ABRÉGÉS

Urgences en médecine du travail

J.-C. HACHET

2e ÉDITION

MASSON

NL

Urgences en médecine du travail

CHEZ LE MÊME ÉDITEUR

Du même auteur

TOXICOLOGIE D'URGENCE. Produits chimiques et industriels par J.-Ch. HACHET. *Collection Abrégés de médecine.* 1989, 200 pages, 64 tableaux.

DICTIONNAIRE DE TOXICOLOGIE CLINIQUE. Produits chimiques, industriels et polluants de l'environnement. 1992, 320 pages.

Autres ouvrages

LES ANTIDOTES, par P. BARIOT, (Nogent le Rotrou), F. BAUD, (Hôp. F. Widal), B. RIOU, (Univ. Paris VI). 1992, 252 pages, 60 figures, 32 tableaux.

PRÉCIS DE MÉDECINE DU TRAVAIL sous la direction de H. DESOILLE, J. SCHERRER, R. TRUHAUT. *Collection de Précis de Médecine.* 1992, 6e édition complétée, 2e tirage, 1336 pages, 184 figures, 218 tableaux, 4 planches h.t. en couleurs.

MÉDECINE DU TRAVAIL. APPROCHES DE LA SANTÉ AU TRAVAIL, par P. DYÈVRE, D. LÉGER, J. PROTEAU. *Collection Abrégés de Médecine.* 1994, 272 pages.

ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES par A. HARLAY. *Collection Abrégés de Médecine.* 1993, 288 pages, 36 figures, 170 tableaux.

DERMATOLOGIE PROFESSIONNELLE, par J.-M. LACHAPELLE. *Collection Abrégés de Médecine.* 1984, 152 pages, 32 figures en couleurs (16 planches).

TOXICOLOGIE INDUSTRIELLE ET INTOXICATIONS PROFESSIONNELLES par R. LAUWERYS. *Collection de Précis de Médecine.* 1992, 3e édition, 2e tirage, 712 pages, 206 figures, 11 tableaux.

TABACOLOGIE sous la direction de J. PERRIOT. *Collection Abrégés de Médecine.* 1993, 216 pages, 32 figures, 38 tableaux.

PRÉCIS DE PHYSIOLOGIE DU TRAVAIL. NOTIONS D'ERGONOMIE, par J. SCHERRER, (Paris), et collaborateurs. *Collection de Précis de Médecine,* 1992, 2e édition entièrement refondue et mise à jour, 2e tirage, 608 pages, 328 figures, 93 tableaux.

ABRÉGÉS

Urgences en médecine du travail

Jean-Charles HACHET

Préfaces par M. CARA
et D. JANNIÈRE

2e édition

MASSON

Paris Milan Barcelone
1995

ISBN : 2-225-84703-7

Masson S.A. 120, bd Saint-Germain, 75280 Paris Cedex 06
Masson S.p.A. Via Statuto, 2/4, 20121, Milano
Masson S.A. Avenida Principe de Asturias 20, 08012 Barcelona

Préfaces

Le développement de l'industrie a amené les salariés à prendre un certain nombre de risques. Le médecin du travail est là pour en informer les dirigeants et le personnel afin de les aider à prévenir les principaux accidents du travail. Malgré cet effort primordial de prévention, il n'en reste pas moins que des accidents plus ou moins graves sont toujours possibles et que, par conséquent, la médecine du travail se trouve devoir faire face à ces urgences.

Le livre très documenté du docteur Jean-Charles HACHET est un guide précieux pour tous les médecins : il apporte un nombre considérable d'informations tant sur la réglementation que sur l'organisation des secours. Organisation des secours qui, depuis la loi du 6 juillet 1986, n'est plus limitée au sein de l'entreprise mais fait appel à des structures de médecine d'urgence extra-hospitalières et hospitalières. La solution ancienne qui consistait à s'appuyer sur l'hôpital le plus proche n'est en effet plus valable maintenant compte tenu du développement de la technique médicale. Très sagement, le docteur HACHET a su éviter des cas particuliers, tels l'aviation ou la marine, qui mettent en jeu des traités internationaux (ils ont force de loi supérieure aux lois ordinaires des pays) et qui imposent une organisation trop spécifique pour justifier un développement dans ce livre déjà très important.

Il faut féliciter l'auteur de son effort car nous sommes certains que ce livre sera utile à tous les intervenants.

Professeur Maurice CARA
Membre de l'Académie Nationale de Médecine
Fondateur du SAMU de Paris

Depuis quelques années, la France est dotée d'un système d'alerte aux secours médicaux par la mise en place du réseau des SAMU. En 1994, le numéro 15, le numéro de l'Aide Médicale Urgente, est en effet disponible sur l'ensemble du territoire. C'est auprès du SAMU que chacun pourra trouver le moyen le plus adapté à son état. Le médecin régulateur pourra déléguer un médecin de garde, une ambulance, un véhicule des sapeurs-pompiers ou une ambulance sophistiquée du SMUR le plus proche.

Quelle que soit la compétence du réanimateur du SMUR, quelle que soit la qualité des soins hospitaliers, le pronostic du malade dépend largement de la rapidité et de la qualité des premiers gestes prodigués sur place.

C'est là que le livre du docteur HACHET est précieux. Il nous rappelle dans un format et une présentation agréables :

— le cadre législatif (lois, décrets, circulaires, ...) encadrant la pratique de l'urgence au sein de l'entreprise. Les obligations de l'employeur et des médecins du travail pour la formation des personnels et la mise au point des procédures d'urgence ;

— la pédagogie et le contenu de la formation des sauveteurs-secouristes du travail. Cette formation, mise au point par l'INRS, a certainement contribué à la réforme du secourisme moderne. Quelques modifications permettront de faire émerger, enfin, un secourisme de masse ;

— quelques éléments de médecine d'urgence nécessaires au médecin et à l'infirmière du travail. Il faut en effet mettre au point, en tenant compte des contraintes de chaque site, les « protocoles écrits » de soins d'urgence.

Ce livre, enfin, est un instrument indispensable de collaboration entre la médecine du travail et la médecine hospitalière des SAMU. Il permet à ces deux cultures médicales de participer à une prise en charge performante des malades les plus graves.

Daniel JANNIÈRE
Directeur du SAMU de Paris

Table des matières

Introduction

La première édition du volume « Urgences en médecine du travail » avait défini et codifié le concept de l'urgence dans le milieu du travail en analysant les conditions du bon fonctionnement du secours dans l'entreprise.

Cette deuxième édition n'est pas seulement une mise à jour mais une véritable refonte de l'ouvrage. Son contenu a été enrichi pour tenir compte de l'évolution des techniques et des nouveaux risques en milieu du travail. Elle fait le point sur les différentes actions à mener dans ce domaine de façon à donner les moyens d'intervention à tous ceux qui sont confrontés « à chaud » à l'urgence — employeurs, secouristes, infirmiers(ères), médecins du travail et à toute personne susceptible d'être présente lors de l'événement.

En guise de préalable, il convient de définir la notion même d'urgence.

On peut parler par exemple de « soins d'urgence aux victimes d'accident du travail » pour reprendre les termes exacts d'une circulaire ministérielle (n° 22 SS du 11 mars 1953). Cette expression met l'accent sur l'essentiel, c'est-à-dire sur les soins consécutifs à un accident du travail. Cependant, on doit mentionner également les secours relatifs aux urgences médicales survenant en milieu du travail mais sans aucun rapport avec les risques que comporte celui-ci.

Le mot « urgence »[1] *indique pour sa part que les premiers soins doivent être donnés sur le champ pour prévenir toute aggravation*[2] *et que l'on doit également prévoir*[3] *la possibilité d'une évacuation vers le service hospitalier le plus proche. Il s'agit par conséquent d'une démarche décisive qui ne souffre pas l'improvisation mais exige bien au contraire une préparation et une exécution minutieuses. La qualité des initiatives prises à ce moment-là est déterminante pour l'évolution ultérieure de l'état de la victime.*

Évoquer le « secours en entreprise » c'est donc étudier tout ce qui concerne, directement ou non, les soins immédiats prodigués sur place aux blessés graves ou légers sans oublier l'aide à apporter aux salariés non accidentés mais saisis de malaises plus ou moins sérieux sur les lieux de leur emploi.

---

1. A noter que les spécialistes de l'urgence utilisent souvent l'équation suivante pour la définir : $U = G \times S \times T \times VS$ S = soins (accès aux soins, outils de soins)
U = urgence T = temps d'accès au soins
G = gravité VS = Valence sociale (contraintes ou pressions sociales).
2. Ne pas oublier que les urgences moyennes sont parfois plus difficiles à gérer que les cas les plus graves.
3. Rôle de régulation du SAMU.

Nous définirons ici les conditions essentielles au bon fonctionnement du secours en entreprise.

Il faut d'abord connaître précisément les caractéristiques du milieu du travail, c'est-à-dire le contexte dans lequel on aura à intervenir en cas d'accident. L'entreprise nous apparaît, à cet égard, comme un microcosme original défini par de nombreux critères. Elle pose de ce fait des problèmes spécifiques qui demandent des solutions appropriées.

D'autres impératifs concernent les membres du personnel d'intervention. Pour pouvoir apporter — sans retard ni improvisation dangereuse — une réponse adaptée à l'urgence, ils doivent être compétents et connaître parfaitement la tâche qui leur incombe. Cela implique :

— qu'ils aient reçu au préalable la formation nécessaire. Nous ferons à ce propos deux remarques pour souligner :

- *l'importance de l'oxyologie[4]. Cette discipline doit occuper une place de premier plan dans la formation du médecin du travail,*
- *le progrès qu'a représenté pour les SST l'instauration d'un nouveau système d'enseignement;*

— qu'ils bénéficient d'un entraînement et/ou d'un recyclage réguliers pour entretenir et perfectionner le savoir initial. Cette réactualisation des connaissances permet notamment de tenir compte des changements survenus dans l'entreprise — dans les risques professionnels en particulier — ou dans les techniques de sauvetage et de secourisme.

Exécuter convenablement son travail, c'est aussi l'insérer dans un ensemble, savoir le situer par rapport à celui des autres intervenants et agir de concert avec eux. C'est une équipe — et non des individus prenant des initiatives isolées — qui doit faire face à l'urgence.

Pouvoir agir correctement au moment opportun, cela présuppose également deux autres conditions :

— que l'on dispose d'un équipement approprié aux besoins de l'entreprise. Il doit être adapté aux risques inhérents à ses activités ainsi qu'aux possibilités d'action du personnel. Il faut aussi qu'il soit régulièrement entretenu, voire renouvelé;

— qu'il existe une organisation des secours et un plan d'évacuation propres à l'établissement.

La mise en place de ce dispositif prêt à fonctionner à tout instant sera précédée d'une étude de toutes les variables susceptibles de jouer un rôle lors de l'accident.

---

4. La prise en charge, très complexe, de l'urgence constitue le domaine de l'oxyologie ou science de l'aigu. Son champ d'action est vaste puisqu'il associe la pratique de gestes simples mais efficaces pouvant être exécutés par tout sauveteur à des techniques médicales ou médico-chirurgicales très sophistiquées. Nous retrouverons dans chacun des chapitres consacrés aux urgences, la complémentarité des actions menées par les secouristes dans le premier temps et l'équipe médicale dans le deuxième temps.

On pense en premier lieu à la branche d'activité à laquelle appartient l'entreprise, aux techniques et au matériel qu'elle utilise, au nombre de SST, à l'importance de ses effectifs et à ses structures. Mais il faut également prendre en compte bien d'autres éléments comme par exemple les modalités de recrutement du personnel (stable ou mouvant), ses origines (françaises ou étrangères), les particularités du contexte local (notamment du point de vue de l'équipement hospitalier), etc.

Cette analyse tout comme l'élaboration du plan d'intervention exigent elles aussi le travail d'une équipe. Le terme de « collaboration », que l'on rencontrera tout au long des chapitres, recouvre une réalité fondamentale. Il en va de même pour celui de « coordination » qui définit quant à lui une part essentielle de la mission des responsables (dont le médecin du travail).

Un autre concept important — celui de prévention — sera également évoqué dans ces pages consacrées aux secours en soulignant la relation qui unit ces deux notions :

— au niveau des responsables : réfléchir sur les différentes éventualités d'accidents, leurs causes, leurs modalités, pour mieux réagir, c'est aussi la première étape vers une amélioration de la prévention;

— au niveau du personnel d'intervention : de par sa fonction même, il a acquis un comportement différent par rapport au risque. Plus conscient du danger que le reste des salariés, il peut jouer auprès d'eux le rôle d'agent de prévention.

Une bonne organisation des secours dans l'entreprise c'est aussi l'assurance d'une meilleure prévention des accidents du travail.

Pour traiter l'ensemble des urgences en médecine du travail, cet ouvrage s'articule autour d'un certain nombre d'éléments-clés. Avant d'analyser comment l'entreprise doit faire face aujourd'hui à l'urgence, il présente l'évolution du secourisme en général et du secourisme du travail en particulier. Car bien des données actuelles portent la marque de ce passé. Il expose ensuite les principales caractéristiques de l'entreprise (ou plutôt des différentes catégories d'établissements) considérée essentiellement par rapport au problème des accidents du travail.

Après avoir situé le milieu, il précise le rôle des hommes qui prêtent assistance aux victimes. Les uns organisent les secours, les autres donnent les premiers soins lors d'interventions plus ou moins limitées. Selon leurs compétences, tous collaborent à la mise en place d'un dispositif efficace. Celui-ci est décrit dans un chapitre ultérieur qui fait suite à l'examen de l'équipement de sauvetage et de secourisme dont doit disposer l'entreprise.

Enfin, une large part est réservée aux soins d'urgence et à la conduite à tenir — par le secouriste mais aussi par le médecin au travail — face aux principales urgences[5].

5. Urgences individuelles ou situations de catastrophe.

Ajoutons que cet ensemble est complété par une étude statistique portant sur les accidents du travail ainsi que sur la situation actuelle du sauvetage-secourisme du travail en France.

Pour conclure, nous rappelons l'importance capitale des soins d'urgence. Qu'il s'agisse de la mise en route rapide du traitement adéquat des grandes perturbations vitales ou de la prophylaxie des aggravations fonctionnelles et lésionnelles pendant le ramassage et le transport, ils engagent toujours l'avenir de la victime. Correctement assurés, ils permettent de lutter contre les risques mortels immédiats, de limiter les séquelles de l'accident et de favoriser la guérison du sujet.

Je tiens à remercier tout particulièrement :

— le professeur Jean-Charles SOURNIA, membre de l'Académie de Médecine, Président du Club Européen de la Santé, Ancien Directeur Général de la Santé ;

— le Docteur Jean GUILBAUD, Médecin Général à l'hôpital Percy de Clamart ;

— Jean-Claude CHAUSSÉE, Institut de Protection et de Sûreté Nucléaire (IPSN), Service d'évaluation et de gestion des risques ;

— l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS), en particulier Annie CHAPOUTHIER et Aline MÉNARD ;

— Pierre-Paul EDEL, Directeur du SOMIE de Paris (Médecine du Travail interentreprises).

Historique

Si les actions lancées par Henri Dunant lors de la campagne d'Italie de 1859 peuvent être considérées comme la préfiguration du secourisme, il fallut attendre 1892 pour voir apparaître une « Société de secouristes français ». On assista ensuite, lors de la guerre de 1914-1918, au développement du secourisme hospitalier avec l'« Union des Dames de France » (qui deviendra plus tard la Croix-Rouge française) et la « Société des secours aux blessés militaires ». Par la suite le problème de la formation des secouristes fut jugé secondaire et seules quelques associations philanthropiques (la « Société de secouristes français » et la « Croix-Rouge » déjà nommées mais aussi les « Hospitaliers sauveteurs bretons », etc.) s'occupèrent de leur instruction. Mais le nouvel essor du secourisme que provoqua la guerre de 1939-1945 aboutit à la création, le 17 juillet 1947, d'un brevet de sauveteur spécialiste dont l'obtention sanctionnait l'étude des soins aux asphyxiés. Plus tard, le « Service national de la protection civile » reconstitué par le décret du 17 novembre 1951 s'appliqua à développer cet enseignement qui conduisit d'abord au brevet de brancardier secouriste (créé le 30 avril 1952) puis au brevet national de secourisme (décret du 7 janvier 1966).

Le sauvetage-secourisme du travail

La première étape se situe également à la fin du XIXe siècle. Elle a été préparée par des initiatives telles que la création par Angel Dollfuss en 1867 en Alsace d'une association pour la prévention des accidents de fabrique, ce que nous nommons aujourd'hui les accidents du travail. Car se préoccuper de prévention cela impliqua également le souci de secourir efficacement les victimes. Une notion capitale apparaît avec la loi du 9 avril 1898 : celle de risque professionnel. Pour la première fois, la responsabilité du risque créé par le travail demandé aux salariés par leur employeur, incombait à ce dernier. La direction des entreprises importantes confia alors la gestion de cette charge à des compagnies d'assurance qui s'employèrent à en limiter le coût en organisant les secours et la prévention.

Dans le même temps — surtout entre les deux guerres — on observait le développement de services pilotes de médecine du travail, notamment au Gaz de France avec le docteur Barthe. Il se confirma avec la guerre. Le 1er juin 1940, il est publié une recommandation du Ministère du travail qui a

trait à l'organisation des services médico-sociaux et de sécurité dans les établissements industriels (*JO* du 9 juin 1940) :

> *«Dans les établissements occupant d'une façon habituelle 2 000 salariés au moins, le service médical sera assuré à temps complet par un ou plusieurs médecins...*
>
> *De 1 000 à 500 salariés, une infirmière au moins sera attachée à l'établissement...*
>
> *Au-dessous de 100 salariés, à défaut d'infirmière, un secouriste au moins devra être formé parmi les personnes toujours présentes dans l'établissement.»*

On constate que le texte n'aborde pas seulement le thème de la surveillance médicale des salariés mais qu'il mentionne également celui de l'organisation des secours. Il évoque en effet le rôle du secouriste en le situant doublement : par rapport aux spécialistes (médecin, personnel infirmier) et au sein d'un effectif défini avec précision.

Cette recommandation de juin 1940 déboucha sur la loi du 28 juillet 1942. Celle-ci prévoyait la création de services médicaux et sociaux du travail, mais elle ne fut que partiellement appliquée. Annulée à la Libération, elle a été remplacée par la loi du 11 octobre 1946 qui sert encore de fondement à l'organisation et au fonctionnement de la médecine du travail actuelle avec son nouveau décret d'application du 20 mars 1979. A partir de 1946, la gestion du risque «accidents du travail et maladies professionnelles» fut assurée par la Sécurité sociale et non plus par les compagnies d'assurance. Cet organisme créa alors dans chaque région des services de prévention des accidents du travail tout en se préoccupant parallèlement d'assurer aux victimes des soins d'urgence corrects et efficaces. Cela se traduisit d'abord par la distribution gratuite aux entreprises, de matériel de premiers soins (notamment pour assurer le traitement des plaies). Une deuxième mesure consista, pour le comité de gestion du Fonds de prévention, à subventionner les associations dont la vocation était l'enseignement du secourisme.

Les étapes qui suivirent se définissent par la mise au point progressive d'un système d'enseignement du secourisme de mieux en mieux adapté aux réalités de l'entreprise : il s'agit de multiplier le nombre des secouristes opérationnels et de parvenir ainsi à une organisation des secours satisfaisante.

Parallèlement, on voit se développer un mouvement destiné à promouvoir le concept essentiel de prévention en milieu de travail.

Voici donc, tant au niveau national qu'au niveau européen, les principales étapes de l'évolution de ces deux principes fondamentaux — prévention et secourisme — bases de toute politique de santé et de sécurité en milieu de travail.

☐ Le secourisme et ses grandes dates

1957 : *Mise au point par l'Institut national de la sécurité et la Sécurité sociale d'un programme de secourisme pour le monde du travail.*

1962 : *Une circulaire de la Caisse nationale de Sécurité sociale fixe de nouvelles modalités pour l'enseignement du secourisme en milieu de travail. Jusque-là, la Sécurité sociale ne disposait d'aucun pouvoir de contrôle sur les organismes d'enseignement. Désormais :*
— ces associations doivent signer une convention nationale avec l'Institut national de la sécurité ;
— seules les CRAM (Caisses régionales d'assurance maladie) peuvent délivrer un certificat de secourisme en milieu de travail.

1966 : *Au moment de l'institution du brevet national de secourisme, on envisage la création d'une mention « secourisme du travail ». Le projet sera abandonné par la suite. Le programme du sauvetage-secourisme du travail reste un condensé de celui du brevet national de secourisme. La durée de la formation — de 15 à 20 heures en principe — peut atteindre 30 à 40 heures. Aucun recyclage n'est envisagé en milieu du travail.*

1968 : *L'Institut national de la sécurité devient l'INRS (Institut national de recherche et de sécurité).*

1969-1970 : *Une enquête est lancée auprès de différentes CRAM pour dresser un bilan portant sur le comportement des sauveteurs-secouristes du travail. Celui-ci est plutôt inquiétant : si bon nombre d'entre eux restent inefficaces, certains se révèlent même dangereux car ils se livrent à des interventions intempestives qui aggravent encore l'état des victimes.*

1971 : *Élaboration d'un programme-type d'intervention (dit en 8 heures) en cas d'accident, par un groupe de spécialistes : deux médecins, cinq contrôleurs de sécurité également moniteurs nationaux de secourisme (les objectifs, le contenu et la pédagogie de ce programme seront étudiés dans le chapitre consacré aux sauveteurs-secouristes du travail).*

1972-1973 : *Expérimentation de ce programme, notamment en Aquitaine. Pour compléter la formation, on prévoit trois recyclages de deux heures chacun à six mois d'intervalle.*

1974 : *La nouvelle formation est étendue à tout le territoire.*

1975 : *Un certain mouvement en faveur du service SCT, Sécurité et Conditions de Travail, se concrétise grâce à l'accord cadre du 17 mars art. 22 recommandant que « chaque fois que les effectifs et la nature des travaux le justifient » soit créé un service sécurité.*

1978 : *La nouvelle formation est adoptée par la Protection Civile pour les candidats au permis de conduire.*

1979 : *L'article R. 231-37 du décret n° 79-228 du 20 mars donne des précisions sur le contenu, en matière de secourisme, de la formation des travailleurs à la sécurité dans l'entreprise (prévue par la loi n° 76-1106 du 6 décembre 1976). Le décret n° 79-231, du 20 mars également, indique pour sa part que le médecin du travail est obligatoirement associé à cette formation ainsi qu'à celle des sauveteurs-secouristes du travail (art. R. 241-42).*

1980 : *Les arrêtés du 18 novembre, vu le décret n° 77-17 du 4 janvier 1977 relatif à l'enseignement et à la pratique du secourisme, définissent l'initiation aux gestes élémentaires de survie ou GES.*

1982 : *Le décret n° 82-453 du 28 mai intitulé « Hygiène et sécurité du travail et prévention médicale dans la fonction publique » (complété ultérieurement par celui du 23 novembre 1983) met fin à la dispense dont bénéficiaient les administrations et établissements publics quant aux obligations prévues en matière d'hygiène et de sécurité du travail, et instaure des comités d'hygiène et de sécurité ou CHS dans la fonction publique d'État.*

La loi n° 82-1097 du 23 décembre donne naissance au CHSCT, comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, et confie à cette nouvelle instance les moyens nécessaires à l'exercice de larges attributions en matière d'hygiène et de prévention des accidents de travail (art. L. 236-1 à L. 236-13).

Elle introduit l'article L. 236-12 stipulant que des décrets en Conseil d'État adapteront les dispositions relatives aux CHSCT aux administrations et établissements publics de l'État et des collectivités territoriales, ainsi qu'aux entreprises ou établissements où le personnel est dispersé, et ceux opérant sur un même site, dans un même immeuble ou un même local.

Elle prévoit également (art. L. 231-2) la création d'organismes de branche, « organismes professionnels d'hygiène de sécurité et des conditions de travail constitués dans les branches d'activité à haut risque ». L'article L. 231-2 ne trouvera malheureusement son application que dans un seul domaine, celui du Bâtiment et des Travaux publics.

1983-1984 : *Le décret n° 83-844 du 23 septembre 1983 associé à la circulaire du 25 octobre 1983 et le décret n° 84-981 du 2 novembre 1984 associé à la circulaire du 14 mai 1985, donnent toutes précisions relatives au CHSCT ainsi qu'à la formation de ses membres (art. R. 236-1 à R. 236-22 remplaçant les anciens articles R. 231-1 à R. 231-11).*

1985 : *Le décret n° 85-603 du 10 juin introduit par l'article L. 236-12 et la loi du 23 décembre 1982, étend le CHSCT à la fonction publique territoriale.*

Le décret du 4 juillet pris en application de l'article L.231-2 (loi n°82-1097 du 23 décembre 1982) constitue l'OPPBTP, organisme professionnel de prévention du Bâtiment et des Travaux Publics, (dont les fondements avaient été posés par l'arrêté du 9 août 1947), auquel doivent adhérer toutes les entreprises du Bâtiment et des Travaux Publics.

La loi n° 85-10 du 3 janvier (art. L. 231-1) prévoit que des décrets en conseil d'État pourront adapter les dispositions du Code du travail relatives aux CHSCT aux conditions particulières de fonctionnement des « établissements publics à caractère industriel et commercial et des établissements publics déterminés par décrets qui assurent tout à la fois une mission de service public à caractère administratif et à caractère industriel et commercial lorsqu'ils emploient du personnel dans les conditions de droit privé », assurant ainsi à leurs salariés les mêmes garanties de sécurité.

Ainsi, le décret du 19 juillet qui fixe la réglementation au Ministère de la Défense en matière d'hygiène, de sécurité et de prévention des accidents de travail et des maladies professionnelles, prévoit pour le personnel civil la création de CHSCT dans les établissements dont l'importance des effectifs ou la nature des risques professionnels le justifient (arrêté du 22 juillet 1985).

De même, le décret n° 85-946 du 16 août introduit les CHSCT (art. R. 236-23 à R. 236-29) dans les établissements ressortissant du Code de la Santé Publique (art. L. 792) et les syndicats interhospitaliers.

Le décret n° 82-155 du 4 novembre, pris en application de l'article 9 de la loi du 23 décembre 1982, adapte les dispositions réglementaires du Code du travail concernant les CHSCT aux entreprises d'armement maritimes (art. R. 742-8-1 à R. 742-8-13).

1987 : *Le décret n° 87-113 du 12 février étend l'obligation d'instituer des CHSCT aux exploitations de mines et carrières (art. R. 711-9 à R. 711-13).*

1991 : *La loi n° 91-1 du 3 janvier prévoit l'institution de commissions d'hygiène et de sécurité dans les établissements d'enseignement technique et professionnel (art. L. 231-1).*

Le décret n° 91-1194 du 27 novembre pris en vertu de cette loi en adapte les modalités d'application en fonction des particularités propres aux établissements.

La loi n° 91-1414 du 31 décembre prise en application des directives européennes en matière de santé et de sécurité au travail, et transposant celles-ci en droit français, vient

modifier la loi n° 82-1097 du 23 décembre 1982, instigatrice des CHSCT, par divers textes législatifs ou réglementaires.
Le décret n° 91-843 du 30 août définit l'attestation de formation aux premiers secours ou AFPS ainsi que le brevet national des premiers secours ou BNPS (équivalent de l'ancien BNS) validant cette formation.

1992 : *Le décret n° 92-514 du 12 juin vient modifier et compléter celui du 30 août par l'institution d'un brevet national de moniteur des premiers secours (dont le programme sera défini par l'arrêté du 8 juillet) et la création d'une Commission nationale de secourisme.*
Enfin, l'institution, en vertu du décret n° 92-1195 du 5 novembre, d'un brevet national d'instructeur de secourisme assure la formation des moniteurs des premiers secours et le contrôle de leur enseignement.
La loi n° 92-1179 du 2 novembre confie au CHSCT un rôle de prévention en matière de harcèlement sexuel.
A la faveur de l'article L. 236-12 introduit par la loi n° 82-1097 du 23 décembre 1982, le décret n° 92-158 du 20 février détermine les prescriptions particulières d'hygiène et de sécurité applicables aux travaux effectués dans un établissement par une entreprise extérieure (art. R. 237-1 à R. 237-28), et fixe les compétences spécifiques du CHSCT de l'entreprise utilisatrice (art. R. 237-26 et R. 237-27) et celles du CHSCT de l'entreprise extérieure (art. R. 237-28).

1993 : *Le décret n° 93-449 du 23 mars établit la liste des documents devant être soumis au CHSCT (art. R. 236-10-1 nouveau) selon les règles définies par l'article R. 236-8, d'une part à titre consultatif, d'autre part à titre informatif.*
La circulaire n° 93/15 du 25 mars relative à l'application de la loi n° 82-1097 du 23 décembre 1982 modifiée par la loi n° 91-1414 du 13 décembre 1991 vient remplacer celle du 25 octobre 1983, et donne toutes précisions relatives au fonctionnement, missions et prérogatives du CHSCT.

1992-1993 : *L'année européenne « pour la sécurité, l'hygiène et la santé sur le lieu du travail » donnera lieu à de nombreuses manifestations tant au plan national qu'au plan régional.*
Ainsi, parmi les plus significatives peuvent être citées :
— le salon « Protech », environnement, protection sécurité (13-16 mars à Alès) présentant les mesures européennes prises dans le domaine santé-sécurité;
— le Festival de Communication du Creusot (avril 1992);
— la Rencontre Européenne de Médecine du Travail à Nantes (juin 1992);
— le 3e Forum International Travail-Santé ou FITS organisé à Paris les 8 ou 9 septembre 1992 par le Ministère du Travail et la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie;

— lui faisant suite, 19 forums régionaux organisés d'octobre 1992 à janvier 1993 dans 19 régions par les directions régionales du travail et de l'emploi et les Caisses régionales d'Assurance Maladie afin d'adapter à l'échelle régionale les mesures européennes et nationales;
— la Foire-exposition de Mantes-la-Ville (12-20 septembre 1992);
— un colloque de la société de Médecine, d'Hygiène et de Sécurité au travail à Strasbourg (25 septembre 1992);
— un colloque de L'Union des Industries Chimiques (15 octobre 1992);
— les Entretiens de La Rochelle (19 et 23 octobre 1992) :
— un colloque international du Comité AISS recherche à Strasbourg (22 et 23 octobre 1992);
— le Forum Travail-Sécurité à Mantes-la-Ville (9-15 novembre 1992);
— la diffusion d'un magazine audiovisuel sur la Médecine du Travail sur la télé locale 8 Mont Blanc (19 novembre 1992);
— le Forum « Sciences et Sécurité » du CNRS à Strasbourg (9 et 11 décembre 1992);
— un colloque européen sur « les collectivités territoriales et la sécurité » (Lyon février 1993);
— les journées-débats sur les pratiques européennes de prévention par l'association Villermé (INT Lyon 15-17 février 1993).
Dans le cadre de ces manifestations de l'année européenne, les entreprises de l'industrie, du BTP et des services sont invitées à concourir pour l'obtention du prix Albert Thomas, décerné en février 1993 par le Ministre du Travail dans chacune de ces branches à une PME et une grande entreprise ayant mené une politique performante en matière de prévention et sécurité (et obtenu des taux de fréquence et de gravité des accidents du travail inférieurs à la moyenne de la branche.)
L'année européenne 1992-1993 aura ainsi été l'occasion de nombreuses mobilisations et initiatives, suscitant une prise de conscience collective dont les effets bénéfiques sont espérés se poursuivre sur bien des années encore…

☐ **Le secourisme au niveau européen :**

1967 : *Le Conseil de l'Europe intègre à son programme de travail inter-gouvernemental le concept de « l'humanisation des mesures destinées à protéger la santé des travailleurs sur les lieux du travail ».*

1972 : *Lors de sa réunion du 18 février, le comité des ministres adopte la résolution R. 72-5 définissant les principes d'organisation et de fonctionnement des services de médecine du travail.*

Afin de promouvoir l'importance du rôle des services de sécurité, « rôle complémentaire à celui du médecin du travail », les ministres mettent en œuvre l'élaboration d'une étude comparative intitulée « Fonctions et statuts des services et ingénieurs de sécurité ».

1972-73-75 : *L'Autriche, la RFA, et la Belgique instaurent respectivement un service de sécurité obligatoire dans leurs entreprises.*

1976 : *La résolution R. 76-1 prise en Conseil du 20 janvier recommande aux états membres la création de services de sécurité.*

1977-1978 : *Deux propositions de loi visant à institutionnaliser le service de sécurité dans les entreprises françaises sont bloquées au niveau du ministère.*

1978 : *L'élaboration au Conseil du 29 juin d'un programme d'action européen en matière de santé et de sécurité sur le lieu de travail pose la première pierre d'une politique communautaire destinée à améliorer le degré de sécurité pour l'ensemble des travailleurs de la CEE.*

A cet effet, et à la suite de la publication d'études révélant la présence d'angiosarcomes chez les travailleurs exposés, est adoptée la directive 78/610/CEE instaurant la protection sanitaire des travailleurs contre les risques présentés par le chlorure de vinyle monomère. Elle sera d'ailleurs la première directive fixant des valeurs limites d'exposition.

1979 : *Le 27 mars, l'association internationale de l'inspection du travail organise à Paris un colloque sur le thème « objectifs prioritaires pour la prévention des risques ».*

1980 : *Adoption de la directive cadre 80/110/CEE du 27 novembre visant à protéger les travailleurs contre les risques liés à une exposition à des agents chimiques, physiques et biologiques pendant le travail (art. 100). Modifiée ultérieurement par la directive 88/642/CEE du 16 décembre 1988, elle donnera naissance*

• à plusieurs directives particulières concernant les risques d'exposition :
— au plomb directive 82/605/CEE;
— à l'amiante directive 83/477/CEE;
— au bruit directive 86/188/CEE;
— aux amines aromatiques directive 88/364/CEE;
• et en 1991 à la directive 91/322/CEE fixant des valeurs limites d'exposition professionnelle.

1984 : *La recommandation n° R.84-24 sur la contribution de la Sécurité Sociale aux mesures préventives consacre une rubrique spécifique à la prévention des accidents de travail et maladies professionnelles.*

Faisant suite au programme du 29 juin 1978, le Conseil du 27 février élabore un deuxième programme visant à ce que fin

1988 des améliorations soient apportées dans des domaines concernant :
— la prévention en milieu de travail (mesures ergonomiques, mesures de protection contre les substances et les situations dangereuses);
— la mise en place et le rôle de conseillers en ce domaine, notamment dans les petites et moyennes entreprises;
— la formation et l'information des travailleurs en matière de santé et de sécurité;
— l'élaboration de données statistiques concernant les accidents et maladies professionnelles;
— la recherche et la coopération au niveau communautaire en matière de santé et de sécurité en milieu de travail.

1986 : *La loi du 6 janvier 1986 portant création des SAMU, leur donne pour mission de « porter les secours médicaux en quelqu'endroit que soit la victime ».*
La signature, le 1er décembre par les douze pays membres de la CEE d'un Acte Unique Européen, expression d'une politique commune de prévention et de santé sur le lieu de travail, met en œuvre un nouveau programme d'action (sécurité et ergonomie, santé et hygiène, information et formation, initiatives spécifiques pour les PME, dialogue social) à réaliser d'ici le 31 décembre 1992.
Cet Acte Unique Européen ajoute au Traité de Rome les articles 118 A et 100 A qui constitueront les bases juridiques de l'intégration et de l'harmonisation des conditions de travail selon un système de prescriptions minimales à haut niveau sécuritaire.

1987 : *La Commission Européenne confirme par une nouvelle résolution les options du programme du 29 juin 1978.*

1988 : *Et, donnant suite à ce programme du 29 juin 1978, elle présente au Conseil du 11 mars une proposition directive prévoyant la création de services de prévention.*

1989 : *Lors du Conseil du 12 juin, la directive cadre 89/391/CEE, s'inspirant de la résolution R. 76-1 du 20 janvier 1976 adopte les services de sécurité.*
De cette directive cadre découleront diverses directives particulières fixant des « prescriptions minimales de sécurité et de santé » et couvrant l'ensemble des risques auxquels peuvent être exposés les travailleurs.
— pour les lieux de travail : 1re directive particulière 89/654/CEE;
— pour les équipements de travail : 2e directive particulière 89/655/CEE;
— pour les EPI : 3e directive particulière 89/656/CEE;
— pour la manutention manuelle : 4e directive particulière 90/269/CEE;

— pour les écrans de visualisation : 5e directive particulière 90/270/CEE;
— pour les agents cancérigènes : 6e directive particulière 90/394/CEE;
— pour les agents biologiques : 7e directive particulière 90/679/CEE;
— pour les chantiers temporaires ou mobiles : 8e directive particulière 92/57/CEE;
— pour la signalisation : 9e directive particulière 92/58/CEE;
— pour les femmes enceintes : 10e directive particulière 92/85/CEE;
— pour les industries extractives par forage : 11e directive particulière 92/91/CEE;
— pour les industries extractives à ciel ouvert : 12e directive particulière 92/104/CEE;
D'autres directives viendront encore, ainsi :
— la directive 91/383/CEE du 25 juin 1991 concernant le travail temporaire;
— la directive 92/29/CEE du 31 mars 1992 concernant l'assistance médicale à bord des navires.
Afin de concrétiser les programmes du 29 juin 1978 et du 1er décembre 1986, et de réaliser au cœur de l'entreprise une Europe 1992 de l'ergonomie, de l'hygiène et de la sécurité, la directive cadre 89/391/CEE du 12 juin 1989 aura posé les lignes maîtresses de la mise en place et de l'harmonisation des « mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs sur le lieu de travail ».

1992 : *C'est dans cette continuité que s'ouvre le 12 mars à Lisbonne l'année européenne pour la sécurité, l'hygiène et la santé sur le lieu de travail, mobilisant ainsi l'opinion publique par une vaste campagne de sensibilisation en faveur d'une amélioration de la sécurité et de la santé au travail.*
Au mois de juin se tient à Nantes la Rencontre Européenne de Médecine du Travail.

1993 : *Enfin, du 26 septembre au 2 octobre, le Congrès International de Santé au Travail, réunissant à Nice 4 000 spécialistes de 88 pays, révèle la suprématie incontestable du système français de Médecine du Travail, et engage cette dernière dans la voie d'une plus large contribution à l'amélioration de la Santé Publique.*

1

Les entreprises

CLASSIFICATION, EFFECTIFS ET RÉPARTITION

On peut distinguer différentes catégories d'entreprises en considérant :

— la nature de leurs activités, en les classant globalement dans trois grandes rubriques : industrielle, agricole, commerciale ;

— l'importance de leurs effectifs.

La nature des activités et les effectifs sont les critères utilisés par la législation en matière de réglementation de la sécurité.

Ainsi le décret du 1er août 1947, modifié par le décret du 1er avril 1974, puis par le décret du 20 mars 1979, et plus récemment par celui du 23 septembre 1983, et celui du 23 mars 1993 (n° 93-449) établissent les distinctions suivantes :

— pour les entreprises industrielles : 50, 200, 800, 1 500 et 2 000 salariés, (le premier nombre de 50 salariés étant également utilisé pour les exploitations et établissements agricoles) ;

— pour les entreprises commerciales et assimilées : 50, 500, et 1 000 salariés.

C'est donc à partir de ces différentes normes que se définissent les structures imposées par la loi en matière de sécurité et d'organisation des secours.

Il est à noter que, bien qu'encore utilisée, cette distinction entre les établissements industriels et les autres établissements tend à s'effacer devant l'uniformité des risques inhérents au développement de nouvelles techniques de travail.

Répartition des effectifs

• ***Au niveau national***

Les chiffres de l'INSEE montrent qu'en 1993, 99,9 % des salariés travaillent dans des entreprises de moins de 500 salariés, c'est-à-dire dans des petites et moyennes entreprises ou PME.

Parmi ces 99,9 %, 98,8 % d'entre eux sont employés par des entreprises de moins de 50 salariés, c'est-à-dire dans les petites entreprises proprement

dites. Seule une fraction infime de 0,08 % de la masse salariale est occupée par des entreprises employant 500 salariés et plus, c'est-à-dire des grandes entreprises.

• ***Au niveau européen***

Au niveau européen, ce ne sont pas moins de 72 % des travailleurs de la CEE qui sont employés en 1993 par des entreprises de moins de 500 salariés (PME).

TABLEAU I — *Répartition des effectifs*

Taille de l'entreprise	*Nombre de salariés*	*Effectif en pourcentage*		
0 à 9 salariés	2 378 335	93,23	98,82	99,9
10 à 49	142 717	5,59		
50 à 199	23 501	0,92		
200 à 499	4 131	0,16		
500 salariés et +	2 190	0,08		
Ensemble des salariés	2 550 874			

Source : INSEE 1993

TABLEAU II — *Répartition des entreprises*

Taille de l'entreprise	*Nombre d'entreprises*	*Pourcentage d'entreprises*
– 50 salariés	76 958	76,47
50 à 200	19 060	18,94
200 salariés et plus	9 189	9,13
500 salariés et plus	4 425	4,39
1 000 salariés et plus	2 235	2,22
5 000 salariés et plus	466	0,46
Ensemble des entreprises	100 632	

Source : fichier Kompass sept. 1993

Répartition des entreprises

• *Au niveau national*

Toujours selon les données de l'INSEE, il est à remarquer, que, si la période 1986-1993 voit se développer le nombre de PME

— plus 1,9 % d'accroissement pour l'ensemble des PME (0 à 499 salariés) ;

— plus 3,8 % d'accroissement si l'on exclut les micro-entreprises (PME de 0 à 9 salariés) ;

— en revanche, les grandes entreprises marquent une tendance à la régression, – 0,25 %, sur cette même période.

Une autre source d'information, le fichier Kompass, nous fournit des indications plus récentes quant à la répartition des entreprises françaises au mois de septembre 1993.

Ainsi, si 76,47 % (un peu plus des trois quarts) des entreprises françaises emploient moins de 50 salariés (petites entreprises), ce pourcentage tombe à 18,94 % pour les PME de 50 à 200 salariés, et à 4,39 % pour les entreprises de plus de 500 salariés.

Nous pouvons aisément calculer le pourcentage septembre 1993 de l'ensemble de toutes les PME (0 à 499 salariés) :

100 % – (4,39 % + 76,47 %) = 19,14 % de PME de 50 à 499 salariés, soit 76,47 % + 19,14 % = 95,61 % de PME (0 à 499 salariés) au total en 1993.

– 50 salariés	76,47 % (petites entreprises)	PME = 95,61 %
50 à 499 salariés	19,14 % (moyennes entreprises)	
500 salariés et +	4,39 % (grandes entreprises)	

Parmi les grandes entreprises, 4,39 %, il est à remarquer que si 2,22 %, soit un peu plus de la moitié d'entre elles, emploient 1 000 salariés et plus, en revanche, seulement 0,46 %, soit environ 10,5 % d'entre elles, peuvent être considérées en tant que très grandes entreprises.

• *Au niveau européen*

L'INSEE nous indique qu'au niveau européen, en 1993, plus de 99 % des 15,7 millions d'entreprises du secteur privé (exclu le secteur primaire) sont des PME (0 à 499 salariés).

Seules 12 000 entreprises, soit environ 0,076 % de l'ensemble des entreprises européennes, ont un effectif de 500 salariés et plus, et peuvent donc être considérées comme des grandes entreprises.

D'autre part, sur la période 1989-1992, ce sont les PME qui ont participé à plus de 75 % à la croissance de l'emploi au sein de la communauté européenne.

TABLEAU III — *Répartition des entreprises européennes*

Taille de l'entreprise	*Nombre d'entreprises*	*Pourcentage d'entreprises*	
0 à 9 salariés	14,5 M	92,35	99,15 = PME
10 à 99	1 M	6,36	
100 à 499	70 000	0,44	
500 salariés et plus	12 000	0,076	
ensemble des entreprises	15,7 M		

Source : INSEE 1993

S'il ne nous est pas possible d'établir de liaisons ni de comparaisons entre répartition des effectifs et répartition des entreprises puisque, non seulement les sources d'informations, mais aussi les dates auxquelles elles ont été établies diffèrent, nous pouvons cependant affirmer que ces informations, bien que de nature, de source et de périodes différentes, convergent toutes en faveur d'une incontestable prédominance des PME par rapport aux grandes entreprises et ce, tant au niveau européen qu'au niveau national.

La France et l'Europe restent donc en majorité un pays et une communauté de petites et moyennes entreprises, fait dont il conviendra de tenir compte au niveau de l'organisation des structures de prévention, de formation en ce domaine, et de mise en œuvre des secours.

Ainsi, dans le cadre de l'année européenne, la Commission de Bruxelles favorisera-t-elle, tant en France que dans l'ensemble de la communauté, le cofinancement de nombreuses initiatives visant à améliorer l'information, la formation, et la sécurité des salariés des PME.

STRUCTURES ET ACCIDENTS DE TRAVAIL

Les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou CHSCT

La création et la composition des CHSCT, nouvelles instances en matière de prévention et d'amélioration des conditions de travail, dépendent de la dimension de l'entreprise.

Les accidents du travail

C'est également en fonction des effectifs que se définit la perception individuelle de «l'accident du travail», et que s'établissent des études statistiques en ce domaine.

Les services médicaux du travail

L'importance des services médicaux (médecins du travail, personnel infirmier, locaux et équipements) varie également selon celle du personnel. Les normes fixées par les textes officiels sont rappelées au début de chaque chapitre consacré plus particulièrement à chacun de ces points.

L'organisation et la coordination des secours

La taille de l'entreprise n'a pas uniquement une incidence sur le volume de ces services. Il n'existe pas en effet un modèle unique qui serait reproduit tel quel à plus ou moins grande échelle selon les cas, mais bien des organisations conçues différemment : les grandes entreprises, par exemple, disposeront non seulement d'un personnel plus nombreux mais aussi de structures originales pour l'accueil des urgences.

La circulation des informations, les relations entre les salariés (notamment entre les responsables) s'effectuent selon des modalités et dans un contexte différents suivant l'effectif. Cela se traduira au niveau du dispositif mis en place pour porter secours à l'accidenté.

Chacun de ces sujets fera l'objet d'un chapitre particulier.

CONTRÔLE DU RESPECT DE LA RÉGLEMENTATION EN MATIÈRE D'HYGIÈNE ET DE SÉCURITÉ

Ce contrôle est organisé dans un sens essentiellement préventif avant d'être pénal. Il fait intervenir deux organismes :

— les services de sécurité des caisses régionales de Sécurité sociale ;

— l'Inspection du Travail.

Les caisses régionales de Sécurité sociale peuvent (CSS, art. L.422-4) :

> « *Inviter tout employeur à prendre toutes mesures justifiées de prévention (...)* »
>
> « *Demander l'intervention de l'Inspection du Travail pour assurer l'application des mesures prévues par la législation et la réglementation du travail* ».

L'Inspection du Travail se chargera de constater les infractions par l'établissement d'une mise en demeure préalable, cas le plus fréquent, voire d'un procès-verbal lorsque la santé des travailleurs est menacée « d'une manière grave ou imminente » (C. trav., art. L. 231-4).

2

Les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

Institués en vertu de la loi n° 82-1097 du 23 décembre 1982 à la faveur d'un mouvement international visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des salariés au sein de l'entreprise, les CHSCT ont été mis en place par le décret n° 83-844 du 23 septembre 1983 (art. R. 236-1 à R. 236-22) associé à la Circulaire du 25 octobre 1983, et celui n° 84-981 du 2 novembre 1984 associé à la Circulaire du 14 mai 1985 en ce qui concerne la formation de ses membres.

La loi n° 91-1414 du 31 décembre 1991, prise en application des directives européennes en matière d'hygiène et de sécurité au travail est venue modifier celle n° 82-1097 du 23 décembre 1982, notamment par le décret 23 mars 1993 et la circulaire n° 93/15 du 25 mars 1993 qui fixent désormais les modalités d'application de la loi relative aux CHSCT.

Mise en place

En vertu de l'article L. 236-1, les CHSCT sont *obligatoires* dans tous les établissements mentionnés à l'article L. 236-1 du Code du travail occupant *au moins 50 salariés* (les modalités du calcul de l'effectif étant soumises à l'article L. 431-2).

☐ Établissements de moins de 50 salariés

• ***Entreprises du Bâtiment et des Travaux Publics***

Dans cette branche d'activité à hauts risques, les entreprises de plus de 50 salariés « dans lesquelles des établissements distincts ont été définis, mais dont aucun n'est tenu de mettre en place un comité » peuvent se voir imposer par l'administration la création d'un CHSCT (circ. n° 93/15 du 25 mars 1993) (art. R. 236-1 al. 6).

• ***Comités interentreprises***

Les entreprises de moins de 50 salariés ont la possibilité de se regrouper sur un plan professionnel ou interprofessionnel afin de mettre en place un CHSCT destiné à trouver des solutions à des situations de conditions de travail et de risques communs. (art. L. 236-1 al. 5)

• ***Situation de carence***

A défaut de CHSCT, les délégués du personnel exerceront, avec les mêmes obligations que celui-ci, les attributions du comité (art. L. 236-1), ceci dans le cadre de leurs moyens propres, et sans crédit d'heures supplémentaires (art. L. 424-1).

☐ Établissements de plus de 500 salariés

Dans les établissements occupant habituellement (c'est-à-dire depuis plus de 6 mois) 500 salariés et plus, l'employeur et le comité d'entreprise ou d'établissement décideront conjointement du nombre de CHSCT à mettre en place en fonction de trois critères principaux :

— le rapprochement géographique ;

— l'individualisation de situations de risque communes ;

— le degré d'autonomie hiérarchique en matière de réalisation effective des mesures prises par le comité, ainsi que de différents paramètres plus spécifiques à l'entreprise ou à l'établissement :

- nature, fréquence et degré de risque,
- dimension et répartition des locaux,
- concentration des travailleurs,
- mode d'organisation du travail.

Composition et fonctionnement

☐ Composition du CHSCT

Le CHSCT comprend :

— le chef d'établissement ou son représentant ainsi qu'une délégation du personnel (art. L. 236-5 al. 1) ;

— le ou les médecins du travail chargés de la surveillance médicale du personnel ;

— le chef du service de sécurité qui assiste aux réunions du comité à titre consultatif (D. n° 83-844 du 23 septembre 1983 art. R. 236-6) ;

— des membres de l'établissement (responsable de formation, assistant du service social, infirmière du travail), et qui, désignés selon l'article L. 236-8, pourront, à titre occasionnel, apporter un concours précieux au CHSCT (art. L. 236-5 al. 2) ;

— l'inspecteur du travail (art. L. 236-7) ;

— le représentant du service prévention de la CRAM ;

— éventuellement, un ou plusieurs représentants syndicaux pour les établissements de plus de 300 salariés (accord interprofessionnel du 17 mars 1975 modifié les 16 et 20 octobre 1989).

La délégation du personnel

Le nombre de représentants du personnel au CHSCT est fonction de l'effectif total de l'établissement (art. R. 236-1).

Effectif	*Nombre total de représentants*	*Nombre total de représentants faisant partie du personnel de maîtrise ou des cadres*
maximum de 199	3	1
entre 200 et 499	4	1
entre 500 et 1 499	6	2
au moins égal à 1 500	9	3

☐ Fonctionnement du CHSCT

- ***Le crédit d'heures***

Afin d'exercer leurs missions, et en vertu de l'article L. 236-7, les représentants du personnel au CHSCT bénéficient d'un crédit d'heures, de plein droit rémunéré comme temps de travail, et variable selon l'effectif de l'établissement.

Nombre de salariés	*Nombre d'heures par mois pour chaque membre*
jusqu'à 99	2
de 100 à 299	5
de 300 à 499	10
de 500 à 1 499	15
au-delà de 1 500	20

Ce crédit d'heures pourra être dépassé, notamment dans le cadre des réunions et dans le cadre des activités d'enquêtes consécutives à tout accident ou situation de danger grave.

Fœtus et nouveau-né de faible poids *Gold*
Formulaires administratifs, Certificats médicaux *Roure-Mariotti*
Gastro-entérologie *Fouet*
Génétique *Rossignol*
Génétique médicale *Emery*
Gériatrie clinique *Collin de l'Hortet*
Gestion du cabinet dentaire *Flandrin*
Gestion du cabinet médical *Robin*
Graphologie *Brésard*
Gynécologie *Giraud, Bremond* et al.
Gynécologie et obstétrique (illustré) *de Tourris, Henrion* et al.
Gynécologie pédiatrique *Sersiron*
Hématologie *Bernard, Lévy* et al.
Hépatologie *Buffet, Pelletier*
Histoire de la médecine *Rullière*
Histologie *Poirier, Ribadeau-Dumas* et al.
Histologie dentaire *Triller*
Homéopathie *Sarembaud*
Homme (l'), la médecine et le médecin *Lazorthes*
Hypertension artérielle : physiopathologie et pharmacologie *Delbarre, Delbarre*
Hypnose clinique *Hoareau*
Imagerie nucléaire fonctionnelle *Moretti, Rigo* et al.
Imagerie par résonance magnétique *Doyon, Cabanis* et al.
Immunogénétique fondamentale *Fudenberg, Pink* et al.
Immunologie dentaire *Faure, Béné* et al.
Immunologie générale *Letonturier*
Immunopathologie clinique *Perrin, Laurent*
Implantologie *Bert, Picard* et al.
Information (L') en médecine *Hoerni, Bénézech*
Informatique médicale *Degoulet, Fieschi*
Intoxications aiguës *Roujas, Sorkine*
Introduction à l'IRM *Guinet, Grellet*
Législation psychiatrique *Goumilloux*
Main (La) *Tubiana, Thomine*
Maîtrise de la contamination au cabinet dentaire *Samaranayake, Scheutz* et al.
Maladies des reins et des voies urinaires (illustré) *Patte*
Maladies infectieuses *Cronberg, Beytout*
Maladies inflammatoires *Hachulla, Flipo*
Maladies musculaires *Serratrice, Gastaut* et al.
Maladies sexuellement transmissibles *Siboulet, Coulaud*
Maladies transmises par voies sexuelles *Dolivo, Henry-Suchet* et al.
Maladies tropicales *Bourée*
Manipulations vertébrales *Le Corre, Rageot*
Mathématiques *Geller*
Médecine chinoise *Wang, Duhamel*
Médecine d'assurance *Barat*
Médecine de catastrophe *Noto, Huguenard* et al.
Médecine du sport *Guillet, Généty* et al.
Médecine du travail *Proteau, Philbert*
Médecine interne *Devulder, Hatron* et al.
Médecine légale clinique *Roche, Do* et al.
Médecine nucléaire *Desgrez, Moretti, Robert, Vinot*
Médecine physique *Chantraine*
Médecine préventive et d'hygiène *Blancher*
Médecine psychosomatique *Haynal, Pasini*
Médicaments en rhumatologie *Netter, Faure* et al.
Ménopause (La) *Taurelle, Tamborini*
Mésothérapie *Parienti*
Méthode statistique *Frontier*
Néonatologie *Laugier, Gold*
Néphrologie *Legrain, Suc*
Neuro-anatomie *Meininger*
Neuro-ophtalmologie *Larmande, Larmande*
Neuro-psychiatrie infantile *Debray-Ritzen, Messerschmitt* et al.
Neurologie *Cambier, Masson, Dehen*
Neurophysiologie générale *Limoge, Limoge-Lendais*
Neurotransmetteurs *Meunier, Shvaloff*
Nutrition et alimentation *Jacotot, Le Parco*
Obésité *Creff, Herschberg*
Odontologie gériatrique *Bates, Adams* et al.
Oncologie *Rouessé, Turpin*
Ophtalmologie *Saraux*
ORL de l'enfant *Cotin, Bodard* et al.
Orthopédie de l'adulte *Patel, Honnart*
Orthopédie dento-faciale *Benauwt, Klingler*
Orthopédie pédiatrique *Bensahel*
Oto-rhino-laryngologie *Portmann, Portmann*
Parasitologie clinique *Jacquemin, Jacquemin*
Parodontologie *Klewansky*
Pathologie dentaire *Mezl*
Pathologie infectieuse *Margairaz*
Pathologie médicale et odontologie *Cornebise*
Pathologie somatique du toxicomane *Pesce, Cassuto* et al.
Pédiatrie *Laplane, Etienne* et al.
Pédiatrie sociale *Creusot*
Pédodontie *Fortier, Demars-Fremault*
Petite chirurgie *Détrie*
Pharmacologie médicale *Lechat, Calvo* et al.
Pharmacologie odontologique *Déchy, Lagier*
Pharmacologie odontologique *Pham Huy Dien, Rouveix*

Phlébologie *Ramelet, Monti*
Physiologie cardio-ventilatoire, anesthésie-réanimation *Louville*
Physiologie de la manducation *Azerad*
Physiologie du sport *Monod, Flandrois*
Physique *Ernst, Gabriel* et al.
Physique nucléaire *Blanc*
Phytothérapie *Hallard*
Pneumologie *Chrétien, Marsac*
Podologie *Goldcher*
Polytraumatisé : conduite précoce *Murat*
Pratique de l'expertise psychiatrique *Roure, Renard*
Pratique diététique courante *Thoulon-Page*
Proctologie *Sarles, Copé*
Prothèse adjointe partielle *Batarec, Buch*
Psychiatrie de l'adulte *Lemperière, Féline*
Psychogériatrie *Müller, Wertheimer*
Psychologie *Delay, Pichot*
Psychologie médicale *Jeammet, Raynaud* et al.
Psychologie pathologique *Bergeret*
Psychomotricité (La) *Calza, Contant*
Psychopathologie de l'adolescent *Marcelli, Braconnier*
Psychopathologie de l'enfant *Marcelli*
Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant *Mazet, Stoléru*
Psychopathologie du sujet âgé *Ferrey, Le Gouès*
Psychopharmacologie *Delbarre, Delbarre*

Radiodiagnostic *Monnier, Tubiana*
Radiologie de l'appareil locomoteur *Runge*
Radiologie de l'appareil urinaire *Lange*
Radiologie du foie et des voies biliaires *Regent, Genin* et al.
Radiologie interventionnelle *Soyer, Derhy* et al.
Radiopédiatrie *Devred*
Réanimation en pathologie cardio-vasculaire *Jan, Pochmalicki*
Réanimation et médecine d'urgence *François, Carli* et al.
Réanimation médicale *Goulon* et al.
Rééducation fonctionnelle et de réadaptation *Hamonet, Heuleu*
Rééducation gériatrique *Thevenon, Pollez*
Relaxation thérapeutique *Meyer*
Résonance magnétique nucléaire *Bernard, Certaines* et al.
Risques et maladies liés aux médicaments *Heusghem, Lagier, Lechat*
Rhumatologie *Simon, Blotman* et al.

Santé publique et médecine préventive *San Martin*
Secrétariat médical *Harlay, Harlay*
Sécurité sociale *Daligand, Jaques* et al.
Sémiologie médicale *Bariéty, Bonniot* et al.
Sénologie *Pons*
Sexologie *Zwang*
Sexologie clinique *Trimmer*
Sida et infection à VIH *Cassuto, Pesce* et al.
Soins d'urgence *Cavellat, Chassevent* et al.
Statistique *Geller*
Statistique au PCEM *Huber-Carol*
Statistique médicale *Salamon*
Stérilité conjugale *Cohen, Palmer*
Stomatologie et pathologie maxillo-faciale *Lézy, Princ*
Surveillance et thérapeutique obstétricales *Giraud, Tournaire*
Syndrome des sensations de brûlure buccale *Van der Waal*

Tabacologie *Perriot*
Techniques d'empreintes en prothèse adjointe *Goumy, Daulce-Goumy*
Techniques en réanimation *Lemaire*
Thérapeutique cardiovasculaire *Bory, Djiane*
Thérapeutique médicale en odontologie *Astley-Hope, Hellier*
Thérapeutique neuropsychiatrique *Aimard, Vighetto* et al.
Thérapeutique stomatologique et maxillo-faciale *Grellet, Laudenbach*
Thérapeutiques en orthopédie pédiatrique *Bensahel*
Thérapeutiques médicamenteuses en gériatrie *Manciaux*
Thérapie comportementale et cognitive *Ladouceur, Fontaine* et al.
Tomodensitométrie *Doyon, Laval-Jeantet* et al.
Toxicologie d'urgence *Hachet*
Toxicomanie, pharmacodépendance *Nahas, Trouvé*
Transfusion sanguine *Sylvestre, Benbunan* et al.
Transplantation d'organes *Wolf, Cinqualbre*
Traumatologie *Patel*
Traumatologie du sport *Danowski, Chanussot*
Trisomie 21 : Aides et conseils *Cuilleret*

Urgences chirurgicales *Chiche, Moullé-Berteaux*
Urgences du sujet âgé *Pras, Bertrand*
Urgences en médecine du travail *Hachet*
Urgences médicales *Larcan, Laprévote-Heully*
Urgences médicales au cabinet dentaire *Noto, Cavaillon* et al.
Urgences psychiatriques *Grivois*
Urgences toxicologiques *Lefèvre*
Urologie *Alken, Sökeland*
Urologie *Debré, Teyssier* et al.

Vaccinations *Rey*
Virologie humaine *Fleury*