

La Prévention en Action

Pour la santé des salariés et des entreprises.

Les démarches de Prévention en EHPAD

- Pourquoi ce guide ? p4
- Définitions :
TMS et RPS, de quoi parle t-on ? p9
- Les étapes essentielles
d'une démarche de prévention :
comprendre pour agir p11
- Illustration de la démarche
de prévention : 7 cas d'entreprises p14
- Synthèse des études en EHPAD p28
- Conclusion p30
- Bibliographie et glossaire p31



De l'analyse de situations de travail,
facteurs de TMS et RPS, au plan d'actions

Sommaire



1	Pourquoi ce guide ?	p4
	1.1 Statistiques Régionales EVREST	
	1.2 Particularités du secteur	
	1.2.1 <i>Contexte règlementaire</i>	
	1.2.2 <i>Impacts des modifications législatives sur les conditions de travail et de vie</i>	
	1.3 Améliorer les conditions de travail en EHPAD	
	1.3.1 <i>Des enjeux de société</i>	
	1.3.2 <i>Des enjeux pour les entreprises</i>	
	1.4 Comprendre ce qui se joue concrètement dans les établissements : une action collective en PACA initiée par les Services de Santé	
2	Définitions :	
	TMS et RPS, de quoi parle t-on ?	p9
3	Les étapes essentielles d'une démarche de prévention : comprendre pour agir	p11
	3.1 Préparer l'action : se mettre d'accord, engagement de la direction	
	3.2 Réaliser un prédiagnostic (état des lieux) et un diagnostic	
	3.3 Elaborer un plan d'action	
	3.4 Suivre et pérenniser	
4	Illustration de la démarche de prévention : 7 cas d'entreprises	p14
5	Synthèse des études en EHPAD	p28
6	Conclusion	p30
7	Ressources documentaires, glossaire et sites Web	p31



Edito

Les structures d'hébergement pour personnes âgées subissent depuis quelques années de nombreuses mutations (réformes, modification des modes de financement, augmentation du niveau de dépendance des résidents...) impactant les conditions de travail des salariés et générant des risques pour leur santé.

Le travail des salariés évolue et devient plus difficile tant sur le plan physique que psychique. L'absence de réflexion sur l'organisation du travail peut, à terme, avoir des répercussions néfastes sur la santé des salariés et le fonctionnement des établissements.

Ce guide est le fruit d'une réflexion de plusieurs acteurs : DIRECCTE PACA (unité centrale et territoriales du 84 et 13), ARACT (Act Méditerranée), partenaires sociaux (CFE-CGC, FO, CGT, CFTC, CFDT), Services de Santé au Travail du Vaucluse et des Bouches du Rhône et URIOPSS.

Il se donne pour objectif d'aider les établissements du secteur médico-social à mettre en place une démarche de prévention des Risques PsychoSociaux et des Troubles Musculo Squelettiques.

Les pistes de solutions évoquées sont spécifiques à chaque établissement, et ne peuvent être transposées à d'autres situations, sans une réflexion préalable. En revanche, elles apportent un éclairage sur les problématiques rencontrées par les acteurs. Elles montrent qu'il existe des marges de manœuvre, permettant la mise en place d'actions de prévention adaptées et construites en concertation avec les représentants du personnel.

Dans cette perspective, ce guide met l'accent sur les étapes essentielles de la démarche de prévention (du pré diagnostic à l'élaboration du plan d'actions) au travers de la présentation de cas concrets d'entreprises issus de diagnostics auxquels ont participé Act Méditerranée, les Services de Santé au travail et le cabinet ANALUSIS.

Gérard Sorrentino,

*Directeur Régional des Entreprises, de la Concurrence,
de la Consommation, du Travail et de l'Emploi.*



1 Pourquoi ce guide ?



1.1 Statistiques Régionales EVREST (Evolutions et Relations en Santé au Travail)

La corrélation entre « facteurs de risques liés au travail » (intensification du travail, apparition de nouveaux modes de management, augmentation de la charge de travail, affaiblissement des collectifs de travail) et « état de santé » des salariés est encore insuffisamment établie et renvoie trop souvent aux fragilités individuelles.

C'est dans cette perspective que l'outil de recherche et de veille en santé au travail EVREST PACA SUD, a été élaboré et a ainsi permis de recueillir des indicateurs sur la santé des salariés par secteur d'activité. Ainsi :

- > 17% des salariés en PACA seraient atteints d'au moins une pathologie ostéo-articulaire (touchant l'épaule, le coude, le poignet, les membres inférieurs, le rachis cervical ou dorso-lombaire) estimée en lien probable ou certain avec l'activité professionnelle par le médecin du travail. **Dans le secteur santé et action sociale, ce pourcentage s'élève à 18,2%.**
- > **14,6% des salariés du secteur médico-social en PACA** auraient au moins une atteinte à la santé mentale estimée en lien probable ou certain avec l'activité professionnelle par le médecin du travail.

1.2 Particularités du secteur

1.2.1 Contexte règlementaire

Les EHPAD et logements-foyers sont des établissements médico-sociaux relevant du Code de l'Action sociale et des familles. Deux grandes lois ont réformé le secteur social et médico-social : la loi du 2 janvier 2002 (dite loi 2002-2), de rénovation de l'action sociale, et la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST). Elles ont introduit les évolutions suivantes :

La loi 2002-2

La formalisation des droits des usagers et la finalité recherchée de la promotion de la bientraitance ; objectif important et nécessaire, l'usager est replacé au centre de l'accompagnement, la loi introduit également la notion de traçabilité comme une garantie de la qualité de l'intervention ; elle impose une procédure d'évaluation régulière, notamment en vue de l'obtention du renouvellement de l'autorisation à fonctionner par les autorités publiques.

La loi HPST

La nouvelle répartition des compétences publiques et la modification de la procédure d'autorisation : le paysage public s'est transformé avec la création des Agences Régionales de Santé ; l'autorisation se fait dans le cadre d'un appel à projet organisé par l'autorité administrative en fonction des financements disponibles. Les questions de la place laissée à l'initiative associative et du développement de la concurrence entre associations sont posées.

En Provence-Alpes-Côte d'Azur, la population dépendante augmenterait en moyenne de 11% d'ici 2020.

1.2.2 Impacts des modifications législatives sur les conditions de travail et de vie

Les conventions tripartites

Un EHPAD peut être public, associatif ou privé à but lucratif. Il doit être autorisé à dispenser des soins aux assurés sociaux pour l'ensemble de sa capacité et doit conclure avec l'Agence Régionale de Santé et le Conseil Général une convention tripartite fixant, pour une durée de 5 ans, les objectifs de qualité de la prise en charge des résidents et ses moyens financiers de fonctionnement (article L313-12 CASF). Cette convention précise également les objectifs d'évolution de l'établissement et les modalités de son évaluation.

1.3 Améliorer les conditions de travail en EHPAD

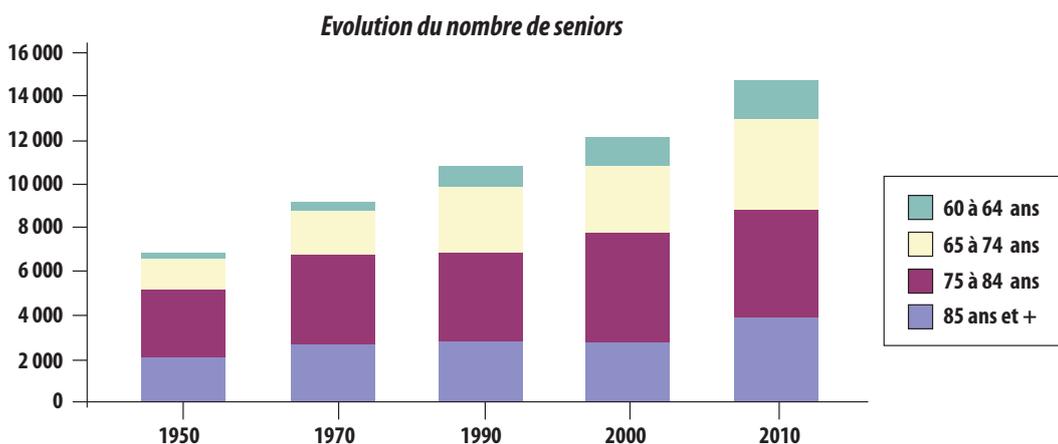
1.3.1 Des enjeux de société

Conditions démographiques

➤ **Augmentation de l'espérance de vie et du nombre de seniors :**

L'accroissement de l'espérance de vie a augmenté de manière significative entre 1960 et 2008, passant durant cette période, **de 70,2 ans à 81,5 ans** (source INSEE).

En France, entre 1994 et 2010, l'espérance de vie à la naissance d'une personne de sexe masculin **a gagné près de quatre ans et quatre mois**, tandis que celle d'une personne de sexe féminin a gagné trois ans.



Source Insee : bilan démographique 2007

Le nombre de personnes âgées de 75 à 84 ans est passé de 1,4 million à plus de 4 millions.

Le nombre de personnes âgées de plus de 85 ans est passé de 200 000 à plus de 1,6 million.



1 Pourquoi ce guide ?

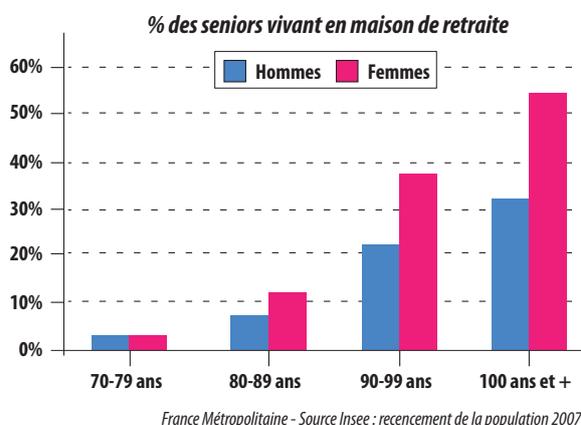


► Augmentation du nombre de personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer est une maladie neuro-dégénérative. Cette pathologie se caractérise par la perte progressive de la mémoire, des fonctions cognitives et s'accompagne de troubles du comportement, avec une aggravation progressive au cours du temps.

La prise en charge de ces personnes représente une lourde charge à la fois physique, cognitive et émotionnelle pour les personnels soignants des établissements. Face à cette réalité, de nombreux EHPAD créent des unités spécifiques pour accueillir ces résidents.

► Modification des conditions de vies : allongement du maintien à domicile avant prise en charge par les établissements d'accueil



En dessous de 80 ans, les personnes âgées vivent majoritairement à domicile. Beaucoup d'entre elles, ainsi que leurs familles, préfèrent demeurer à domicile pour retarder autant que cela se peut, le départ pour un établissement spécialisé. Ceci se traduit logiquement par une arrivée des personnes dans les centres d'hébergement, de plus en plus âgées. Les résidents sont peu autonomes et nécessitent là aussi une lourde prise en charge de la part des personnels soignants.

1.3.2 Des enjeux pour les entreprises

Un secteur accidentogène

(Source CARSAT PACA Corse édition 2010 : Guide de bonnes pratiques de prévention des risques professionnels dans les EHPAD)

- L'indice de fréquence (nombre moyen d'accidents du travail avec arrêt sur une année, ramené à 1000 salariés) des accidents du travail en EHPAD est près de deux fois supérieur à la moyenne nationale, toutes activités confondues.
- Les lombalgies et TMS sont la première cause d'arrêt de travail et d'inaptitude.
- Les chutes de plain pied et de hauteur constituent la deuxième cause des accidents du travail. S'ajoutent à ces données une forte exposition au stress, mal être et souffrance de part un travail à composantes psychique et émotionnelle élevées.

La Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences : la question de l'attractivité et de la fidélisation

(Source rapport DRASS 2008 : Attractivité et fidélisation des professionnels paramédicaux dans les structures sanitaires et médico-sociales)

Dans un contexte de secteur en forte mutation, pour des raisons sociétales et économiques, les questions de gestion des emplois et des compétences deviennent prépondérantes. Toutes les problématiques en relation avec la gestion des ressources humaines sont traversées par les questions d'attractivité et de fidélisation des professionnels de la santé.

Des études ont montré qu'une organisation favorisant la satisfaction au travail et la qualité des soins avait un impact sur le maintien dans l'emploi et le recrutement des personnels.

A l'inverse, les tensions engendrées par les contraintes et les motifs d'insatisfaction se traduisent par de l'absentéisme et une mobilité importante au sein des structures.

L'attractivité de ces métiers, le recrutement et la fidélisation s'en trouvent impactés.

L'important turn over de personnel engendre des difficultés pour stabiliser les équipes et les compétences, ce qui peut influencer sur la qualité des soins et le bien être des professionnels.

Du fait notamment de l'allongement de la vie professionnelle, la prévention de l'usure physique et mentale devient primordiale et doit faire partie intégrante de la politique des ressources humaines.

Obligations de l'employeur

La législation du travail met à la charge de l'employeur l'obligation générale d'assurer la sécurité et de protéger la santé physique et mentale de ses salariés, au moyen de différents types d'actions (article L 4121-1 du code du travail) :

- des actions de prévention des risques professionnels
- des actions de prévention de la pénibilité
- des actions d'information et de formation
- la mise en place d'une organisation et des moyens adaptés
- l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes.

L'employeur évalue les risques pour la santé et la sécurité de ses salariés, notamment les Risques Psycho-Sociaux et Troubles Musculo Squelettiques. Il transcrit et met à jour dans le Document Unique les résultats de cette évaluation au moins chaque année, ainsi que lors de toute décision d'aménagement important (articles L4121-3, R4121-1 du code du travail).

Ces dispositions ont été complétées par deux accords nationaux Interprofessionnels :

- L'Accord signé le 2 juillet 2008 (transposition de l'Accord européen du 8 octobre 2004) donne une définition de l'état de stress et précise certaines causes de stress au travail, mais ne crée aucune obligation réglementaire.
- L'Accord du 26 mars 2010 (étendu par arrêté du 23-7-2010, JO du 31 07 2010) transpose l'Accord cadre européen du 15 décembre 2006 sur le harcèlement et la violence au travail. Il vise à identifier, à prévenir et à gérer deux aspects spécifiques des Risques Psycho-Sociaux – le harcèlement et la violence au travail.

L'employeur prend toutes dispositions nécessaires en vue de prévenir les agissements de harcèlement moral et sexuel (art. L 1152-4 et L 1153-5 du code du travail).

Tout salarié ayant procédé à des agissements de harcèlement moral (ou sexuel) est passible d'une sanction disciplinaire (art L1152-5 CT et L1153-6 du code du travail).

Pénibilité :

Une définition légale de la pénibilité dans le code du Travail : article L. 4121-3-1 :

Il s'agit de l'exposition à un ou plusieurs facteurs de risques professionnels susceptibles de laisser des traces durables, identifiables et irréversibles sur la santé.

Ces facteurs sont liés à des contraintes physiques marquées (manutentions manuelles, postures pénibles, vibrations), à un environnement physique agressif (agents chimiques dangereux, bruit, températures extrêmes...) ou à certains rythmes de travail (travail de nuit, travail en équipes successives, travail répétitif).

Des obligations concernant toutes les entreprises : actions de prévention de la pénibilité et de suivi de l'exposition des salariés :

Tous les acteurs de la prévention dans l'entreprise sont impliqués :
- L'employeur doit mener des actions de prévention des risques professionnels et de la pénibilité au travail

- Le CHSCT (ou à défaut les DP) procède à l'analyse de l'exposition des salariés à des facteurs de pénibilité.

- Le service de santé au travail : conseille l'employeur, les salariés et leurs représentants sur les mesures de prévention en la matière.

Par ailleurs, l'employeur doit consigner dans une fiche individuelle de prévention des expositions les conditions de pénibilité auxquelles le travailleur est exposé, et les mesures de prévention qu'il a mises en œuvre pour faire disparaître ou réduire ces facteurs.

Des obligations spécifiques pour les entreprises employant au moins 50 salariés :

Si au moins 50% de leurs salariés sont exposés aux facteurs de risques professionnels prévus dans la loi, elles doivent conclure un accord collectif, ou à défaut élaborer un plan d'action sur la prévention de la pénibilité, avant le 1-1-2012, sauf si un tel accord est conclu au niveau de la branche.



1.4 Comprendre ce qui se joue concrètement dans les établissements : une action collective en PACA initiée par les Services de Santé

Dans ce contexte, et devant le nombre croissant de salariés en souffrance tant physique que psychologique, des médecins du travail et des IPRP des départements du Vaucluse et du Nord des Bouches du Rhône se sont regroupés pour participer à une action collective regroupant plusieurs établissements travaillant sur cette problématique.

Cette action a comporté deux volets

- > **L'élaboration d'un questionnaire** destiné à recueillir des informations auprès des personnels soignants sur leurs conditions de travail, leur niveau de formation, leur état de santé physique et mentale.
- > **Des études ergonomiques** (auprès d'EHPAD volontaires) en alternance avec des temps collectifs, au cours desquels les participants ont pu bénéficier d'apports théoriques sur les Troubles Musculo Squelettiques (TMS) et les Risques Psycho-Sociaux (RPS) et échanger sur leur « vécu ».

Les diagnostics ont permis de mettre en évidence les différents dysfonctionnements de ce secteur pouvant être générateurs de TMS et RPS et de dégager des pistes de prévention pour améliorer les situations de travail. En raison de l'ampleur du projet, ACT Méditerranée a apporté une aide méthodologique et logistique.



2 Définitions : TMS et RPS, de quoi parle t-on ?

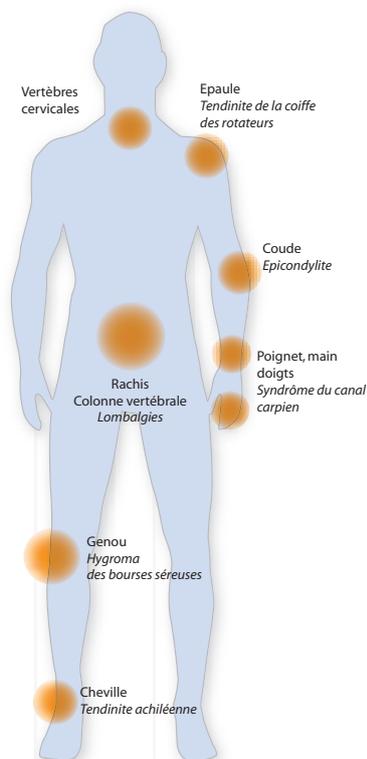
TMS (Troubles Musculo-Squelettiques)

Les TMS sont des pathologies qui affectent les différents tissus (tendons, gaines synoviales, nerfs...) situées à la périphérie des articulations.

Ces pathologies résultent d'un déséquilibre entre les capacités fonctionnelles des personnes et les exigences des situations de travail. En effet durant l'activité de travail, des micro lésions se créent dans les tissus ; c'est lors des phases de récupération que le corps procède à une « auto-réparation » de ces micro-lésions. Lorsque les possibilités de récupération sont insuffisantes, on parle d'hypersollicitation.

Les TMS se développent principalement à l'épaule (tendinite de la coiffe des rotateurs), au coude (épicondylite) et au poignet (syndrome du canal carpien) ; on parle de TMS des Membres Supérieurs (TMS-MS). Le principal signe clinique des TMS s'exprime au travers de la douleur ressentie au cours ou en dehors du travail (engourdissements, picotements). La douleur s'associe progressivement à une gêne fonctionnelle de plus en plus importante.

Ces pathologies, invalidantes pour la vie personnelle, le sont surtout pour l'exercice de l'activité professionnelle. Les TMS constituent actuellement les pathologies professionnelles de loin les plus répandues dans les pays industrialisés.



Les TMS sont des pathologies qui affectent les différents tissus (tendons, gaines synoviales, nerfs...) situées à la périphérie des articulations.

RPS (Risques Psycho-Sociaux) (source ANACT)

Dans les entreprises, les termes utilisés pour évoquer le stress sont nombreux ; il importe, dans une première phase de clarification, de bien préciser quels types de "mal être" ou de "souffrance" on veut traiter, et à quelles situations de travail cela renvoie.

Stress

La définition de l'Agence Européenne pour la sécurité et la santé au travail (Bilbao) est couramment admise : « Un état de stress survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a des ressources pour y faire face ».

Risques Psycho-Sociaux

L'expression la plus large de RPS évoque diverses situations de mal être, de ressenti négatif par rapport au travail. Elle renvoie à des contextes d'entreprises et à des causes variées : surcharge de travail, contraintes excessives de temps, mais aussi pertes de repères, difficultés à trouver du sens au travail, conflits de valeurs... Elle rappelle surtout que la santé psychique n'est pas seulement une dynamique individuelle, mais qu'elle se construit aussi dans la relation aux autres : par la reconnaissance, par la possibilité d'échanges et de relations dans le travail, avec le soutien des collègues et de la hiérarchie.

2 Définitions : TMS et RPS, de quoi parle t-on ?



Les RPS ont des conséquences néfastes pour la santé des salariés et la performance des entreprises. Le stress et les Risques Psycho-Sociaux sont à l'origine de troubles sur le plan psychologique, avec un impact plus ou moins grave sur le plan physique :

- > fatigue, épuisement, jusqu'au burn out
- > troubles du sommeil
- > maladies psychiques, dépression
- > troubles du comportement
- > différentes formes d'addictions
- > suicides dans les cas les plus graves
- > maladies cardiaques
- > TMS

Pour les entreprises, ces troubles peuvent se traduire par du désengagement au travail, un absentéisme accru, des conflits entre les personnes. Le harcèlement est un aspect particulier de manifestations de relations très dégradées dans le travail et fait l'objet d'une réglementation spécifique.

Liens entre RPS et TMS

Le développé qui suit, renvoie vers des réflexions plus larges, menées au sein de l'ANACT, sur les liens et similitudes entre RPS et TMS, et notamment sur la place de l'organisation du travail.

Tant pour les TMS que pour les pathologies liées au stress, les modèles explicatifs sont nécessairement complexes et mettent en lumière le caractère multifactoriel des facteurs de risques. Ainsi, l'action sur un seul facteur, s'appuyant sur une représentation unique des causes des situations de travail pathogènes est généralement vouée à l'échec (cf. polyvalence et aménagement des postes par exemple).

L'analyse des TMS, comme celle du stress pathologique, met en évidence la place centrale tenue par l'organisation du travail.

Toutefois, il n'existe pas de relation systématique entre « facteurs de risques » et « apparition de TMS ou de pathologies liées au stress » ; par exemple, une activité de relation avec des résidents avec de fortes sollicitations biomécaniques ne conduira pas systématiquement à des pathologies liées au stress. La préservation de la santé de l'individu est possible s'il bénéficie, dans l'organisation de son travail, et à partir de son potentiel de compétences, de ressources suffisantes pour réduire -en partie- l'effet des contraintes : relations avec ses collègues, possibilités d'entraide et de coopération, disponibilité de temps lorsque surviennent les aléas, ...

Chaque situation pathogène résulte, en réalité, d'une combinaison singulière d'une pluralité de facteurs personnels et collectifs, matériels et psychosociaux, fortement en lien avec l'organisation concrète du travail.

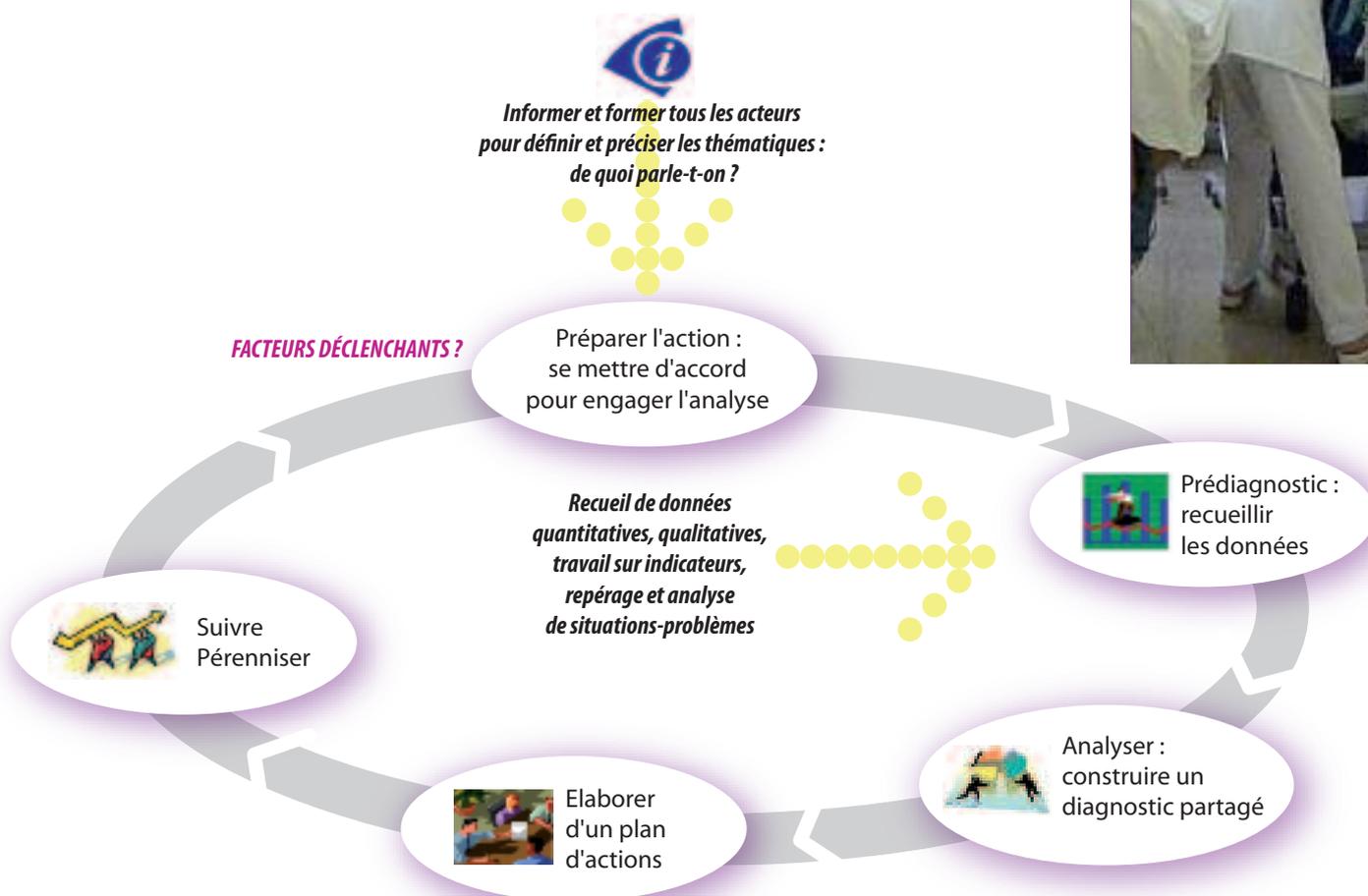
Lorsque le travail devient source d'insatisfaction, la souffrance liée à ce travail, vidée de sens, peut se traduire :

- par une accélération du rythme de travail de la personne pour "tenir et ne pas penser" et donc à une hypersollicitation musculaire (risque d'apparition de TMS)
- et/ou par des phénomènes de somatisation qui font exprimer la souffrance psychologique en pathologies physiques.

(source : Philippe DOUILLET, Jean Michel SCWHEITZER, chargés de mission du réseau de l'ANACT)

Des recherches scientifiques ont mis en évidence les liens physiologiques entre des phénomènes endocriniens liés au stress et le déclenchement de lésions péri-articulaires.

3 Les étapes essentielles d'une démarche de prévention : *comprendre pour agir*



3.1 Préparer l'action et se mettre d'accord : engagement de la direction

En tant que garant de la sécurité et de la santé et des travailleurs, l'employeur doit s'engager sur des objectifs, des modalités et des moyens permettant de créer des conditions durables de prévention.

La direction peut à cette occasion s'appuyer sur l'expertise de préventeurs externes (CARSAT, SST, ARACT...) et internes.

C'est une étape essentielle de concertation et de reconnaissance des problèmes ; les acteurs de l'entreprise pourront à cette occasion bénéficier d'une sensibilisation à la problématique traitée (phase de clarification des termes). L'objectif de la démarche est d'amener les acteurs (représentants du personnel, salariés et direction) à travailler ensemble dans le cadre d'une concertation et d'une mobilisation de chacun sur la question du travail (constitution d'un groupe de travail, choix de personnes référentes)...



3.2 Réaliser un prédiagnostic (état des lieux) et un diagnostic

Il s'agit dans cette étape de recueillir des données utiles pour la compréhension du problème posé ; cela passe par un recueil de données quantitatives et qualitatives :

- › indicateurs par rapport au fonctionnement de l'entreprise, aux relations sociales, à la santé. . .
- › recueil de la parole et expressions des salariés (entretiens individuels et /ou collectifs)
- › élaboration de questionnaires
- › analyse de situations de travail.

Le repérage et l'analyse de situations-problèmes (perçues et vécues comme des situations de travail pénibles par les personnes) permettront d'orienter et de cibler plus finement les analyses (identification des facteurs de risques).

Une fois les principaux dysfonctionnements et facteurs de risques repérés, des actions correctives seront mises en œuvre.

La validation du diagnostic doit être partagée par le groupe de travail, en concertation avec la direction.

Attention : ce sont souvent les évolutions des indicateurs qui sont intéressantes à analyser, et qui permettent d'approfondir le diagnostic.

3.3 Elaborer un plan d'action

Le diagnostic aboutit à des propositions d'actions prioritaires et réinterroge l'organisation du travail, les modes de management, la politique RH (évolution des compétences), l'identité professionnelle et les modes de régulation, l'aménagement des espaces. . .

Il prend donc en compte l'entreprise dans son fonctionnement global, compte tenu du caractère plurifactoriel des TMS et/ou des RPS.

Il permet de :

- › définir des priorités
- › construire un plan d'actions dans le temps
- › faire le lien avec l'organisation du travail.

Ainsi, le plan d'action devra s'attacher à agir si possible sur les 3 niveaux de prévention en privilégiant les actions relevant de la prévention primaire :

- › la **prévention primaire**, (c'est à dire "**prévenir**"), dont la finalité est la suppression des sources de RPS et de TMS (actions touchant à l'organisation du travail, la conception des postes, les outils de travail)
- › la **prévention secondaire**, (c'est à dire "**réduire ou corriger**"), dont la finalité est d'avantage d'outiller les salariés pour les aider à faire face aux situations de travail sources de RPS (informations, formations, gestion des conflits. . .) en agissant non pas sur les causes, mais sur les conséquences et en limitant l'impact sur la santé
- › la **prévention tertiaire**, (c'est à dire "**réparer**"), dont la finalité est la prise en charge de la souffrance du salarié (n° vert, suivi psychologique, . . .) ou la recherche de solutions pour les salariés déclarés inaptes.

3.4 Suivre et pérenniser

Afin d'ancrer la démarche dans le temps, le groupe de travail qui aura pris part à la démarche pourra veiller à la mise en œuvre du plan d'actions.

Les actions seront hiérarchisées et planifiées dans le temps selon l'urgence (échancier de réalisation) ; un interlocuteur identifié au préalable pourra être désigné pour chaque domaine d'action. L'obligation pour l'employeur d'assurer la sécurité et de protéger la santé physique et mentale de ses salariés demeure.

Il en est de même pour sa responsabilité d'inscrire les TMS et RPS au Document Unique et de veiller à sa mise à jour annuelle.

Le Document Unique doit être enrichi par la veille des conditions de travail et de sécurité, et être à disposition des salariés (décret nov. 2005).



4 Illustration de la démarche de

CAS N°1

Le repas de midi

Préparation de l'action

Pré diagnostic : Elaboration des axes de travail

■ Explicitation de la démarche – Communication

Rencontre préalable avec le directeur (par intérim), puis la directrice, les deux personnes référentes de l'action (qui représentent les AS), un membre CHSCT, le médecin du travail et la cadre de santé (IDE).

▷ **Constitution d'un groupe de travail :**
(2 AS- 1 ASH -1 IDE) dont la mission est de participer aux analyses et de communiquer autour du projet.

▷ **Présentation du projet :**
Lors de 3 réunions de transmission, et d'étude d'une rencontre avec une personne de l'équipe nuit.

■ Repérage des signaux d'alerte et des indicateurs

▷ **Santé - sécurité :**
Fatigue et démotivation exprimées par le personnel et le médecin du travail - apparition de TMS - Pas de Document Unique.
Ressources humaines : absentéisme ponctuel, congés non pris, difficultés de recrutement et de fidélisation (IDE).

▷ **Relations sociales :**
Conflits entre salariés et entre services (personnel soignants et cuisine), relations tendues et dégradation du matériel.

▷ **Fonctionnement de l'établissement :**
Plaintes des familles, baisse de la qualité de prise en charge, problème de gestion des stocks (protections, gobelets, ...).

■ Points clés du contexte

▷ **Un personnel avec de très fortes attentes par rapport à la démarche**

▷ **Un projet d'établissement :**
Nouvelle organisation mise en place : répartition nouvelle des équipes dans les étages.

▷ **De fortes contraintes budgétaires**
Politique de réduction des coûts.

■ Une situation problème

▷ Le repas de midi

*Structure : EHPAD
40 salariés
94 résidents dont 90 %
en fauteuil roulant
Moyenne d'âge : 87 ans
Gir : 677*

*Contexte : demande
d'intervention émanant
du médecin du travail :
scission de 2 établissements
– turn over des directions
et des cadres de santé
– déclaration de TMS*

prévention : présentation de 7 cas d'entreprises

Construction d'un diagnostic partagé

▷ Reconsidérer le déroulement des tâches du matin afin de réduire le retard sur le début des repas de midi.

▷ Identifier des problèmes de glissements de tâches et de fonctions (causes conjoncturelles et structurelles)

- Suppression de postes et augmentation du niveau de dépendance se cumulent, ce qui conduit à des dysfonctionnements (problème de gestion des stocks par exemple).
- Arrivée au repas de midi des résidents, à des heures différentes des AS et ASH : forte désorganisation pour la prise des repas.
- Pas de prise en charge de certains résidents, repas froid... ; absence d'AS présente en fin de repas (fin de poste).
- Les médicaments sont distribués par les AS
- Pas de disponibilité des AS et ASH pour aider les résidents à manger.
- Pas de répartition claire de « qui fait quoi » en salle (cuisine, AS, ASH, stagiaires)
 - = des tensions
 - = sentiment de frustration
 - = maltraitance
- Des transmissions « inadaptées ».

Elaboration du plan d'actions

Organisation des tâches du matin

▷ Evaluer l'autonomie des résidents sur chaque étage pour repérer le temps réel passé au nursing.

▷ Travailler sur les plannings des douches en fonction de la « lourdeur » des résidents : ne pas mettre deux douches lourdes consécutives : travail effectué par la cadre.

▷ Au 3^{ème} étage : effectuer les toilettes lourdes en binôme : 1 AS, 1 ASH.

▷ Faire distribuer les médicaments et le petit déjeuner par 1AS et 1IDE.

▷ Au 2^{ème} étage : 3 personnes + aide ASH du 3^{ème} pour résidents les plus lourds.

Conception de l'espace

▷ Pour limiter déplacements : stock tampon sur chaque étage.

Organisation des repas de midi

▷ Distribution des repas : préparation des tables, plan de table, regrouper par dépendance.

Communication

▷ Cibler les informations prioritaires en transmission.

▷ Des réunions entre les différentes catégories de personnel pour mieux connaître le travail. Être au clair sur contenu et temps des réunions.

Formation

▷ Avoir une meilleure connaissance des médicaments et pathologies pour AS et ASH faisant fonction d'AS.

▷ Favoriser le travail du personnel par secteur

Suivi Pérennisation

Restitution du diagnostic en présence du cadre, responsable, AS et ASH, IDE, direction.

Prise en compte du nouveau projet de la direction lors de l'élaboration du diagnostic.

Travail sur l'organisation du repas du soir : la question des plateaux.

▷ Pour le suivi :

A l'aide de critères d'évaluation définie au préalable, faire une simulation organisationnelle de manière à évaluer l'impact sur la santé et la performance de l'entreprise.

BILAN DE LA DEMARCHE

Atouts majeurs :
Une nouvelle direction disponible par son écoute et ses échanges et une forte implication du médecin du travail et des personnes référentes.

Difficultés :
Turn over : des cadres de santé et directeurs pendant le diagnostic – scission récente et donc pas d'indicateurs disponibles propres à l'établissement.



CAS N°2

La mobilisation des résidents

Préparation de l'action

**Pré diagnostic :
Elaboration des axes de travail**

▪ **Explicitation de la démarche – Communication**

Rencontre avec le directeur de l'établissement, le médecin du travail, la cadre de santé.

▷ **Présentation du projet d'étude** au directeur par l'ergonome du Service de Santé au Travail et le médecin du travail.

▷ **Contexte de l'étude :**
Maladies Professionnelles (TMS) en augmentation, dégradation du climat social.
Perte de confiance des soignants envers la direction (sentiment de ne pas être écoutés).

▷ **Nomination d'une personne référente :**
La cadre de santé (en formation lors de l'action collective, donc peu disponible).

▪ **Repérage des signaux d'alerte et des indicateurs**

▷ **Santé-sécurité :** augmentation de la souffrance physique et mentale des soignants, maladies professionnelles (TMS) déclarées.
Document Unique fait en 2008 (non réactualisé)

▷ **Ressources humaines :** absentéisme (20%), turn-over important

▷ **Relations sociales :** problèmes relationnels dans l'équipe soignante, plaintes récurrentes du personnel sur les conditions de travail (verbalisations auprès du médecin du travail)

▷ **Fonctionnement de l'entreprise :**
Pression des familles

▪ **Points clés du contexte**

▷ Présence de matériel d'aide à la manutention aux étages qui n'est pas ou peu utilisé.

▷ Concertation avec le personnel non suivie d'effets lors d'anciens projets d'aménagement des locaux, ce qui a entraîné une démotivation des salariés.

▪ **Une situation problème**

▷ La mobilisation des résidents

*Structure : EHPAD
63 salariés
86 résidents
Moyenne d'âge : 87 ans
GMP : 760*

Contexte : demande d'intervention émanant du médecin du travail : beaucoup de plaintes du personnel soignant, problèmes relationnels, manque de personnel, absentéisme élevé (20%)

Construction d'un diagnostic partagé

▷ Les AS/ASH **n'utilisent pas le lève malades à disposition** dans les étages car :

- cela prendrait trop de temps ; celles utilisant le matériel se font donc critiquer par leurs collègues, ce qui crée des tensions dans l'équipe.

- certaines familles ne le souhaitent pas, car elles trouvent cela dégradant pour leur proche, ce qui engendre des relations tendues entre familles et soignants.

▷ L'équipe soignante fait remonter une charge psychique élevée due aux **relations de plus en plus difficiles avec les familles** : exigence accrue, peu de reconnaissance de leur part, peur des soignants d'être mal compris par les familles, ...

▷ **Une charge de travail excessive** impacte directement la souffrance mentale des AS/ASH :

- peur de faire mal aux résidents en les manipulant de façon sèche et rapide (maltraitance)
- sensation de mal faire son travail
- regret de ne pas avoir assez de temps à passer avec les résidents, à discuter avec eux : « on les écoute à moitié, on n'a pas le temps, on est dans les starting blocks »

L'organisation du travail dans cette structure a entraîné un manque de reconnaissance, une insatisfaction dans le travail, un sentiment de travail mal fait (« travail empêché ») chez les soignants, et le climat social s'est dégradé. Tous ces éléments sont des facteurs de risques psychosociaux. Ils ont contribué à l'apparition de TMS.

Elaboration du plan d'actions

Organisation du travail

▷ **Mise en place d'une AS coordinatrice** qui est chargée de prendre en charge les nouvelles embauchées et les stagiaires

▷ **Planification des soins**, en coordination avec la cadre de santé, l'AS coordinatrice et l'infirmière, dans un souci d'une meilleure répartition du travail. Celle-ci prend en compte le nombre de douches, la dépendance, les besoins des résidents, ... La planification est évaluée et mise à jour régulièrement .

▷ **Création de postes supplémentaires :**

- 1 CAE pour la réfection des lits et le service des petits déjeuners (ce qui allège la charge de travail des AS/ASH le matin)
- 1 AMP en renfort : soins privilégiés pour les résidents à tour de rôle (bienveillance)
- 1 AS ½ en plus (budgétée par l'ARS) créée dans le cadre du PASA (Programme d'Activités en Soins Adaptés).

Ces créations de postes ont permis :

- de diminuer les interruptions de tâches pour les soignants,
- et d'améliorer la prise en charge des résidents.

Information / communication

▷ **Un groupe de parole** a été mis en place avec une psychologue extérieure pour améliorer le climat social dégradé.

▷ **Augmentation des réunions du conseil de la vie sociale** afin d'améliorer les liens avec les familles des résidents.

Technique

▷ **Achat de verticalisateurs.**

Suivi Pérennisation

Evaluation à faire dans les 6 mois pour mesurer les bénéfices déjà appréciés de la mise en place de l'AS coordinatrice (visibilité de la répartition des tâches, remontées du terrain, prise en compte des difficultés du personnel soignant, ...).

Bilan de l'achat des verticalisateurs : utilisation quasi systématique et grandement appréciée par l'équipe soignante.

Le groupe de parole avec la psychologue n'a pas été reconduit, car il n'a pas atteint les résultats escomptés, par manque de préparation.

BILAN DE LA DEMARCHE

Atouts majeurs :
Mise en place d'une fonction AS coordinatrice, mise en place d'un plan PASA.

Difficultés :
 - **Disponibilité insuffisante de la référente pour une bonne collaboration**
 - **Le climat social tendu a complexifié la mise en œuvre du plan d'actions.**



CAS N°3

La douche des résidents les plus dépendants

Préparation de l'action

**Pré diagnostic :
Elaboration des axes de travail**

▪ **Explicitation de la démarche – Communication**

Rencontre avec la directrice de l'établissement, le médecin du travail et l'AS référente.

Information des représentants du personnel, membres CHSCT et salariés par l'AS référente.

▷ **Présentation du projet d'étude** au directeur par l'ergonome du Service de Santé au Travail et le médecin du travail.

▷ **Contexte de l'étude :**
Passage récent de « Foyer Logement » à EHPAD : mise aux normes de l'établissement, réaménagement en cours des locaux pour les adapter aux spécificités de la dépendance, changement de direction en cours d'étude...

▷ **Nomination d'une personne référente :**
AS pour suivre l'action sur le terrain avec l'ergonome (observations, entretiens avec les salariés) et s'approprier les éléments de méthodologie. Changement de référent au cours de l'action (nomination IDE) en raison de la non acceptation par les collègues de travail du statut de l'AS référente.

▪ **Repérage des signaux d'alerte et des indicateurs**

▷ **Santé - sécurité :**

Document Unique mis à jour en mars 2009.
AT en augmentation entre 2008-2009.
3 maladies professionnelles (tableau 57) déclarées entre 2007 et 2009 chez les AS.
Augmentation des arrêts maladie de courte durée.
Turn-over important en raison notamment d'une rémunération insuffisante.

▷ **Ressources humaines :**

Nouvel accord pour la rémunération avec notamment l'apparition de primes d'objectifs calculées à partir de l'absentéisme et de l'évaluation annuelle.

▷ **Relations sociales :**

Appel à un médiateur externe pour l'accompagnement de l'établissement suite à une ambiance de travail dégradée et des situations conflictuelles en 2009.
Plaintes du personnel sur la conception des locaux existants.
Inquiétude du personnel face à l'augmentation de la dépendance des résidents à venir et des moyens actuels.

▷ **Fonctionnement dans l'entreprise :**

Exiguïté des locaux, ascenseurs non adaptés à l'activité.

▪ **Points clés du contexte**

▷ Chambres avec douches inadaptées aux résidents les plus dépendants.

▪ **Une situation problème**

▷ La douche des résidents les plus dépendants.

*Structure : EHPAD
44 salariés (E.T.P.32)
81 résidents
Moyenne d'âge : 89 ans
GMP : 529*

*Contexte : Passage
de foyer logement en EHPAD
en octobre 2008*

dants

Construction d'un diagnostic partagé

▷ Les chambres des résidents les plus dépendants sont situées en RDC. La seule salle de douche adaptée et utilisée, est située au 2^{ème} étage. L'utilisation d'un brancard douche pour gérer les déplacements n'est pas possible en raison d'ascenseurs inadaptés. Les AS utilisent des chaises percées à roulettes pour effectuer le déplacement des résidents du RDC vers le 2^{ème} étage.

▷ Ceci amène les AS à effectuer de nombreux déplacements (cf. chronique d'activité) et manipulations ce qui a pour conséquences :

- un temps de toilette plus long,
- une baisse de la qualité des soins et une fatigue du résident,
- une pénibilité et une fatigue accrues des AS,
- un risque d'augmentation des TMS, des accidents du travail, des maladies professionnelles, d'absentéisme...

Elaboration du plan d'actions

Organisation du travail

▷ Création d'un groupe de travail composé d'IDE et d'AS.

Au niveau organisationnel :

- à court terme : création d'un secteur pour les résidents plus dépendants au niveau de la salle de douche.
 - à moyen et long terme :
 - mener une réflexion globale sur l'organisation de la résidence et son devenir,
 - réaménager des espaces adaptés aux plus dépendants.
- Exemple : une grande douche pour 2 chambres avec possibilité d'utilisation du brancard douche.*

Technique

Choix du matériel :

Le personnel a participé au choix du matériel acheté en le testant préalablement : achat d'un brancard douche. Ce principe sera renouvelé pour tout achat de nouvel équipement.

Suivi Pérennisation

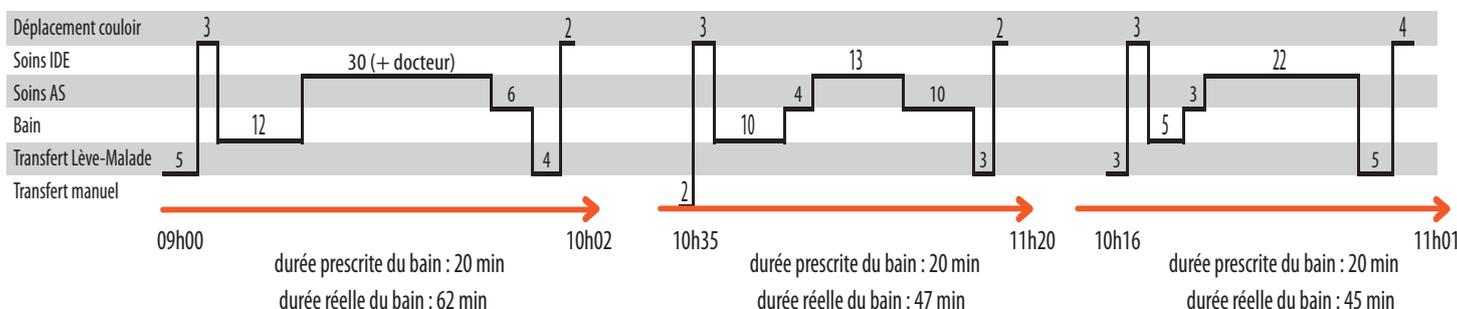
Suivi de l'action à réaliser par l'IDE référente.

Une évaluation a été effectuée à 6 mois :

- transfert en cours des résidents les plus dépendants au 2^{ème} étage à proximité de la salle de douche.
- transformation de quelques studios en chambre double.

Depuis, le CHSCT a proposé le recours à un consultant extérieur spécialisé en prévention des RPS.

Chroniques d'activité du bain : la chronique permet de mettre en évidence les aléas rencontrés par les AS, et l'écart entre le temps prescrit et le temps réellement passé



BILAN DE LA DEMARCHE

Atouts majeurs :

- Prise en compte des problèmes par le directeur.
- Qualité des échanges entre les différents établissements appréciés lors des réunions collectives par la direction et les référents.

Difficultés :

- Changement de direction et de référente au cours de l'action.
- Marges de manœuvre financières faibles.



CAS N°4

La toilette au lit et l'utilisation du lève

Préparation de l'action

**Pré diagnostic :
Elaboration des axes de travail**

▪ **Explicitation de la démarche – Communication**

Rencontre avec le directeur de l'établissement, le médecin du travail, la cadre de santé (IDE), une IDE membre du CHSCT, la DRH.

▷ **Présentation du projet d'étude** : lors d'un CHSCT, avec le médecin du travail

▷ **Contexte de l'étude** :
Passage de « Long séjour » à EHPAD (GMP très élevé), locaux vétustes et étroits, déménagement prévu 24 mois après le démarrage de l'action

▷ **Nomination d'une personne référente** :
Désignation d'une IDE (membre du CHSCT) pour suivre l'action sur le terrain avec l'ergonome du Service de Santé (observations des situations de travail, entretiens avec les salariés) et pour s'approprier des éléments de méthodologie.

▪ **Repérage des signaux d'alerte et des indicateurs**

▷ **Santé - sécurité** :

Existence du Document Unique.
Forte fatigue exprimée par les soignants, accidents de travail (lombalgies), plaintes du personnel sur la charge de travail (patients avec GIR élevé), charge physique élevée d'après le médecin du travail.

▷ **Ressources humaines** :

Absentéisme, personnel vieillissant (70% des AS ont plus de 40 ans)

▷ **Relations sociales** :

Le changement d'organisation dans les nouveaux locaux amène des inquiétudes et crée des tensions dans les équipes (« on ne sait pas où on va... »)

▷ **Fonctionnement de l'entreprise** :

- Pression des familles ("deviennent trop procédurières")
- Exigüité et vétusté des locaux

▪ **Points clés du contexte**

▷ **Déménagement prévu** :

- Passage de chambre doubles en chambres individuelles avec rail au plafond,
- Plans des architectes achevés (aucune marge de manœuvre sur l'aménagement des futurs locaux)

▪ **Deux situations problème**

▷ La toilette au lit

▷ L'utilisation du lève malades

Structure : EHPAD
94 salariés
98 résidents
Moyenne d'âge : 85 ans
GMP : 801

Contexte : déménagement
prévu 24 mois après le début
de l'action collective

- malades

Construction d'un diagnostic partagé

▷ De nombreuses manutentions lors des toilettes au lit sont « compensées » par une entraide rendue possible par un travail en binôme dans des chambres doubles. Cette régulation permet de diminuer les contraintes posturales, d'échanger sur la santé des résidents, et d'améliorer la qualité de la prise en charge.

▷ **Inadéquation** entre les méthodes de travail acquises au cours des formations et les possibilités de mise en œuvre en situation.

▷ **Utilisation du lève malade** : risque de renversement si pieds non écartés, sangles pas toujours adaptées à la morphologie des résidents (peur qu'ils glissent si sangle trop grande), matériel pas toujours disponible, perte de temps pour aller le chercher, encombrement des chambres, difficultés de roulage du matériel, appareil vétuste, ...

▷ **L'installation de rails dans les chambres individuelles** devrait supprimer certaines contraintes liées à l'utilisation du lève malades (indisponibilité du matériel, temps nécessaire pour aller le chercher, difficultés de roulage, encombrement des chambres, ...), et devrait sécuriser les transferts des résidents.

▷ **Mais** quid des manutentions lors des différentes étapes de la toilette : (dés)habillage, mise en place des protections et des sangles, ... ?

Elaboration du plan d'actions

Compte tenu de l'état d'avancement du projet et des investissements déjà financés, peu de préconisations ont pu être avancées...

Organisation du travail

▷ Malgré le passage en chambre individuelle, une réflexion sera menée avec le personnel sur la mise en place d'une organisation du travail permettant un travail à deux soignants pour les résidents les plus lourds et pour les phases de toilette (hors transferts avec le rail).

▷ Discussion avec les familles pour conseiller des tenues vestimentaires les plus adaptées possible au niveau de dépendance des résidents (facilite l'habillage et déshabillage et le bien-être des résidents).

Technique

▷ Achat de sangles adaptées à chaque morphologie des résidents

Formation

▷ Formation de « référentes manutention » en interne. Objectif : animation d'ateliers avec les soignants pour travailler sur les techniques de manutention (rehaussement au lit, translation, utilisation du matériel, ...).

Suivi Pérennisation

Suivi de l'action à réaliser par l'IDE référente après le déménagement, et dans la durée

Les ateliers pratiques avec les référentes manutention ne sont pas faits régulièrement, en raison de l'absentéisme important (regret du personnel soignant).

BILAN DE LA DEMARCHE

Atouts majeurs :
Forte implication de la personne référente, ce qui a permis l'apport d'un nouveau regard sur l'activité de ses collègues de travail.

Difficultés :
Intervention trop tardive par rapport aux plans du nouvel établissement, la conception des locaux entraînant de fait une nouvelle organisation, qui ne prend pas en compte la réalité du travail.

Ce que montre ce cas, c'est que tout projet d'aménagement doit être précédé d'une analyse de l'activité au travail et d'une consultation la plus en amont possible des salariés et des instances représentatives du personnel (CHSCT, délégués du personnel, ...).



CAS N°5

La toilette des résidents en unité Alzh

Préparation de l'action

**Pré diagnostic :
Elaboration des axes de travail**

▪ **Explicitation de la démarche – Communication**

Rencontre avec la directrice de l'établissement et la référente (agent d'accompagnement).
Information aux représentants du personnel, membres du CHSCT et salariés par la référente et l'ergonome du SST.

▷ **Présentation du projet d'étude à la directrice et à la référente** réalisée par l'ergonome du SST.

▷ **Contexte de l'étude :**
Courrier de la CARSAT demandant de mener une démarche de prévention des TMS suite à des déclarations de MP concernant des affections du canal carpien.

▷ **Nomination d'une personne référente :**
Désignation d'un agent d'accompagnement pour suivre l'action sur le terrain avec l'ergonome du SST (observations en situations, entretiens avec les salariés) et pour s'approprier les éléments de méthodologie.

▪ **Repérage des signaux d'alerte et des indicateurs**

▷ **Santé - sécurité :**

- Mise à jour du Document Unique en novembre 2008
- AT principalement chez les AS
- MP : 5 atteintes du canal carpien (2 AS, 1 lingère, 2 agents de service)
- Arrêts maladies de courte durée, tous secteurs confondus
- Turn-over important : 33% en 2008 (IDE et AS) notamment en raison d'une rémunération jugée insuffisante

▷ **Ressources humaines :**

Nouvel accord pour la rémunération avec notamment l'apparition de primes d'objectifs calculées à partir de l'absentéisme et de l'évaluation annuelle.

▷ **Relations sociales :**

Plaintes du personnel en rapport avec le travail à réaliser en unité Alzheimer.

▷ **Fonctionnement de l'entreprise :**

3 unités différentes dont une unité Alzheimer. Le personnel est affecté à l'unité Alzheimer une semaine sur trois.

▪ **Points clés du contexte**

▷ En unité Alzheimer le personnel doit réadapter le déroulement de la journée en permanence en fonction de l'état de santé des différents résidents, d'où une charge physique et mentale importantes.

▪ **Une situation problème**

▷ La toilette des résidents en unité Alzheimer.

*Structure : EHPAD
33 salariés (E.T.P.28,08)
52 résidents
Moyenne d'âge : 83 ans
GMP : 740*

*Contexte : Passage
en EHPAD en 2001*

eimer

Construction d'un diagnostic partagé

- ▷ Les toilettes sont effectuées par les AS, les AMP ou les auxiliaires de vie.
- ▷ Pour limiter les contraintes posturales, améliorer la prise en charge des résidents et diminuer le coût psychique, la plupart des toilettes devraient être réalisées en binôme (travail prescrit).
- ▷ Ce travail prescrit n'est pas respecté en raison des différents aléas constatés lors des observations :
 - résident désorienté
 - réponse à une demande spécifique d'un résident
 - attente de l'IDE pour un pansement ou interruption d'une toilette en cas de non disponibilité de cette dernière
 - déplacement pour aller chercher du matériel
 - appel de l'IDE en présence de résident ayant un problème...
- ▷ Tous ces aléas sont source d'interruptions fréquentes et le personnel développe des stratégies pour pouvoir finir son travail dans le temps imparti.
- ▷ En cas de situations de débordement trop importantes, le personnel s'autorise à reporter une douche sur l'après-midi ou le lendemain.
- ▷ Pour faire face à la contrainte temporelle, un plus grand nombre de toilettes est réalisé seul, entraînant ainsi une pénibilité et un risque d'accident plus élevés.
- ▷ De plus, ce manque de temps engendre une perte d'autonomie du résident (« pour aller plus vite, on fait à la place du résident ») et se traduit chez les soignants par le sentiment d'un travail mal accompli.

Elaboration du plan d'actions

■ Organisation du travail

- ▷ Des réunions avec le personnel ont permis de faire une restitution et de mener une réflexion sur :
 - le temps de travail journalier (trop long : 10 heures)
 - les fréquences de rotations entre les différentes unités
 - la difficulté de travailler en binôme
 - les différences de prise en charge des résidents en fonction de la formation initiale (AS, AMP).
- ▷ Par ailleurs, il sera nécessaire de mener une réflexion plus globale sur l'organisation du travail et de mettre en place notamment de nouvelles fiches de poste.

Suivi Pérennisation

Nouvelles fiches de poste réalisées et mises à jour régulièrement par l'infirmière coordinatrice.



BILAN DE LA DEMARCHE

Atouts majeurs :
Bonne implication de la référente.

Difficultés :
Positionnement délicat de la référente par rapport aux autres salariés.



CAS N°6

Les toilettes des résidents

Préparation de l'action

**Pré diagnostic :
Elaboration des axes de travail**

▪ **Explicitation de la démarche – Communication**

Rencontre avec le directeur de l'établissement, le médecin du travail, et l'agent d'accompagnement afin de préciser les tenants et les aboutissants de la démarche.

Information de l'ensemble des salariés par voie d'affichage durant plusieurs transmissions.

▷ **Présentation du projet d'étude :** par le médecin du travail lors d'un CHSCT.

▷ **Contexte de l'étude :**
Passage récent de « Foyer Logement » à EHPAD : mise aux normes de l'établissement, réaménagement de certains logements, augmentation de la dépendance...

▷ **Nomination d'une personne référente :**
IDE et agent d'accompagnement afin de toujours pouvoir libérer l'une des deux personnes.

▪ **Des signaux d'alerte et des indicateurs**

▷ **Santé - sécurité :**

Forte fatigue exprimée et plaintes du personnel remontées auprès du médecin du travail (surcharge de travail).

Existence d'un Document Unique (mis à jour début 2009).

AT en nette augmentation (+40% entre 2008 et 2010). Multiplication des arrêts courts (+30% entre 2008 et 2010).

▷ **Ressources humaines :**

Nouvel accord pour la rémunération avec notamment l'apparition de primes d'objectifs calculées à partir de l'absentéisme et de l'évaluation annuelle.

▷ **Relations sociales :**

Bonne entente entre les équipes.

▷ **Fonctionnement dans l'entreprise :**

Exigences accrues des familles. Problème de responsabilité concernant le remplissage des chariots de soins.

▪ **Points clés du contexte**

▷ Chambres réparties sur quatre étages

▷ Matériel d'aide à la manutention très peu utilisé

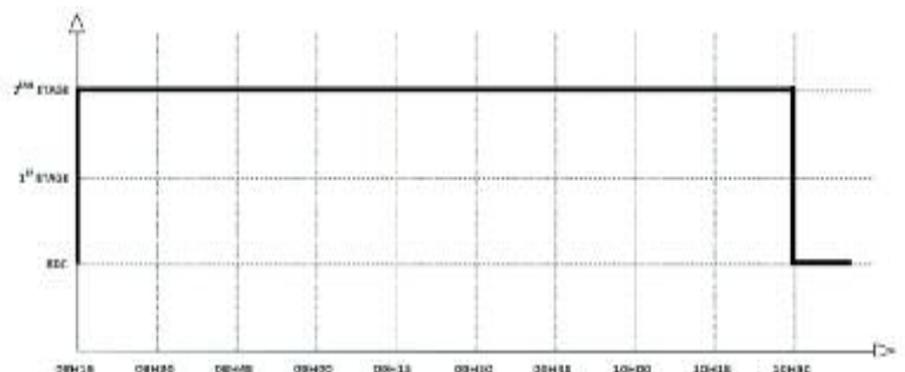
▪ **Une situation problème**

▷ Les toilettes

Structure :
EHPAD
42 salariés
85 résidents
Moyenne d'âge : 85 ans
GMP : 450

Contexte :
Passage récent en EHPAD

Chroniques des déplacements entre les étages



Déplacements prescrits pendant la phase des toilettes (2^{ème} étage)

Construction d'un diagnostic partagé

▷ Les nombreuses interruptions de tâches (bips, accompagnements résidents, récupération matériel manquant...) ne sont pas suffisamment prises en compte dans le temps alloué à la prise en charge des résidents et sont donc à l'origine d'une charge mentale importante (cf. graphique ci-dessous).

▷ Les déplacements importants (au sein d'un même étage, mais aussi entre les différents étages) engendrent une perte de temps significative et une fatigue prononcée en fin de journée (cf. graphique ci-dessous).

▷ Le matériel d'aide à la manutention est très peu utilisé et les principes de "l'humanité" ne sont pas mis en œuvre car les AS manquent parfois de formation et craignent une perte de temps supplémentaire.



Ainsi, les interruptions de tâches, les déplacements à répétition, mais aussi l'augmentation progressive de la dépendance, sont autant de paramètres qui peuvent affecter la qualité de prise en charge des résidents. De ce fait, une réflexion sur l'organisation du travail et donc la charge de travail à venir, s'avère indispensable.

Elaboration du plan d'actions

Organisation du travail

▷ Création d'un groupe de travail composé d'une IDE, d'une AMP et de cinq AS.

▷ Mise à jour des plannings : l'objectif est de mieux prendre en compte les déplacements des AS, mais aussi les habitudes de vie des résidents.

▷ Détermination des rôles de chacun pour le remplissage des chariots de soins (gestion des stocks, remplissage en fin de poste...).

Technique

▷ Achat de deux chariots de soins (équipés de poubelles) pour chaque étage.

Formation

▷ Réflexion autour du programme de formation du personnel soignant (matériel d'aide à la manutention, humanité...).

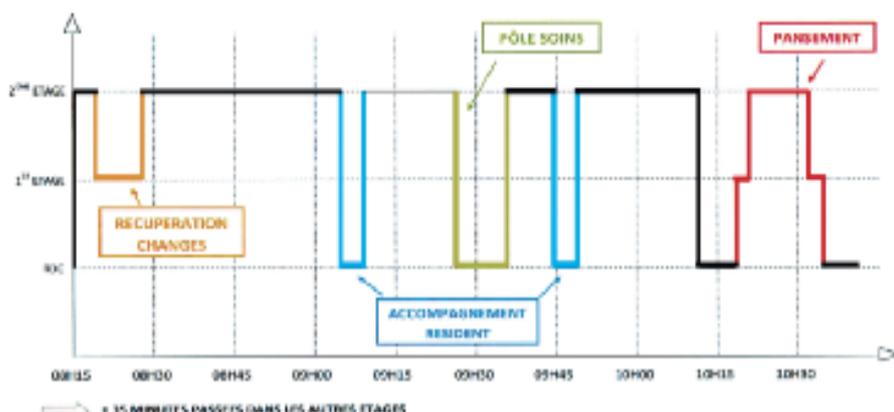
Suivi Pérennisation

Validation à trois mois des nouvelles fiches de poste, ainsi que de la nouvelle organisation des tournées (évaluation des déplacements et des interruptions de tâches une fois la nouvelle organisation mise en place, remontées et prise en compte des différentes remarques...).

Mise à jour régulière de l'organisation des tournées et des fiches de poste.

Création d'une association de résidents et familles de résidents.

Développement du projet de vie de l'établissement (association des familles de résidents, partenariats, animations, balnéothérapie...).



Déplacements réels pendant la phase des toilettes (2^{ème} étage)

BILAN DE LA DEMARCHE

Atouts majeurs :

- Direction impliquée
- Référent disponible et volontaire
- Mise en place d'un groupe de travail pérenne.

Difficultés :

- Marges de manœuvre financières faibles.

4 Illustration de la démarche de prévention : présentation de 7 cas



CAS N°7

Le bain en chariot douche

Préparation de l'action

Pré diagnostic : Elaboration des axes de travail

■ Explicitation de la démarche – Communication

Rencontre avec le directeur de l'établissement, le médecin du travail, la cadre de santé (IDE), une IDE membre du CHSCT, la DRH.

▷ **Présentation du projet d'étude** : lors d'un CHSCT, avec le médecin du travail

▷ Contexte de l'étude :

- passage de "Long séjour" à EHPAD (GMP très élevé)
- locaux vétustes et étroits
- déménagement prévu 24 mois après le démarrage de l'action

▷ **Nomination d'une personne référente** : (IDE membre du CHSCT) pour suivre l'action sur le terrain avec l'ergonome du Service de Santé (observations des situations de travail, entretiens avec les salariés) et pour s'approprier des éléments de méthodologie.

■ Des signaux d'alerte et des indicateurs

▷ Santé - sécurité :

Forte fatigue exprimée par les soignants, accidents de travail (lombalgies), plaintes du personnel sur la charge de travail (patients avec GIR élevé), charge physique élevée d'après le médecin du travail

▷ Ressources humaines :

Absentéisme important, personnel vieillissant (70% des AS ont plus de 40 ans)

▷ Relations sociales :

Le changement d'organisation dans les nouveaux locaux amène des inquiétudes et crée des tensions dans les équipes ("*on ne sait pas où on va...*")

▷ Fonctionnement de l'entreprise :

- Pression des familles ("*deviennent trop procédurières*")
- Exigüité et vétusté des locaux

■ Points clés du contexte

- 2 salles de bain par étage (12 m² chacune).
- Dans les nouveaux locaux : une salle de bain (6 m²) par chambre et une salle de bain thérapeutique.
- Plans des architectes achevés (aucune marge de manœuvre sur les futurs locaux).

■ Une situation problème

Les bains (douches au lit)

Structure :
EHPAD
94 salariés
98 résidents
Moyenne d'âge : 85 ans
GMP :801

Contexte : déménagement
prévu 24 mois après le début
de l'action collective

Construction d'un diagnostic partagé

▷ La présence de 2 salles de bain par étage entraîne des **déplacements de résidents** (déshabillés) en chariot douche dans les couloirs, ce qui occasionne des pertes de temps pour les soignants, de l'inconfort et une perte d'intimité pour les résidents.

▷ Le planning des toilettes du matin est organisé avec un **temps prescrit** pour le bain de 20 minutes. Mais de nombreux aléas (refus du résident, soins à faire par l'infirmière, ...) peuvent prolonger la durée de cette tâche, créant du stress et de l'insatisfaction chez le soignant : « *quand on est serré en temps, les bains ça ne devient plus du plaisir ...* ».

▷ Une partie du personnel soignant se plaint de **ne pouvoir répondre correctement aux besoins des résidents et ressent de la frustration** : « *On leur parle de bain, mais en fait c'est une douche, il n'y a pas d'immersion dans l'eau* », « *c'est trop rapide pour apporter un vrai confort* ».

▷ Lors des observations, il a été relevé de nombreuses manutentions pour les phases de toilette, (dés)habillage, mise en place des protections et installation des sangles du lève malades. Les efforts sont moins importants, les contraintes posturales moins élevées et les gestes plus sécurisants lorsque ces phases sont faites par opérateurs.

▷ Dans le nouvel établissement, chaque chambre sera équipée d'une salle de bain, ce qui évitera les transferts de résidents dans les couloirs, une perte de temps, et le risque de chute.

▷ Mais la dimension des futures salles de bains (6 m²) laissera très peu de place au personnel soignant pour travailler aisément autour du chariot douche (espace trop restreint, risque d'adopter des postures contraignantes lors de la toilette).

Elaboration du plan d'actions

■ Conception de l'espace

▷ Lors du diagnostic, le projet architectural était trop avancé et il était impossible de revenir sur la superficie des futures salles de bain. La direction a donc engagé une réflexion sur l'achat de matériel moins encombrant afin de limiter les contraintes posturales.

■ Organisation du travail

▷ Il est nécessaire de maintenir une gestion des plannings donnant la possibilité aux AS de travailler à deux pour les résidents les plus lourds (notamment pour les phases de (dés)habillage).

■ Technique

▷ L'idée d'équiper le nouvel établissement de fauteuils douches inclinables (pour les résidents les plus dépendants) a été retenue.

▷ Par ailleurs, la création de la salle de bain à visée thérapeutique avec une baignoire à immersion amènera un confort supplémentaire pour les résidents et le personnel soignant sera satisfait de pouvoir répondre à leurs besoins, ce qui diminuera sa frustration.

Ce que montre ce cas, c'est que tout projet d'aménagement doit être précédé d'une analyse d'activité du travail et d'une consultation la plus en amont possible des salariés et des instances représentatives du personnel (CHSCT, délégués du personnel, ...).

Suivi Pérennisation

Suivi de l'action à réaliser par l'IDE référente après le déménagement et dans la durée

Vérifier si l'utilisation des nouveaux fauteuils douches est effective et pratique pour le personnel soignant.

Evaluer l'impact de l'utilisation du nouvel équipement sur l'organisation du travail afin que la douche soit donnée dans les meilleures conditions (confort, sécurité et respect du temps prescrit).

BILAN DE LA DEMARCHE

Atouts majeurs :

- **Forte implication de la personne référente car elle apporte un nouveau regard sur l'activité de ses collègues de travail**
- **Réflexion de la direction sur l'achat de nouveau matériel adapté aux futurs locaux.**

Difficultés :

La consultation en amont du personnel et l'analyse du travail réel auraient permis de mieux adapter les futurs locaux et l'organisation du travail.

5 Synthèse des études en EHPAD



Les thèmes abordés ci après, concourent tous, de manière directe ou de façon insidieuse, à l'apparition de Risques Psycho-Sociaux et/ou Troubles Musculo Squelettiques.

L'objectif est d'informer les structures que ces dysfonctionnements peuvent être facteurs de TMS et de RPS (cf les 7 cas d'interventions décrits ci-avant), et de montrer que des solutions doivent être recherchées et peuvent être mises en œuvre.

Le temps alloué pour les tâches (travail prescrit) / le temps passé (travail réel)

Les 7 cas d'interventions font clairement ressortir l'absence de prise en compte du temps réellement nécessaire à une prise en charge "correcte et décente" des résidents ; ceci est principalement dû :

- à une sous estimation des aléas
- à la non prise en compte des variabilités inter-individuelles entre résidents (temps passé pour le nursing différent d'un résident à l'autre ; pathologie impliquant des manutentions délicates et lentes, nettoyage des lunettes, réalisation d'un shampoing...)
- à la sous évaluation des distances à parcourir entre les chambres
- à la disponibilité réelle du matériel et des consommables

Dès lors, il s'avère difficile pour le personnel d'assurer de façon permanente des soins de qualité. Des choix doivent être faits entre les exigences « quantitatives » (12 minutes en moyenne pour une toilette) et le souhait d'effectuer des prises en charge de qualité, qui correspondent aux valeurs du métier.

Cette contradiction entre "objectifs définis" et "valeurs des salariés" (conflit d'éthique) génère de la souffrance et peut créer des tensions au sein des collectifs de travail, mais également impacter les relations avec les résidents ; on assiste dans certains cas à des agressions verbales au sein des équipes et entre personnel et résidents.

Par manque de matériel adapté (taille des sangles du lève malade), les AS effectuent des transferts par la technique du "glisser au drap". Mais en raison du temps alloué à chacune, elles le font souvent à deux, alors que cette technique est prescrite en théorie à 3 soignants : "on n'a pas le choix, les autres sont occupées, sinon on n'a pas le temps de finir », au risque de se faire mal et de réaliser un transfert peu confortable pour le résident. . .

La répartition des tâches / le travail en binôme

Dans certaines structures, les tâches à effectuer ne sont pas clairement définies ; ceci se traduit au quotidien par un manque de clarification au niveau des rôles et missions de chacun (AS/ASH/ASH faisant fonction d'AS), par des glissements de tâches, difficilement gérables sur du long terme.

Il peut s'y ajouter des fiches de postes vétustes, ou déconnectées de la réalité, donc inutilisables. Ce manque de lisibilité est parfois générateur de tensions, notamment lorsque le collectif n'arrive plus à réguler la charge de travail.

La place donnée aux transmissions dans l'organisation du travail

Les temps accordés aux transmissions et le contenu de ces réunions déterminent pour partie le travail des soignants. Le temps consacré et les thèmes abordés varient d'une structure à l'autre.

Par ailleurs, pour certains soignants, ces temps de transmissions cibleraient trop la dimension médicale, en laissant peu de place aux questions relatives à l'autonomie des résidents. Or c'est bien le degré d'autonomie qui va conditionner l'activité des personnels soignants tout au long de la journée.

Dans une structure, les temps de transmission varient de ½ heure à 1heure 30, les AS, l'IDE, et les ASH faisant fonction d'AS y participent. Ces dernières regrettent de ne pas avoir d'informations plus précises sur les conditions de vies du résident : visite de la famille, participation à des activités, petits déjeuners pris en chambre . . . qui leur permettraient de mieux appréhender l'état de chacun. . .

C'est bien le degré d'autonomie des résidents qui va conditionner l'activité des personnels soignants tout au long de la journée.

Le paradoxe de l'autonomie

Maintenir les résidents autonomes est un des objectifs prioritaires des EHPAD : que les résidents puissent faire leur toilette, manger, se déplacer... de façon autonome le plus longtemps possible. **Le paradoxe réside dans le fait que maintenir une personne autonome demande du temps aux personnels**, qui n'en ont pas suffisamment. Ils font donc "à leur place", ce qui tend à accélérer la perte d'autonomie du résident.

Les personnes âgées intégrant de plus en plus tard les structures, elles présentent un niveau de dépendance élevé et leur prise en charge n'en est que plus lourde.

Autrement dit, cela pose la question des conditions requises pour garder leur niveau d'indépendance.

Les concepteurs des nouveaux locaux ont clairement sous estimé l'impact des modifications spatiales sur les conditions de travail :
- Dans cette structure, la distance à parcourir dans les couloirs pour accéder à l'ascenseur a considérablement augmenté : les personnels expliquent que pour gagner du temps et pour s'économiser, ils transportent les personnes âgées valides en fauteuil roulant alors qu'elles devraient marcher.
- Dans cette autre structure, compte tenu du nombre de toilettes à effectuer et du temps alloué, les personnels soignants font "à la place" des résidents afin d'être prêts pour le repas.

Notions de maltraitance / bientraitance

Ces termes ont été maintes fois évoqués au cours des entretiens individuels et collectifs ; ils peuvent recouvrir des aspects différents selon l'interlocuteur car ils contiennent de fait une part de subjectivité.

Ainsi, selon les personnels interrogés, il s'agit de maltraitance lorsque les repas sont servis froids ou lorsque le personnel soignant manque de temps pour discuter avec les résidents, ou lorsque que les toilettes ne sont pas faites régulièrement... Ou encore lorsque les résidents sont victimes d'agressions verbales, voire physiques. Le terme de maltraitance sous entend bien souvent la responsabilité individuelle de la personne en charge du résident. Cependant, il est dans la majorité des cas, démontré que **l'organisation mise en place au sein des structures ne permet pas aux personnels d'effectuer un travail de qualité**. Or, c'est bien lorsque les personnes ont la possibilité de bien faire leur travail, qu'elles puisent les ressources nécessaires à la construction de leur santé psychique et qu'elles peuvent assurer une prise en charge satisfaisante des résidents.

Dans cet EHPAD, il arrive que les toilettes ne soient pas effectuées chaque jour . . . , dans cet autre établissement, on a pu constater que les chambres n'étaient pas régulièrement entretenues. Lors des petits déjeuners, au vu des contraintes temporelles fortes, le laitage est donné à un résident en moins d'une minute . . . Dans cette autre structure, les nombreux dysfonctionnements (problème de maintenance, personnel non remplacé, manque de stocks) créent des tensions entre les personnes, ce qui a des répercussions sur les résidents (agressions verbales).

Les liens avec les familles : implication ou pression supplémentaire ?

Les familles peuvent tenir une place importante dans la vie des établissements (conseil de vie sociale), mais cette implication peut être vécue par les personnels comme une intrusion dans leur travail quotidien : exigences accrues de la part des familles, présence dans les chambres au moment des soins . . .

Certaines structures effectuent un véritable travail en partenariat avec les familles, en explicitant par exemple, la philosophie des soins développée dans l'établissement ; d'autres en revanche manquent de temps, ou n'accordent que peu de temps aux familles qui peuvent se sentir exclues.

Dans cet établissement, les AS étaient souvent exposées à des situations tendues avec les familles, notamment au sujet de la manipulation des résidents. En effet, selon l'état de santé du résident, ces manipulations ne sont parfois pas recommandées, mais les familles ne le comprenaient pas toujours : « la famille veut absolument qu'on la manipule. Elle pense que si on la manipule pas, c'est parce que c'est qu'on ne veut pas faire notre travail. Mais nous, on ne veut juste ne pas lui faire de mal. . . ». Au vu de ses difficultés relationnelles croissantes entre familles et personnel soignant, la direction a donc décidé d'augmenter le nombre de réunions du conseil de la vie sociale afin de mieux communiquer sur les pratiques, les savoir-faire, . . . avec comme finalité d'amélioration des liens et la confiance avec les familles des résidents.

6 Conclusion

Un certain nombre d'interrogations émane des évolutions récentes du secteur :

- › Sera t-il possible de concilier amélioration de la qualité et rationalisation des moyens ?
- › Quel impact sur les salariés, qui représentent entre 70 et 80% des dépenses d'un établissement et sa ressource principale ?
- › Quel impact sur les professionnels de terrain, directement confrontés à la dépendance des résidents, à des situations physiques et psychiques douloureuses, et dont l'usure professionnelle fait partie intégrante du quotidien ?

Certaines situations de travail peuvent, à terme, avoir des répercussions néfastes sur la santé des personnels (dépression, addiction, mal être, douleurs ostéo-articulaires...), sur la sphère privée (horaires et plannings constamment modifiés, congés difficiles à prendre), sur le collectif de travail (altercations, ambiance de travail dégradée, mauvaise communication, incompréhension entre collègues sur le travail à réaliser...), ainsi que sur le bon fonctionnement de la structure (coûts liés à l'absentéisme et au turn over, gestion des stocks, plaintes des familles...).

La prévention des RPS et des TMS dans le secteur devrait notamment passer par :

- › une dotation en personnels qualifiés
- › une évaluation juste du niveau de dépendance des résidents
- › une réflexion globale sur l'organisation du travail (plannings, répartition des tâches et des fonctions, prise en compte de la nécessité des temps d'échanges lors des transmissions...)
- › une réflexion en amont sur la conception et l'aménagement des locaux
- › un renforcement des collectifs de travail (cohésion des équipes).

Dans ce contexte, ce guide devrait apporter aux entreprises du secteur des pistes pour éviter l'apparition des risques TMS et RPS ou pour en limiter les effets. Ces pistes d'action découlant d'une analyse du travail réel doivent, pour être efficaces, être centrées sur des mesures d'organisation.



Ressources Documentaires

Yves Clot : Le Travail à cœur - Editions la Découverte

Christophe Dejours : Souffrance en France, la banalisation de l'injustice sociale, Travail et usure mentale

ANACT : Prévention des TMS, comment innover ? collection Travail et changement

ANACT : Agir sur la prévention durable des TMS - BERNON (Jack), ESCRIVA (Evelyne), SCHWEITZER (Jean Michel)

Marie Pezé : Ils ne mourraient pas tous, mais tous étaient frappés - Paris, Pearson

INRS : ED 6099

Guide de bonnes pratiques de prévention de risques professionnels dans les EHPAD - (CARSAT PACA)

INRS : Brochure ED 6070

Prévention des risques psychosociaux. Et si vous faisiez appel à un consultant ? - 2010

PACA Corse : « 60 bonnes pratiques pour les EHPAD », et « Risques psychosociaux. Bien vivre c'est bien écouter », Maîtriser les risques – numéro 39 - juillet-septembre 2010

ARACT : Languedoc Roussillon / **URIOPSS** Languedoc Roussillon : Repérer pour évaluer et prévenir les risques psychosociaux dans le secteur médico-social - 2010

CIDES : Prévenir les risques psychosociaux dans l'aide et les soins à domicile - 2009

ANACT : « Agir sur le stress et les RPS » - Revue Travail & Changement, numéro 318, 3 avril 2008

INRS : Brochure ED6011

Stress au travail : les étapes d'une démarche de prévention - 2007

INRS : Brochure ED6012

Dépister les risques psychosociaux, des indicateurs pour vous guider - 2007

ANACT : Prévenir le stress et les risques psychosociaux au travail - (Sahler, Berthet, Douillet, Mary-Cheray), Ouvrage, 2007

DIRECCTE PACA : Les Cahiers des Risques psychosociaux - Revue, 17 numéros depuis 2005

DIRECCTE PACA : La prévention en action - Guides, 21 parutions depuis 2004

Glossaire

AMP	.....	Aide Médico Psychologique
AT	.....	Accident du Travail
AS	.....	Aide Soignante
CAE	.....	Contrat d'Accompagnement dans l'Emploi
CHSCT	.....	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
Convention tripartite	.....	Accord signé entre un établissement, le département et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CVS	.....	Conseil de Vie Sociale
EHPAD	.....	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
GIR	.....	Groupe Iso Ressources permettant de mesurer et de classer les différents niveaux de dépendance pour indiquer un tarif de prise en charge
IDE	.....	Infirmière Diplômée d'Etat
IPRP	.....	Intervenant en Prévention des Risques Professionnels
MP	.....	Maladie Professionnelle
PASA	.....	Programme d'Activités en Soins Adaptés
RPS	.....	Risques Psycho-Sociaux
SST	.....	Service de Santé au Travail
TMS	.....	Troubles Musculo Squelettiques

Sites Web

Sites internet régionaux :

www.sante-securite-paca.org

www.carsat-sudest.fr

www.actmediterranee.fr

Sites internet nationaux :

www.travailler-mieux.gouv.fr

www.inrs.fr

www.mieuxvivreautravail.anact.fr

La Prévention en Action

Ce guide a été réalisé grâce à la participation des organismes suivants :

- **URIOPSS** • 54 rue Paradis • 13286 MARSEILLE
- **FO** • 20 av Monclar • 84000 AVIGNON • Tél. 04 90 14 16 30 • udfo.84@cegetel.net
- **CFDT** • 47 rue Carreterie • 84000 AVIGNON • Tél. 04 90 85 50 63 / 04 90 86 91 48 • cfdt-ud84@wanadoo.fr
- **CFE CGC** • 135 av. Pierre Semard • 84000 AVIGNON • Tél. 04 90 88 42 97 / 04 90 88 44 12 • ud84@cfecgc.fr
- **CFTC** • Le Ponant • 2 rue Louis Valayer • 84000 AVIGNON • Tél. 04 32 70 24 06 / 04 90 89 52 08 • le.syndicat@cftc-vaucluse.com
- **CGT** • 1 rue Ledru Rollin • 84000 AVIGNON • Tél. 04 90 80 67 27 / 04 90 85 52 80 • ud84@cgt.fr
- **STMT SALON** • 41 chemin de la Durance, route du Val de Cuech • 13300 SALON DE PROVENCE
- **AISMT ILE SUR SORGUE** • Av. Fabre de Sérignon - BP 172 • 84805 ILE SUR SORGUE Cedex
- **AIST 84** • 60 chemin de Fontanille - BP 21257 • 84916 AVIGNON
- **DIRECCTE PACA** • Unité centrale - Direction des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
23/25 rue Borde - CS 10009 • 13285 Marseille cedex 8 • Tél : 04 86 67 32 00 / Fax : 04 86 67 32 01
- **DIRECCTE** • Unité Territoriale d'Avignon • rue Jean Althen • 84000 AVIGNON
- **ACT Méditerranée** • Europarc de Pichaury 1330 rue Guillibert de la Lauzière Bât C1
13856 AIX EN PROVENCE cedex 3 • Tél. 04 42 90 30 20



Directeur de la publication :

Gérard SORRENTINO • DIRECCTE PACA
23/25 rue Borde - CS 10009 • 13285 Marseille cedex 8 • Tél : 04 86 67 32 00 / Fax : 04 86 67 32 01

Date de parution : Juin 2012 - n° 22

Dépôt légal : 26 mars 2010

Réalisation : DIRECCTE PACA et ACT Méditerranée