation, se situe entre 1 500 et 2 500 € HT. Il faut ajouter à ce tarif le prix du boîtier : une simple armoire murale équipée d'une alarme coûtera environ 400 € HT alors qu'un boîtier équipé d'une liaison téléphonique et d'un relais pour un contrôle à distance pourra atteindre le prix de 1 000 € l'unité. À ne pas oublier également dans le budget, le remplacement des consommables (électrodes, batterie...).

► En fonction du nombre de défibrillateurs à acquérir pour un maillage optimal de votre ville, vous aurez peut-être à lancer un marché public. L'UGAP, centrale d'achat public, pourra vous aider dans votre démarche. Son offre dans le domaine des « Équipements des services de soins médicaux » inclut désormais ce type d'appareils.

Assurance spécifique des matériels

Les garanties du fabricant ne couvrent pas le vandalisme, le vol ou une mauvaise utilisation du matériel. Les municipalités peuvent négocier un avenant au contrat d'assurance dont elles disposent déjà.

Partage d'expériences

À Marseille, la ville a dégagé un budget de 300 000 € pour l'acquisition et l'installation des DAE. Un tiers du budget a déjà été mobilisé. En achat groupé, le prix unitaire d'un appareil est d'environ 800 € ; ce prix est multiplié par deux avec l'achat et l'installation d'un boîtier fixe. La surveillance technique s'effectue par auto-contrôle ; la maintenance extérieure a été confiée au bureau Veritas.

À Caen, l'association « Cardiologie à la portée de tous » a participé au financement de 15 DEA grâce au soutien de la Fondation des Caisses d'Épargne et du Régime social des Indépendants. Les coûts de maintenance relèvent du service Hygiène et Santé.

Pour le département du Nord, le sénateur Alex Türk et la sénatrice Sylvie Desmarescaux, consacrent leur réserve parlementaire – environ 270 000 € en 2009 – pour financer à 50 % chaque DAE acheté par les communes volontaires du département.

À Luçon, le financement a été réalisé par la ville avec le concours de nombreux partenaires : Caisse d'Épargne, Crédit Mutuel, grande distribution et entreprises locales. À chaque unité d'environ 2 000 € s'ajoutent les boîtiers et leur installation comprise entre 1 000 et 1 500 €. Le Conseil général a fourni un soutien logistique.

Pour en savoir plus, www.lvie3gestes.com

ÉTAPE 6 : informer et former la population



► Quel que soit le type d'installation retenu, il est important d'apporter une **signalétique claire et visible** pour informer le public de la présence du DAE. Il existe aujourd'hui une signalétique internationale validée par l'International Liaison Committee On Resuscitation (ILCOR).

Elle peut être complétée par le sigle DAE ou tout symbole permettant d'assurer la bonne visibilité du matériel et la compréhension de son utilité. Les fabricants ont été sollicités pour adopter cette signalétique et la proposer à leurs clients.

► Les projets d'implantation de DAE doivent être soutenus par une **campagne d'information** auprès des médias locaux et des habitants afin d'assurer la visibilité du dispositif et d'accroître les connaissances du public sur les défibrillateurs. Quelle est leur utilité ? Où se situent-ils dans la ville ? ...

Le **bulletin municipal**, le **site Internet** de la ville, les **panneaux électroniques** sont des supports d'information essentiels. Ils offrent la possibilité de **maintenir l'information à jour** sur les lieux d'implantation des DAE, tant auprès de la population que de tous les intervenants concernés.

► La Fédération Française de Cardiologie met à la disposition des activités des **supports d'information** grand public conçus à la campagne Arrêt cardiaque : 1 vie = 3 gestes. Brochure, affiches, autocollants, dépliants et vidéos sont consultables sur www.lvie3gestes.com.



Autocollant et dépliant à destination des enfants



Page d'accueil du site www.lvie3gestes.com

Autocollant de la campagne

La FFC propose également aux collectivités une présentation clé en main – sous format powerpoint – pour **animer des réunions d'information** destinées au grand public. Ce document comprend des supports d'interventions qui peuvent être repris par des experts locaux et/ou les membres du groupe de travail réunis par la collectivité : cardiologue, réanimateur, formateur... Tous ces outils peuvent être commandés directement sur le site www.1vie3gestes.com ou en renvoyant par fax le bon de commande qui se trouve en p. 33 de ce Guide.



Partage d'expériences

À Caen, le magazine municipal et les médias locaux ont accompagné l'installation des DEA. Une inauguration officielle, réunissant des représentants des pharmaciens et de l'association « Cardiologie à la portée de tous » a été fortement relayée par la presse. Un dépliant représentant le plan des équipements et un guide sur l'arrêt cardiaque sont disponibles dans les mairies de quartier et sur le site Internet de la ville.

La ville de Marseille dispose d'une vidéo, réalisée par le Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence – CESU. Elle est visible sur le site Internet de la ville et a été diffusée plusieurs fois au cinéma et sur la chaîne de télévision locale. Des dépliant ont été réalisés en 2008 à l'occasion de la Foire internationale avec l'appui de la FFC. De son côté, le BMPM diffuse un DVD comprenant 3 vidéos. Une bande dessinée est en cours de préparation ; elle sera distribuée gratuitement.

Pour en savoir plus, www.1vie3gestes.com

► Implantation de DAE et formation aux gestes qui sauvent ne peuvent se concevoir séparément. Le Conseil Français de Réanimation Cardio pulmonaire – CFRC – recommande deux modules de formation : **l'Initiation aux Premiers Secours (IPS)**, premier niveau de sensibilisation accessible à tous et le module **Prévention et Secours Civiques de niveau 1 (PSC-1)**, destiné aux personnes qui souhaitent en savoir plus. L'incitation à la formation aux gestes de premiers secours est un **élément important du succès** de la démarche entreprise par la collectivité.

Plus de détails concernant la formation dans le chapitre N°3 : former aux gestes qui sauvent : clé de voute du dispositif.

Quelques idées de rendez-vous pour soutenir une campagne d'information

► **La Journée Mondiale des Premiers Secours** française en 2003, la JMPS a pour vocation d'appeler les citoyens à s'initier aux gestes de premiers secours. C'est un devoir civique et humanitaire incontournable à l'échelon international, parce que chacun d'entre nous a le don et le devoir de sauver des vies. (Date : 2^e samedi de septembre)



Le journal du Cœur

► La Fédération Française de Cardiologie et la Croix-Rouge française unissent leurs efforts pour organiser, en septembre, les « Trois week-ends du cœur », une initiative qui permet d'établir un pont entre la JMPS et la Semaine du Cœur. Cette action est menée localement par les réseaux des deux partenaires : Associations de Cardiologie et clubs Cœur et Santé pour la FFC et l'ensemble de ses délégations pour la CFR. De nombreuses municipalités apportent leur soutien à cette action, dont le succès se confirme d'année en année.

La Caravane d'été

► Pendant la saison estivale, de nombreuses animations sont proposées aux vacanciers, dont la Caravane de la Croix-Rouge française. Action itinérante, cette initiative est très populaire et rencontre toujours un franc succès notamment auprès des jeunes. Une occasion supplémentaire



de communiquer sur la démarche menée par la collectivité en termes d'équipement en défibrillateurs et d'inciter la population à se former aux gestes qui sauvent.

Partage d'expériences

À Luçon, la municipalité a diffusé des communiqués à la presse régionale et locale, repris sur son bulletin municipal et le site Internet de la ville. Des reportages télévisés ont également été programmés sur TF1, France 3 et Télé Sud Vendée. Une communication spécifique a accompagné l'installation du matériel et le lancement des formations (affiches notamment). Les partenaires, comme la Croix-Rouge française, ont aussi relayé la campagne « Sauvons des vies à Luçon ». Des dépliant et une page du « Guide de la ville » rappellent les enjeux des gestes qui sauvent.



La Communauté Urbaine du Grand Nancy a mené une grande campagne de sensibilisation auprès du public avec un affichage dans les abris bus, la diffusion de brochures et d'un film sur France 3 Région.

Pour en savoir plus, www.1vie3gestes.com



Les manifestations / événement locaux

► Chaque année en France, nombreuses sont les animations locales ou régionales proposées au grand public (foires, salons, journées des associations...). Très attendus et très fréquentés, ces rendez-vous peuvent être l'occasion de proposer des initiations aux gestes qui sauvent, d'organiser des conférences, ou d'animer un stand en distribuant de la documentation sur l'action menée par la commune.

► Les événements sportifs permettent souvent de s'adresser plus particulièrement aux jeunes, qui jouent un rôle de relais éducatif très important auprès de leur entourage. À Marseille, le BMPM s'appuie sur le marathon qui se déroule au mois d'avril. Pendant deux jours, un « village de secouristes » sert de stand de démonstration et d'information. Tout au long du parcours, des équipes de deux personnes (un marin pompier et un secouriste de la Croix-Rouge française) sont munies de DEA et répondent aux questions du public.

Partage d'expérience



À Marseille, le Dr Chibane Donati, médecin coordonnateur du PAD du BMPM, est particulièrement chargée de la mise à jour de la carte des implantations, disponible pour le grand public sur les sites internet de la ville et du BMPM. Cette carte renseigne précisément la présence d'équipements municipaux.

Pour en savoir plus,
www.1vie3gestes.com

ÉTAPE 7 : suivre et évaluer le projet

► Le suivi des utilisations et de leurs résultats permet de **vérifier la pertinence** des choix d'implantation, **d'améliorer les procédures** ou la configuration des dispositifs, **de relancer ou d'intensifier** la campagne d'information. Le suivi des installations doit s'organiser sur le long terme.

► **Analyser** les bilans d'utilisation, **déplacer** éventuellement certains appareils et **maintenir à jour une information** sur les lieux d'implantation dans tous les supports en circulation et auprès de tous les intervenants contribue au succès de l'opération. Il est possible de signaler les éventuels dysfonctionnements des DAE sur le site www.sante.gouv.fr/cerfa/dispo_med/amaterio20.pdf

► L'aspect « formation » doit également être pensé à long terme. Les spécialistes interrogés comme les contacts des villes pionnières sont unanimes : il vaut mieux **des formations courtes, répétées à intervalles réguliers** qu'un programme de formation lourd dont l'organisation et le poids financier risquent d'être contre-productifs.

► Des campagnes d'information conduites à échéances régulières sont la garantie de la « rentabilité » des équipements, d'un réel impact sur les comportements de nos concitoyens et par conséquent sur le taux de survie après arrêt cardiaque.

LA RESPONSABILITÉ DES ÉLUS, MYTHE OU RÉALITÉ ?

► **Agathe Moreau**, Avocat / Associé du Cabinet Reinhart Marville Torre, a présenté, lors du Salon des maires et des collectivités locales de novembre 2008¹⁰, son analyse de la responsabilité des élus et de leurs représentants découlant de l'installation ou de la non installation de défibrillateurs.

En l'état actuel du droit et de la jurisprudence, d'autres réflexions tentent de répondre à ces questions essentielles pour bon nombre d'élus. Car si l'assistance à personne en danger est du devoir de tous (article 223-6 du Code pénal), la mise à disposition de défibrillateurs participe de la prévention des risques qui est l'une des missions des élus.



Une responsabilité juridique très hypothétique

► La synthèse des différentes sources est claire : **la responsabilité juridique des élus est aujourd'hui incertaine en cas de non installation d'appareils**. En revanche, on peut considérer que la mise en place de ces dispositifs d'urgence répond à **la mission de sécurité publique qui incombe aux élus**.

Elle peut donc être envisagée comme une mesure nécessaire pour justement prévenir toute mise en cause de leur responsabilité pénale.

► En d'autres termes, l'élu doit, sinon par conviction au moins pour prévenir d'éventuelles poursuites, **équiper son territoire de DAE et encourager ses concitoyens** à suivre des formations adaptées.



Agir est l'option la plus sûre

► Contrairement à ce que la crainte de la responsabilité d'utilisation des appareils déjà installés peut laisser supposer, acheter des défibrillateurs, équiper sa commune, organiser des sessions d'information ou de formation

10. La contribution de Maître Moreau est disponible au format pdf sur le site www.1vie3gestes.com

aux gestes qui sauvent est sans doute le meilleur moyen d'éviter d'engager sa responsabilité. Brièvement, deux constats peuvent être analysés :

Les élus doivent assurer la sécurité dans leur commune

► Les élus ont, notamment dans le cadre de leurs pouvoirs de police, un certain nombre d'obligations afin d'anticiper les dangers. Ils ont la responsabilité de mettre en place les dispositifs adaptés à leurs manifestations (article L2213-23 du Code Général des Collectivités Territoriales, CCT). D'autre part, la loi du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile fait de tout citoyen un acteur de la sécurité. À priori, l' élu, premier citoyen de la collectivité, est concerné en premier lieu.

► De plus, même si aucune jurisprudence ne vient l'étayer, on assiste de plus en plus à une « américanisation » de notre société. Celle-ci cherche à faire endosser le préjudice individuel par le groupe : entreprise privée ou communauté publique. La commune équipée de DAE est donc moins exposée au reproche de ne pas avoir pris les mesures nécessaires pour diminuer les risques.

Il semble alors que ces points militent en faveur de l'acquisition de défibrillateurs. L'équipement en DAE est bien la meilleure parade pour anticiper une action en justice et s'exonérer de toute responsabilité.

► Mais, il faut le rappeler : « Leur acquisition [de défibrillateurs ndr], bien que très fortement recommandée, n'étant pas une obligation légale, un maire ne saurait être poursuivi en cas d'absence de ce matériel dans sa commune. » (Réponse de M. le Secrétaire d'État chargé des Sports, Bernard Laporte, à la question de la sénatrice Patricia Schillinger en séance du 5 février 2008).



Une obligation outre-Atlantique

Le Dr Daniel Meyran, coordinateur du programme d'accès public à la défibrillation mis en place par la ville de Marseille, rappelle fort justement : « À ce jour, en France comme au Canada et tout comme aux États-Unis, aucune poursuite n'a été enregistrée suite à l'utilisation d'un DAE. Par contre, aux États-Unis, des poursuites ont eu lieu pour avoir négligé la mise en place d'un programme de défibrillation. Celles-ci se sont soldées par des dédommagements financiers importants. »¹¹

Les élus ne sont pas responsables des équipements ni de leur utilisation

► Certes, le Code pénal recèle de nombreux articles (*homicides et blessures involontaires, mise en danger de la personne, etc.*) susceptibles de fonder l'action en justice d'une victime, d'un de ses proches ou d'une association à l'encontre d'un élu. Théoriquement possibles, de telles poursuites restent peu probables car leur succès repose sur l'existence prouvée d'une faute qualifiée voire aggravée. Il faut en effet que l'accusation puisse prouver que l' élu ou son représentant n'a pas accompli les diligences normales (article L2123-34 al. 1 du CCT) et que le manquement révèle une violation, manifestation délibérée ou une faute caractérisée de l' élu (article 121-3 du Code pénal). Les cas de mise en cause de la responsabilité des maires du fait de la mise en place ou de l'utilisation des défibrillateurs paraissent donc assez hypothétiques.

► Il faut rappeler également que dans cette chaîne de responsabilités, les DAE sont **des dispositifs médicaux très réglementés en matière de conformité et de maintenance**. Ils sont et doivent être gérés par des prestataires spécialisés et agréés, à même d'assurer la responsabilité des défaillances techniques éventuelles. Le contrat conclu au moment de l'achat du matériel peut donc en partie désresponsabiliser les élus.

EN CONCLUSION

► Pour le moment, aucune disposition législative ou réglementaire spécifique n'est prise concernant une responsabilité des élus face à l'implantation de défibrillateurs.

► L'installation d'un tel dispositif est une réponse citoyenne des élus qui ont pour mission et pour devoir de sécuriser leur commune et ses habitants, sans que l'installation de ces équipements ou leur utilisation ne soit de nature à leur faire encourir une responsabilité.

11. Extrait d'Accès public à la défibrillation, Ville de Marseille — Bataillon des Marins Pompiers de Marseille, 08/10/2007.

FORMER

AUX GESTES QUI SAUVENT : CLÉ DE VOÛTE DU DISPOSITIF

L'intervention dans les toutes premières minutes des témoins d'un arrêt cardiaque, avant l'arrivée des secours, est déterminante pour la survie de la victime. Formés, ils seront mieux « armés ».

Aujourd'hui, il est possible d'améliorer le taux de survie des victimes d'un arrêt cardiaque **si un maximum de Français se forment aux gestes qui sauvent**. Apprendre les bons réflexes pour réagir efficacement le moment venu, c'est facile et cela prend peu de temps.

► L'accès aux formations a été largement facilité pour le grand public. **C'est simple** : les organismes de secourisme ont simplifié les gestes de la réanimation cardio-pulmonaire. Toute personne, à partir de 10 ans, peut s'initier et être efficace en situation d'urgence. **C'est accessible** : l'initiation aux Premiers Secours (IPS) est une formation courte et facile que de nombreux acteurs du secourisme proposent partout en France, dans leurs délégations locales et régionales. **C'est rapide** : quelques heures suffisent pour apprendre les bons réflexes.

Des Français de plus en plus nombreux à vouloir se former

► Un million de personnes sont formées chaque année à l'IPS. Ces formations sont principalement assurées pendant les Journées d'Appel de Préparation à la Défense (JAPD), soit 800 000 personnes.

Pour le PSC-1, formation plus complète qui donne lieu à la délivrance d'une attestation, quatre cent mille personnes suivent cette formation chaque année. Mais ce n'est pas suffisant : ces chiffres ne représentent que 27 % de la population contre plus de 80 % dans certains pays européens comme l'Allemagne ou l'Autriche.

► Les collectivités ont un rôle important à jouer pour inciter les Français, et ce dès leur plus jeune âge, à se former aux gestes qui sauvent. L'implantation de DAE sur le territoire communal leur offre une formidable opportunité de solliciter l'esprit citoyen des habitants. Faciliter l'accès aux formations est l'un des moyens de contribuer à l'augmentation du nombre de Français formés aux gestes qui sauvent.

► Deux types de formation sont recommandés par le Conseil Français de Réanimation Cardio-pulmonaire – CFRC :

Initiation aux Premiers Secours (IPS) : pour faire face

► L'IPS est une formation courte – environ une heure – accessible dès l'âge de 10 ans. La Croix-Rouge française l'a d'ailleurs adaptée à tous les publics et à tous les milieux : personnes âgées, mal voyantes, handicapées... Comme son nom l'indique, il s'agit d'une première approche des gestes qui sauvent.

► Son principal objectif est d'apprendre à faire face à certaines urgences vitales et à préserver l'intégrité physique de la victime en attendant l'arrivée des secours. Les gestes acquis sont la protection de la victime et des témoins, l'alerte, la position latérale de sécurité de la victime inconsciente, la réanimation cardio-pulmonaire -massage cardiaque- et l'utilisation d'un défibrillateur automatisé externe.

► Ce module est le plus souvent proposé à un coût réduit par les organismes de formation.

Prévention et Secours Civiques de niveau 1 : pour se sentir plus fort

► Ce 2^e degré de formation est plus complet et permet d'appréhender les accidents du quotidien. Également accessible dès l'âge de 10 ans, il dure une dizaine d'heures réparties en demi-journées, en soirées ou en week-ends. Il donne lieu à la délivrance d'une attestation.

► Son principal objectif est de permettre l'acquisition des connaissances nécessaires à la bonne exécution des gestes destinés à préserver l'intégrité physique de la victime en attendant l'arrivée des secours. Six situations y sont abordées – étouffement, saignement abondant, victime inconsciente, arrêt respiratoire, malaise et traumatismes de différentes natures – avec les gestes de secours correspondants comme la compression en cas d'hémorragie, la désobstruction des voies aériennes, le nettoyage d'une plaie ou l'immobilisation d'un traumatisme...

► Ce module est payant, prix moyen pratiqué 60 €, avec selon les organismes, la remise d'un guide pratique et/ou d'un cd-rom.

Apprendre les gestes qui sauvent dès le plus jeune âge

► Dans beaucoup de pays, notamment du nord de l'Europe, la formation aux gestes qui sauvent est systématisée et intégrée à la scolarité.

En France, même si un décret et une circulaire d'application de 2006 rendent obligatoire la formation aux premiers secours dès l'école primaire suivie de la formation au PSC1 dans le secondaire, force est de constater que ce cadre réglementaire est loin d'être appliqué.

Comme le précise le Dr Pascal Cassan, médecin conseiller national à la Croix-Rouge française « *il n'existe pour l'heure pas assez d'harmonisation nationale. Le plus souvent, les formations assurées en milieu scolaire dépendent entièrement de la dynamique engagée par les chefs d'établissement et de l'activation de réseaux personnels locaux. Pour que les choses bougent, la demande doit venir du terrain. Pourquoi ne pas envisager de démarrer des actions dans son département pour montrer que ce type de formation fonctionne en milieu scolaire et qu'il est donc possible de les démultiplier ?* ».

► Dans le cadre de projets d'implantation de DAE, certains élus ont mis en place des sessions de formation dans les écoles primaires et les collèges de leur ville. Mais ces initiatives sont encore trop peu nombreuses au regard de l'obligation légale existante.

À quels organismes de formation s'adresser ?

► La formation aux gestes qui sauvent est aujourd'hui codifiée : elle est identique dans de nombreux pays et notamment en Europe. Elle a été simplifiée pour le grand public. En France, les 2 premiers niveaux de formation évoqués plus haut, non professionnels, sont dispensés par tous les acteurs du secourisme.



Association Nationale des Premiers Secours : www.anps.fr
Croix-Rouge française : www.croix-rouge.fr
Fédération des Secouristes Français : www.croixblanche.org
Ordre de Malte France : www.ordredemaltefrance.org
Protection civile : www.protection-civile.org

► **Pour le grand public**, les deux modules de formation recommandés par le CFRC sont proposés par la majorité des organismes de formation.

Partage d'expériences

À Lugo, l'objectif de 50 % de la population formée a été atteint avec un programme étalé sur deux ans. Les sessions grand public ont eu lieu dans deux salles polyvalentes proches l'une de l'autre ce qui a permis de concentrer l'opération sur 3 jours. De type IPS, la session durait 1 h 30 par groupe d'une dizaine de participants. Elle a mobilisé 60 formateurs de la Croix-Rouge française.

À l'occasion de la Foire Internationale de Caen en septembre 2008, des démonstrations ont été organisées par la police municipale et par la Croix-Rouge française. En 2009, la ville organise l'information de tous les élèves de CM2, collèges, lycées et leurs équipes d'encadrement. Pour mener à bien cette démarche, le service Hygiène et Santé de la ville a acquis un mannequin et un DAE de démonstration.

Pour en savoir plus, www.1vie3gestes.com

Pour des populations plus ciblées

— personnel communal ou professionnel de santé — la liste des prestataires vous est plus familière. Il est à noter que le Centre National de la Fonction Publique Territoriale – CNFPT –, dans le cadre de la cotisation des collectivités locales à la formation ou hors cotisation, est l'organisme le plus souvent sollicité en matière d'apprentissage de sécurité civile.

La Croix-Rouge française dispose également, pour tous les départements, d'une délégation dédiée à la formation professionnelle.



Démonstrations aux gestes qui sauvent sur le stand de la ville de Marseille lors de la Foire internationale (2008).

Partage d'expérience

La Communauté Urbaine du Grand Nancy a négocié un module de formation spécifique avec le CNFPT pour les petites communes. Des réunions d'information « chaîne de survie » ont été programmées.

À Caen, c'est un organisme local, le CE SA P. (Centre de Santé et de Prévention) qui a conduit un programme d'information et de démonstration pour les personnels de la police municipale et des pharmacies participantes (8 séances d'une trentaine de participants ont été organisées).

Pour en savoir plus, www.1vie3gestes.com

DOCUMENT 6



Ministère de l'action et des comptes publics

Secrétariat d'État auprès du ministre de l'action et des comptes publics

Circulaire du 02 octobre 2018

relative à la généralisation auprès de l'ensemble des agents publics des formations aux gestes de premiers secours

NOR : CPAF1825636C

Le ministre d'État, ministre de l'intérieur

La ministre des solidarités et de la santé

Le ministre de l'action et des comptes publics

Le secrétaire d'État auprès du ministre de l'action et des comptes publics

à

Mesdames et Messieurs les ministres et secrétaires d'État,

Mesdames et Messieurs les secrétaires généraux et directeurs des ressources humaines,

Mesdames et messieurs les préfets et hauts commissaires,

Mesdames et messieurs les directeurs généraux d'agence régionale de santé,

Mesdames et messieurs les présidents et directeurs d'établissements publics.

Résumé : la présente circulaire a pour objet la mise en œuvre de l'engagement du Gouvernement de former 80% des agents publics aux gestes de premiers secours avant le 31 décembre 2021.

Mots-clés : formation ; sécurité civile ; gestes qui sauvent ; premiers secours

Date d'entrée en vigueur : date de publication

À l'occasion d'un discours prononcé le 6 octobre 2017, le Président de la République a rappelé que la menace terroriste, le dérèglement climatique et les crises qu'il engendre mais aussi les accidents de la vie courante sont à l'origine chaque année de 20.000 décès et 50.000 hospitalisations.

Par l'implication de tous, il est possible de réduire les conséquences de ces accidents. C'est pourquoi le Président de la République a souhaité appeler chaque citoyen à s'engager davantage et devenir acteur de la sécurité civile. La capacité de chaque citoyen à mettre en œuvre les gestes qui sauvent revêt à cet égard un rôle déterminant.

L'objectif défini par le Président de la République, qui a été rappelé par le Premier ministre le 26 mars dernier à l'occasion de la présentation du volet « prévention » de la stratégie nationale de santé, est que **80 % de la population soit formée aux gestes de premiers secours avant la fin du quinquennat.**

La fonction publique, dans ses trois versants, se doit d'être exemplaire dans la diffusion d'une culture commune en matière de sécurité civile. De nombreux employeurs mènent depuis plusieurs années des actions en ce sens. La fonction publique hospitalière propose par exemple, depuis 2006, aux personnels non soignants des formations visant à obtenir l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgences de niveau 1 (AFGSU 1).

Une instruction conjointe du ministère de l'Éducation nationale et du ministère de l'Intérieur, en date du 24 août 2016, définit par ailleurs les modalités selon lesquelles les élèves des établissements scolaires doivent, entre autres enseignements ayant trait à la sécurité publique, être sensibilisés et formés aux premiers secours. En pratique, les élèves qui sortent du collège sont majoritairement détenteurs du certificat de compétence de prévention et de secours civiques (PSC1), avec une montée en charge de ce dispositif visant à atteindre les 100% de collégiens formés.

Cette action ne saurait cependant être suffisante pour atteindre l'objectif fixé de 80% de la population capable de pratiquer les gestes qui sauvent à l'échéance du quinquennat. C'est pourquoi les employeurs publics sont invités à se mobiliser, à travers la mise en œuvre de plans de sensibilisation et de formation, dans le but de généraliser au sein de leurs personnels la maîtrise des gestes de premier secours.

Si la mise en œuvre d'une telle ambition doit être différenciée en fonction non seulement des publics mais également des différents versants de la fonction publique, elle doit néanmoins s'appuyer sur des principes communs.

Ainsi, les formats proposés devront être adaptés à l'objectif de généralisation des formations aux gestes de premiers secours (I). Cette formation devra être proposée à tous les nouveaux entrants au sein de la fonction publique (II), notamment à travers la formation initiale, mais également aux agents déjà en poste à travers les dispositifs de formation continue (III). Les objectifs définis (IV) devront faire l'objet d'une évaluation régulière (V).

I. Le format des formations aux gestes de premiers secours :

Dans un objectif de généralisation de la formation aux gestes de premiers secours, sont considérées comme formations de référence :

- la formation « **sensibilisation aux gestes qui sauvent** » (GQS) de deux heures.
Cette formation, régie par l'arrêté du 30 juin 2017, répond aux objectifs suivants :

- assurer la sécurité de soi-même, de la victime ou de toute autre personne et transmettre au service de secours d'urgence les informations nécessaires à son intervention : protection / alerte ;
 - réagir face à une hémorragie externe et installer la victime dans une position d'attente adaptée : arrêt d'hémorragie / position d'attente / victime qui a perdu connaissance et respire ;
 - réagir face à une victime en arrêt cardiaque et utiliser un défibrillateur automatisé externe : victime qui a perdu connaissance et ne respire pas / compressions thoraciques avec utilisation du défibrillateur.
- la formation « **prévention et secours civique de niveau 1** » (PSC1) de 7 heures.
L'arrêté du 24 août 2007 modifié définit cette formation en fonction des objectifs suivants :
- assurer une protection immédiate, adaptée et permanente pour lui-même, la victime et les autres personnes des dangers environnants ;
 - assurer la transmission de l'alerte au service le plus adapté ;
 - réaliser immédiatement les premiers gestes de secours face à une personne :
 - victime d'une obstruction des voies aériennes ;
 - victime d'un saignement abondant inconsciente qui respire ;
 - en arrêt cardiaque ;
 - victime d'un malaise ;
 - victime d'un traumatisme.

Peuvent également être prises en compte les formations qui permettent d'obtenir l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgences (AFGSU niveau 1 – 12 heures - ou niveau 2 – 21 heures) et la formation de sauveteur secouriste au travail (SST - 2 jours + 4 heures), dont les programmes permettent d'établir des équivalences avec le PSC1.

Des recommandations techniques et pédagogiques relatives à la sensibilisation aux gestes qui sauvent et à la prévention et aux secours civiques sont disponibles sur le site de la direction générale de la sécurité civile et de la gestion des crises (<https://www.interieur.gouv.fr>). Toute formation qui respecte ces recommandations et en reprend intégralement le contenu est susceptible de se voir reconnaître une équivalence.

II. La formation des personnes recrutées

L'effort à réaliser pour assurer une continuité dans les formations aux gestes de premier secours portera en premier lieu sur les personnes nouvellement recrutées dans la fonction publique.

1. Le rôle des écoles de service public en formation initiale

Il est demandé à chaque école de service public, sur les trois versants de la fonction publique, d'intégrer dans les cursus de formation initiale des nouveaux fonctionnaires dont la durée est supérieure à 6 mois l'unité d'enseignement "Prévention et secours civiques" de niveau 1 (PSC1).

Cette formation sera proposée aux seules personnes qui n'ont pas obtenu précédemment le certificat de compétences correspondant. Si tel est le cas, une formation sur un format court sera proposée pour une remise à niveau.

Pour les formations initiales dont la durée est égale ou inférieure à 6 mois, la formation de sensibilisation aux gestes qui sauvent sera seule proposée.

2. La formation des personnes recrutées hors école de service public

Les agents titulaires ne bénéficiant pas d'une formation initiale délivrée au sein d'une école de service public ou les agents contractuels entrant dans la fonction publique bénéficieront a minima, dans les douze mois qui suivent leur prise de fonction, d'une formation de sensibilisation aux gestes qui sauvent. Pour les personnes qui ont déjà suivi des formations en ce domaine, cette action peut prendre la forme d'une remise à niveau.

III. La formation des personnes qui exercent déjà leurs fonctions

Pour garantir la continuité de l'effort de formation, il est en deuxième lieu demandé à l'ensemble des employeurs publics et acteurs de la formation au sein des différents versants de la fonction publique de **proposer dans leurs plans de formation des actions de sensibilisation aux gestes qui sauvent**. Ces actions s'adresseront aussi bien aux personnes qui n'ont jamais suivi la moindre formation qu'à celles pour lesquelles il est souhaité qu'un rappel soit effectué.

L'accès à ces formations sera favorisé pour toutes les personnes qui en font la demande. Chaque employeur est ainsi invité à diffuser régulièrement des informations sur l'offre disponible et à sensibiliser les supérieurs hiérarchiques pour que non seulement ils acceptent les demandes formulées par les agents, sauf nécessité de service, mais s'impliquent au niveau de leurs équipes pour les encourager à répondre à l'offre présentée.

En ce qui concerne les personnes qui ont déjà suivi la formation PSC1, le certificat de compétence reste valable sans limitation dans le temps, mais des séances de remise à niveau sont néanmoins nécessaires. Il est ainsi conseillé à tout détenteur du PSC1 de réviser régulièrement les gestes de premiers secours, et en particulier le massage cardiaque. Les personnes concernées peuvent le cas échéant solliciter à cette fin l'organisme qui les a formées, mais les employeurs sont invités à organiser des actions en ce sens.

IV. Les objectifs de formation

À l'échéance du 31 décembre 2021, l'objectif défini est que 80 % des agents de la fonction publique, dans ses 3 versants, aient suivi une formation aux gestes de premiers secours, ce quel qu'en soit le format. Toute personne qui n'a suivi aucune action de sensibilisation depuis plus de 5 ans ne peut être comprise dans la comptabilisation de cet objectif. Les personnes qui ont suivi une formation de type PSC1, AFGSU, SST ou autre sont en revanche comptabilisées, ce quelle qu'en soit l'ancienneté.

Pour la fonction publique territoriale, le Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) et les collectivités sont invités à élaborer un **plan dédié** à l'attention des agents territoriaux. Le CNFPT mettra à disposition des acteurs des kits pédagogiques pour animer des séquences « Gestes qui sauvent » et proposera selon un dispositif en cascade des formations de formateurs d'animateurs sur les gestes qui sauvent, des formations d'animateurs sur les gestes qui sauvent, ainsi que des formations s'adressant directement aux agents territoriaux.

En parallèle, il est demandé que le **volume de formations PSC1, AFGSU1 et SST s'accroisse progressivement dans les trois versants de la fonction publique**, l'objectif étant de permettre aux personnes qui ont suivi les formations de sensibilisation aux gestes qui sauvent de poursuivre leur démarche de formation en développant leurs compétences en matière de gestes de premier secours.

V. Le suivi et l'évaluation du dispositif

Afin de mesurer l'état de réalisation de cet objectif, il est demandé aux employeurs de la fonction publique d'effectuer un suivi annuel du taux de formation de leurs agents aux gestes de premiers secours.

Dans le cadre de l'évaluation du dispositif pourront être recensées et comptabilisées les formations suivies à titre personnel par les agents.

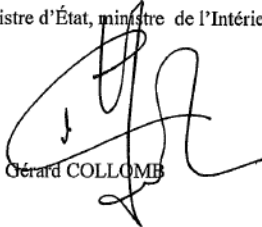
Ces évaluations seront transmises à fin de synthèse :

- à la direction générale de l'administration et de la fonction publique pour les employeurs de la fonction publique de l'Etat. Chaque ministère est responsable de la remontée des données qui doivent également intégrer les données qui concernent les établissements publics qui relèvent de son champ de compétences ;
- à la direction générale des collectivités locales et au CNFPT pour la fonction publique territoriale ;
- à la direction générale de l'offre de soins, l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) contribuant à cette remontée d'information pour l'ensemble de ses adhérents.

Les tableaux de recensement joints en annexe s'adressent aux employeurs de la fonction publique de l'État. Ils devront être consolidés et envoyés chaque année, le premier bilan devant être établi sur les actions menées en 2019.

Les employeurs des autres versants pourront s'inspirer de ces tableaux de recensement pour le suivi et l'évaluation du dispositif.

Le ministre d'État, ministre de l'Intérieur,



Gérard COLLOMB

La ministre des solidarités et de la santé,



Agnès BUZYN

Le ministre de l'action et des comptes publics,



Gérald DARMANIN

Le Secrétaire d'État, auprès du ministre de l'action
et des comptes publics,



Olivier DUSSOPT

LES AGENTS TERRITORIAUX FORMÉS AUX GESTES QUI SAUVENT

12/09/2019



Alerter les secours, masser, défibriller, traiter les hémorragies sont les gestes essentiels d'urgence qui peuvent être pratiqués lors d'accidents de la vie quotidienne ou de situations d'une gravité exceptionnelle. Ces gestes essentiels peuvent sauver de nombreuses vies puisque ces accidents sont à l'origine chaque année de 20 000 décès et 50 000 hospitalisations.

La circulaire du 02 octobre 2018 du ministère de l'Action et des comptes publics vise la formation-sensibilisation de 80 % des agents des trois versants de la fonction publique aux premiers secours.

Les employeurs publics agissent en mettant en œuvre des plans de sensibilisation et de formation aux gestes de premier secours. Deux axes d'intervention sont privilégiés :

- La formation des personnes nouvellement recrutées dans la fonction publique via les cursus de formation initiale.
- La formation des agents titulaires n'ayant pas bénéficié d'une formation initiale délivrée par une école de service public ou les agents contractuels.

Pleinement engagé auprès des collectivités territoriales et de leurs agents, le CNFPT organise déjà depuis plusieurs années les formations "Prévention et secours civique de niveau 1" ainsi que "Sauveteurs et sauveteuses secouriste du travail". Pour renforcer l'accompagnement des employeurs publics territoriaux, l'établissement va progressivement déployer la formation "sensibilisation aux gestes qui sauvent". Cette formation permettra de sensibiliser les agents aux gestes de premiers secours et préserver ainsi l'intégrité des victimes en attendant l'intervention des secours.

Pour déployer cette formation sur le territoire, le CNFPT a formé 21 formateurs et formatrices qui sont désormais chargés à leur tour de former 180 autres formateurs et formatrices secouristes habilités SST des grandes et moyennes collectivités. Ces derniers suivront ainsi le stage "Animateur ou animatrice de séquence gestes qui sauvent" durant lequel ils prendront en main le référentiel technique et pédagogique du ministère du Travail et la mallette pédagogique numérique. En s'appuyant sur ces outils, les animateurs pourront dispenser des sessions de la formation "sensibilisation aux gestes qui sauvent" de deux heures, telles que prescrites dans le cadre réglementaire, au sein des grandes et moyennes collectivités.

Les agents des petites collectivités seront formés à la "sensibilisation aux gestes qui sauvent" lors de formations organisées par le CNFPT en union de collectivités.

Suites données

Mesure(s) immédiates prise(s) pour faire cesser le danger :

La Directrice Générale des services considère qu'il ne s'agit pas d'un danger grave et imminent. Elle présentera au prochain CHSCT un plan d'action pour améliorer le dispositif de secours en cas de malaise cardiaque au sein d'Ingéville.....

CHSCT informé de ces mesures le : 25/10/2019

Mesure(s) nécessitant un délai de mise en œuvre :

Date d'échéance :

Personne chargée de la mise en œuvre :

Nom : Prénom :
Fonction / Grade :

Personne chargée du suivi :

Nom : Prénom :
Fonction / Grade :

Date de finalisation :

Suivi des mises en œuvre :

(Amélioration apportées, points restant à améliorer, autres problèmes engendrés par la mise en œuvre)

En cas de désaccord

Désaccord sur la réalité du danger	oui	non
Désaccord sur la façon de faire cesser le danger	oui	non
Description :		

Si désaccord persistant après la réunion du CHSCT dans les 24 heures

Agent Chargé de la Fonction d'Inspection sollicité	oui	non
Inspecteur du travail sollicité :	oui	non
Autres experts sollicités :	oui	non
Lesquels :		