SECAFI
GROUPE ALPHA

AGIR

POUR L'AMELIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL DANS LES EHPAD

LES GUIDES
POUR L'AMELIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL
À L'ATTENTION DES REPRÉSENTANTS DU PERSONNEL

n°6

SOMMAIRE

p 03 Préambule

Fiche 1 **p 04** Les enjeux de la capacité d'accueil en EHPAD face au vieillissement de la population

Fiche 2 **p 06** Des résidents de plus en plus dépendants qui nécessitent une prise en charge plus lourde

Fiche 3 **p 08** Le taux d'encadrement : un élément déterminant mais non suffisant pour la qualité de la prise en charge

Fiche 4 **p 10** Les éléments déterminants des conditions de travail en EHPAD

Fiche 5 **p 12** L'organisation et les rythmes de travail sous forte contrainte de temps

Fiche 6 **p 14** La planification du travail et la question des aléas

Fiche 7 **p 16** Ce qui permet aux personnels de tenir

Nos propositions pour l'amélioration des conditions de travail en EHPAD

Préambule

Pourquoi un guide AGIR pour le secteur des EHPAD ?

Comme dans de nombreux pays industrialisés, la France subit un inexorable vieillissement de sa population. Sous le double effet de l'augmentation de l'espérance de vie et de l'avancée en âge des générations nombreuses du baby-boom, la part des seniors dans la population française augmente fortement.

Les personnes âgées souhaitent demeurer le plus longtemps possible à domicile, d'autant que les structures d'accueil sont en nombre limité et que le reste à charge demeure élevé. Par conséquent, les résidents en hébergement complet présentent des niveaux de dépendance importants et des pathologies lourdes et multiples.

Ce dernier constat a des conséquences directes sur les conditions de travail des personnels en EHPAD. Malgré la création de la cinquième branche de la Sécurité Sociale relative à l'autonomie en décembre 2021, les financements demeurent trop faibles pour assurer un personnel en nombre suffisant, formé et qualifié. La question de l'attractivité des métiers en EHPAD, en termes de rémunération, de reconnaissance et de promotion professionnelle, est également problématique.

Basées sur notre expérience auprès des représentants du personnel dans les CSE des EHPAD, les fiches suivantes décrivent et précisent les enjeux d'évolutions des modèles ainsi que les risques professionnels spécifiques au secteur et nos propositions pour les prévenir.

Sophie Rousseau
Richard Jeantet
Matthieu Stucky

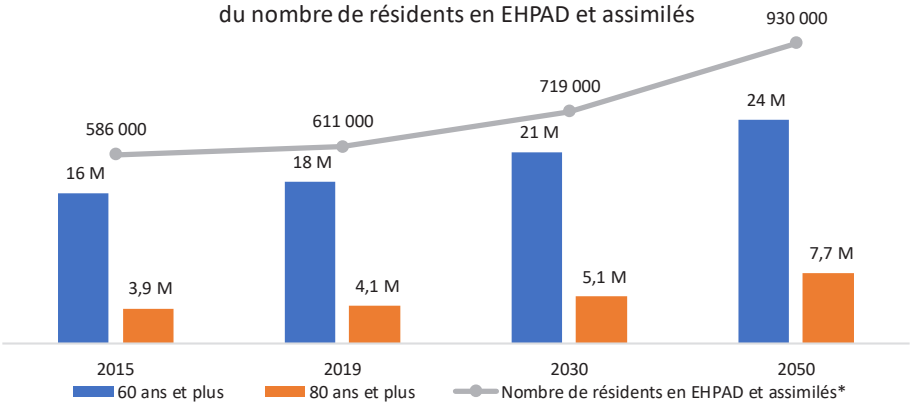
Fiche 1

Les enjeux de la capacité d'accueil en EHPAD face au vieillissement de la population

Un doublement de la population des 80 ans et plus à horizon 2050

Le vieillissement de la population est une tendance de fond qui va s'accélérer dans les prochaines années. La population de 60 ans et plus est déjà passée de 16 à 18 millions entre 2015 et 2019. Elle devrait atteindre 24 millions en 2050. La dynamique est particulièrement forte chez les 80 ans et plus, dont la population devrait doubler entre 2015 et 2050.

Evolution projetée de la population de séniors en France (en millions) et du nombre de résidents en EHPAD et assimilés



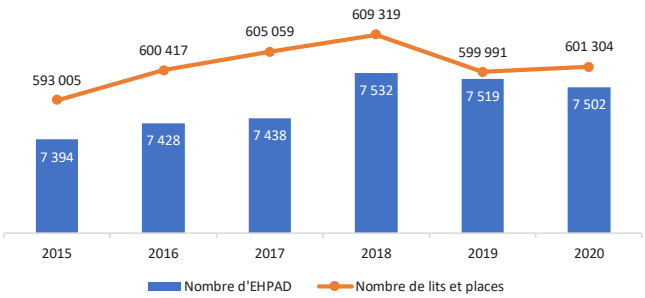
Source : Eurostat

*En cas de maintien des pratiques actuelles d'entrée en institution (en 2015, 8,8% des individus de 75 ans et plus vivent en institution) et d'évolution constante de l'espérance de vie en perte d'autonomie modérée par rapport à l'espérance de vie totale.

Un plafonnement actuel des capacités en EHPAD avec de fortes disparités régionales

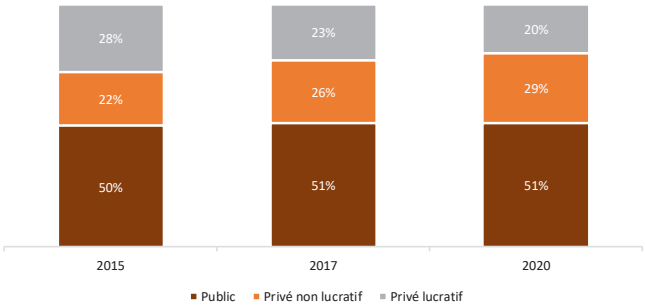
Cette évolution de la démographie pose un défi majeur en termes d'offres de places en EHPAD. Pour accueillir le nombre projeté de résidents en EHPAD d'ici 2050, le rythme d'ouverture de places observé depuis 2012 devrait être doublé sur la durée. L'offre plafonne aujourd'hui. Elle est, pour moitié, portée par le secteur public (hôpitaux ou collectivités).

Evolution de la capacité des EHPAD en France



Source : CNSA/FINESS

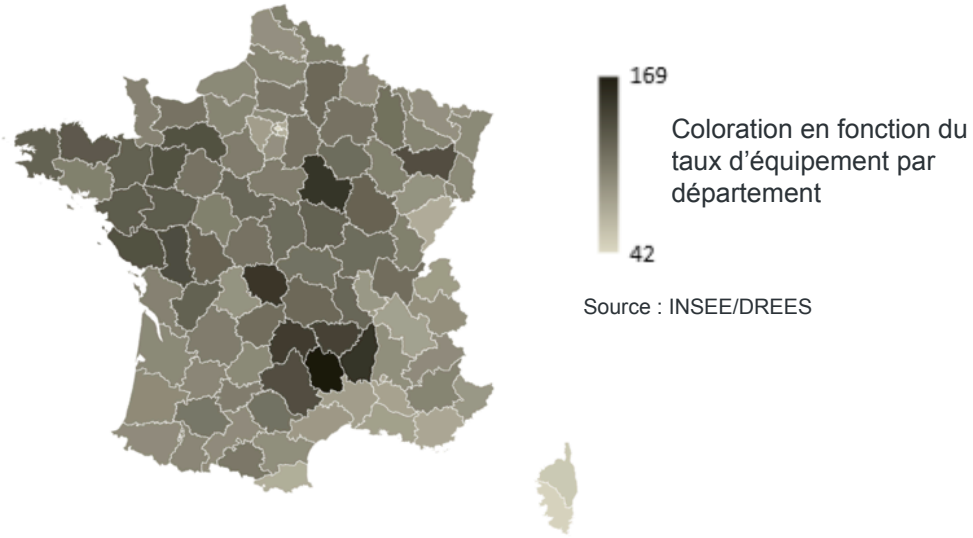
Répartition du nombre de lits et places EHPAD par statut



Source : CNSA/FINESS

Au-delà du nombre global de places en EHPAD, la question centrale est celle de leur répartition sur le territoire national. L'analyse montre que si la France se place dans les moyennes européennes, les disparités sur le territoire national sont très fortes. La moyenne nationale du taux d'équipement est de 97 places pour 1 000 habitants de plus de 75 ans. Mais il n'y a que 42 places à Paris contre 169 en Lozère. Le Sud-Est et l'Ile-de-France présentent globalement les taux d'équipements les plus bas.

Taux d'équipement par département au 31/12/2019



Source : INSEE/DREES

DÉFINITIONS :

Taux d'équipement : nombre de places d'EHPAD pour 1 000 personnes de 75 ans et plus.

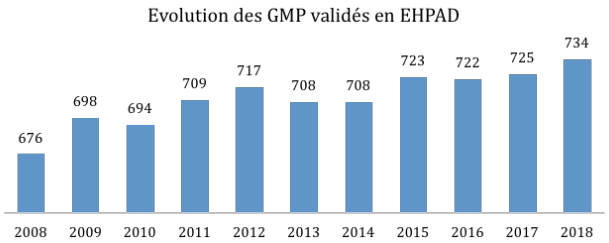
Fiche 2

Des résidents de plus en plus dépendants qui nécessitent une prise en charge plus lourde

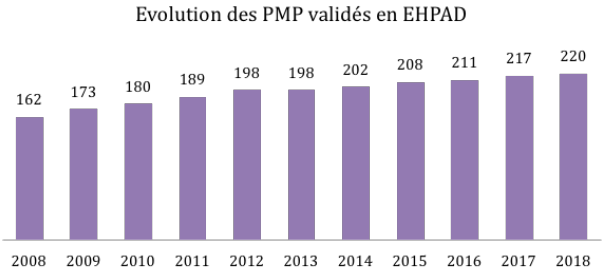
Une dépendance accrue mesurée au travers du GMP et du PMP

Avec un âge d'entrée en institution qui frôle les 86 ans, les EHPAD connaissent depuis plusieurs années une hausse significative du niveau de dépendance de leurs résidents.

Sur la période 2008/2018, la dépendance des résidents, mesurée à travers le GMP (GIR moyen pondéré) a augmenté de 9%. La charge en soins mesurée par le PMP (pathos moyen pondéré) a augmenté dans le même temps de 36%.



Source : CNSA



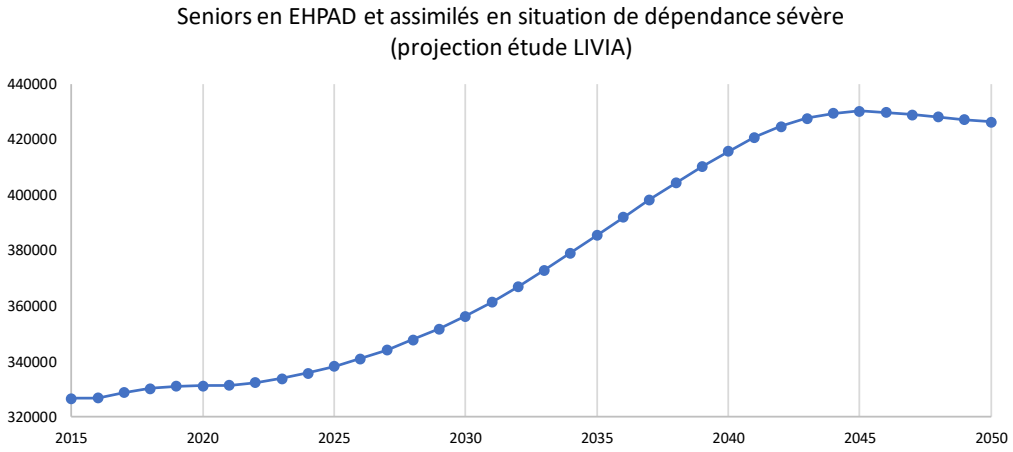
Source : CNSA

En 2019, 59% des résidents en EHPAD sont sévèrement dépendants (GIR 1 - 2) alors que ce chiffre n'était que de 43% en 2003. A l'opposé, seuls 6% des résidents en EHPAD sont faiblement dépendants (GIR 5-6) alors que ce chiffre était de 26% en 2007.

Une insuffisante prise en compte de la dépendance psychique

La population accueillie présente davantage de pathologies neurodégénératives, de démence ou de troubles cognitifs, psychiques, voire psychiatriques. Selon la DREES, plus de la moitié des résidents souffriraient de syndromes démentiels, pour beaucoup liés à la maladie d'Alzheimer, et 35 % souffriraient de « troubles chroniques du comportement ». Un résident présente en moyenne 7,9 pathologies. Les outils d'évaluation AGGIR et PATHOS mesurent les besoins d'accompagnement aux actes de la vie quotidienne et les besoins médicaux mais ne prennent qu'insuffisamment en compte ces pathologies.
Les outils d'évaluation AGGIR et PATHOS mesurent les besoins d'accompagnement aux actes de la vie quotidienne et les besoins médicaux des résidents mais ne prennent qu'insuffisamment en compte ces pathologies, auxquelles les personnels en EHPAD sont pourtant confrontés au quotidien.
En 2021, 77 823 places sont dédiées à la prise en charge de patients Alzheimer au sein d'Unités de Vie Protégées ou d'Unité d'Hébergement Renforcées, soit seulement 13,6 % des places existantes en EHPAD.

Compte tenu du vieillissement de la population, les besoins de prise en charge de la dépendance vont s'accroître à l'avenir, à la fois en nombre de résidents, mais également en termes de pathologies à prendre en charge.



Source : DREES

Des répercussions sur la charge de travail, qui s'alourdit

L'augmentation du niveau de la dépendance physique et psychique entraîne des besoins de personnel plus important. Les GIR 1-2 nécessitent une présence continue pour surveiller et assister dans la plupart ou l'ensemble des activités de la vie quotidienne et dispenser les soins médicaux. Les missions des soignants se sont recentrées au fil du temps sur les tâches de soin, de nursing, et d'hygiène de base au détriment proportionnellement de l'accompagnement relationnel, humain et du maintien des capacités physiques et cognitives.

De plus, cette concentration s'opère sur les tâches à plus forte pénibilité, compte tenu des efforts de manutention, de la répétitivité des gestes et des cadences accrues.

QUELQUES DÉFINITIONS

• GIR : Groupe Iso Ressources. Les Groupes Iso Ressources permettent de classer les personnes en fonction des différents stades de perte d'autonomie à partir d'une cotation basée sur la Grille AGGIR. Les groupes sont au nombre de 6, 1 étant le plus haut niveau de dépendance. Seul le classement en GIR 1 à 4 ouvre le droit à l'APA.
• GMP : GIR moyen pondéré.
• PMP : Pathos moyen pondéré. Le PMP résulte de la cotation à partir du référentiel PATHOS, sur la base d'indicateurs mesurant le besoin en soins médico-techniques (médecins, infirmiers, rééducateurs, psychomotriciens, actes de biologie, radiologie, pharmacie…).

Fiche 3

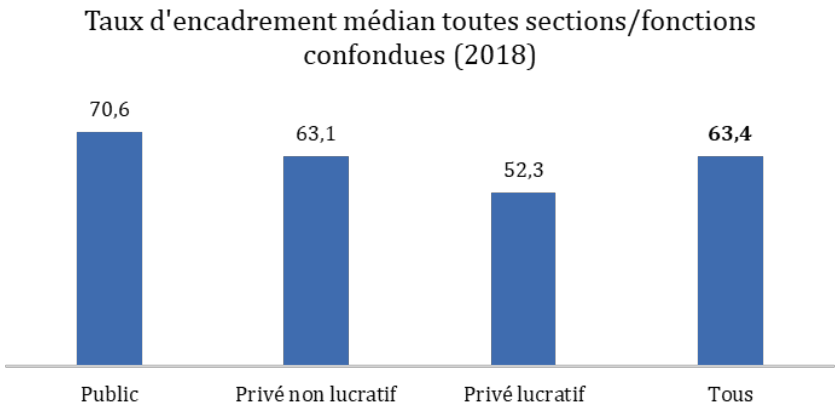
Le taux d'encadrement : un élément déterminant mais non suffisant pour la qualité de la prise en charge

Les EHPAD ne disposent pas de normes officielles d'encadrement

Le taux d'encadrement en personnel est un ratio mesurant le nombre de personnel sous contrat de travail pour 100 résidents. Il peut ainsi être comparé d'un établissement à l'autre. Contrairement à certains services hospitaliers, il n'existe pas de normes officielles précisant le nombre de personnels nécessaires dans les EHPAD, sauf pour le médecin coordonnateur. Le décret n°2016-1164 du 26 août 2016 fixe les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des EHPAD, en équipe pluridisciplinaire. La contractualisation avec les financeurs (convention tripartite, désormais CPOM) fixe un tableau des emplois pérennes financés. Un arrêt de Cour de cassation du 8 juin 2021 précise que le chiffre d'emplois permanents constitue un plancher et non un plafond empêchant les établissements de recruter davantage de personnel à durée indéterminée.

Selon les dernières enquêtes, le taux d'encadrement médian en EHPAD est de 63,4 Equivalent Temps Plein (tout personnel confondu) pour 100 places en 2018. Il est en augmentation puisqu'il se situait aux alentours de 61 ETP pour 100 places en 2016, mais pas dans des proportions suffisantes.

Ce taux d'encadrement médian regroupe des réalités différentes en fonction du statut juridique avec un secteur public mieux-disant que le secteur privé commercial.



Source : CNSA

Fonctions	Taux d'encadrement médian (ETP pour 100 places)		
	2016	2017	2018
Médecin	0,5	0,5	0,5
Infirmiers	6,0	6,4	6,5
AS, AMP et AES	24,4	25,3	25,7
ASH	n.r	19,7	19,7
Services généraux, cuisine	n.r	3,6	3,5
Autres fonctions	n.r	7,6	7,6
Total	**61,0**	**63,1**	**63,4**

Source : CNSA, FHF

Des taux qui apparaissent sous-évalués au regard des besoins et qui ne présument pas du temps réellement passé « au chevet du résident »...

Les professionnels estiment que le taux d'encadrement soignant (infirmiers et aides-soignants) financé se situe bien en-deçà des besoins ; un ratio de 30 soignants pour 100 résidents n'autorise qu'une seule toilette, aux gestes plus rapides, prodiguée le plus souvent au lit et de manière partielle, avec des soins de nursing restant succincts.
De plus, compte tenu de l'absentéisme et de la rotation du personnel, ces taux d'encadrement restent, dans certains EHPAD, souvent très théoriques et ne correspondent pas aux réalités de terrain que nous rencontrons. Le remplacement des absences, en nombre et en qualification, est donc une question majeure.

Un développement inquiétant du recours aux « faisant fonction »

Par ailleurs, ces dernières années ont vu se développer la notion de « faisant fonction », notamment sur la catégorie aide-soignant. L'affectation d'un ASH à un poste d'aide-soignant est considérée comme un glissement de tâches et, au regard de la jurisprudence (Tribunal des affaires de sécurité sociale de Haute-Garonne, 23 février 2011 N°20900543), est considérée comme une faute inexcusable de l'employeur.
Pourtant, il s'agit d'une pratique répandue.

QUELQUES DÉFINITIONS

• Taux d'encadrement : nombre d'ETP pour 100 places.

Fiche 4

Les éléments déterminants des conditions de travail en EHPAD

Le sens donné au travail : un élément essentiel en EHPAD

Au fil de nos interventions, de nombreux professionnels ont exprimé une lassitude, un désarroi, voire de la colère, face à leur incapacité à délivrer un service, une prestation qui soit à la hauteur de ce qu'ils souhaitent réaliser.

Cette dimension revêt une importance particulière pour plusieurs raisons :

- Du fait de la permanence et de la continuité de la relation avec la personne âgée dépendante : les professionnels doivent trouver l'équilibre entre la relation affective, la préservation de la motivation et la satisfaction d'apporter une prise en charge de qualité.
- Parce que les professionnels ont été formés à poser des gestes très concrets et que la réalité des situations de travail ne permet pas toujours de les réaliser. Ce qui renvoie à des situations de « maltraitance institutionnelle » comme peuvent l'évoquer certains salariés.
- Le manque d'effectif a un impact sur la charge de travail des soignants. Mais il a aussi pour conséquence de mettre les professionnels face à des choix difficiles, à opérer des traitements inéquitables qui vont les renvoyer à une image dégradée d'eux-mêmes.

La charge de travail et/ou la pénibilité physique

La charge de travail, la pénibilité physique sont déterminées par plusieurs facteurs :

- Le profil des patients à prendre en charge et leur taux de dépendance.
- Les locaux : accessibilité, étages et distances, plain-pied, douches, portes, couloirs…
- Le matériel adapté : lève-malades, chariots, matériel de nettoyage…
- Les facteurs organisationnels : capacité à prendre en charge à plusieurs les patients les plus « lourds ».

La charge de travail et la pénibilité physique augmentent avec le taux de dépendance des résidents.

Besoins en soins de base et besoins en ETP selon le GIR, d'après la grille circulant parmi les professionnels, d'après enquête DREES

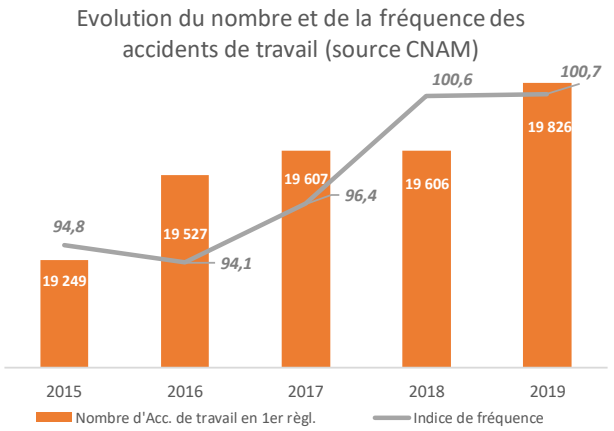
GIR	1	2	3	4	5	6
Coefficient GIR	1000	840	660	420	250	70
Besoins de soins de base (en minutes/jour)	210	176	139	88	53	15
Besoins de soins de base (en heures/semaine)	24,5	20,5	16,2	10,3	6,2	1,8
Nombre d'ETP requis	0,78	0,65	0,51	0,32	0,2	0,06

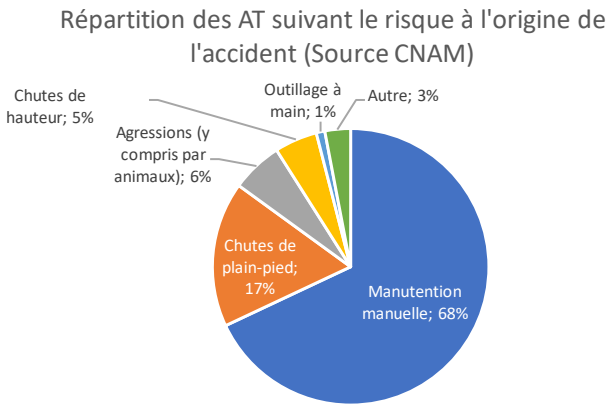
Lecture → Les personnes âgées avec un GIR 1 ont besoin d'un accompagnement de la perte d'autonomie équivalent à 24,5 heures par semaine, soit 0,78 % du temps d'un soignant qui travaille 35 heures par semaine (ou 31,6 heures par semaine lorsqu'on prend en compte 5 semaines de congés payés).
Source → DREES / Étude PATHOS sur l'échantillon « Ernest » (2003).

Les conséquences sur la santé au travail

Les TMS (troubles musculosquelettiques) sont tout particulièrement développés chez les aides-soignants, qui sont les plus concernés par la manipulation des patients :
- Les TMS sont moins liés à l'âge qu'aux postures pénibles et aux charges lourdes.
- L'idée selon laquelle les TMS diminueraient en donnant aux plus jeunes les tâches qui présentent des situations physiques inconfortables est une fausse bonne idée car elle ne fait que reporter une problématique et non la résoudre.
- Les organisations doivent privilégier les interventions en « binôme ».

De manière plus générale, les conditions de travail sont un sujet de préoccupation majeure dans les EHPAD. Ce secteur d'activité présente une fréquence d'accidents du travail qui est 3 fois supérieure à la moyenne des autres secteurs.
Cela se traduit en chiffres par :
- Près de 20 000 accidents du travail en EHPAD en 2019.
- Plus de 1 500 000 journées perdues pour accidents du travail pour cette même année.
- 1 123 reconnaissances de maladies professionnelles, en hausse de 15,7% par rapport à 2015, occasionnant plus de 300 000 journées perdues.





Fiche 5

L'organisation et les rythmes de travail sous forte contrainte de temps

Des « temps forts » sont répartis sur toute la journée : matin (petits-déjeuners et toilettes), midi (déjeuner) et soir (dîner, coucher). Ces opérations doivent être réalisées, pour chacune, dans des temps contraints, qui amènent les professionnels à devoir enchaîner des « mini sprints » qui sont un facteur de fatigue :

- Physique : ports de charge, manipulations…
- Mentale : arbitrages à réaliser dans les prises en charge, choix à faire entre la « tâche » (soins, ménage…) et l'écoute.
- Psychologique : sentiment de ne pas faire les choses comme cela devrait être, tension entre la nécessité de faire vite et la préservation, autant que possible, de l'autonomie des patients.

LA TOILETTE

Qui : AS, IDE, ASH, Les trois ?
Comment ? En binôme ?
Dans quel ordre ? Au lit, au fauteuil ?
Combien de douches données par semaine ?
Dans quelle plage horaire ?
Avant ou après le petit-déjeuner ?
Combien de salariés pour faire combien de toilettes en combien de temps ?
De 10 à 30 mn par personne âgée chaque jour suivant les structures.
Si moins de 15mn, ou plus de 8 toilettes par agent, sous-effectif manifeste.

AIDE AU REPAS

Combien d'agents ?
Quelle qualification ?
Infirmière (IDE) sécurisante et formée ?

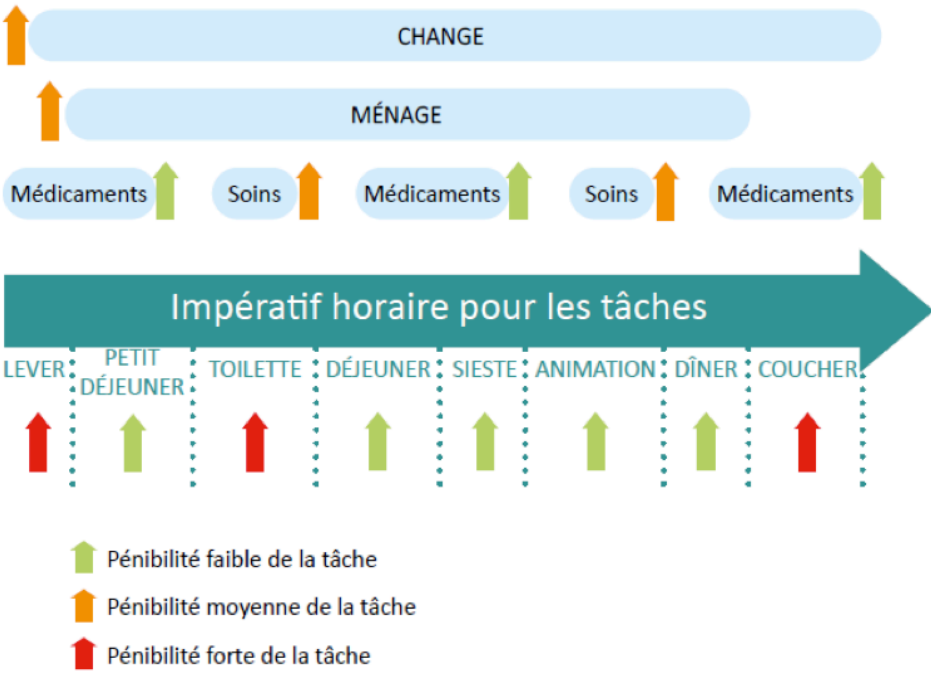
DESCENDRE LES RÉSIDENTS EN SALLE DE DÉJEUNER

Qui ? AS, ASH ?
Comment ?
Nombre d'ascenseurs ?
Aide ou non à la marche ?
Quand ?

LE COUCHER

Moment fortement anxiogène pour les résidents avec une forte sollicitation des agents.
Qui ? Équipe de jour ou de nuit ?
Et, surtout, combien d'agents et en quel laps de temps ?

Toutes ces tâches ne se ressemblent pas en termes de « pénibilité », selon le ressenti exprimé par des personnels soignants et hôteliers, comme l'illustre le schéma ci-dessous, produit par un service de médecine du travail.



Source : AGESTRA

Fiche 6

La planification du travail et la gestion des aléas

Une planification structurante

Cette planification est structurante, car elle détermine les rythmes de travail et la conciliation vie professionnelle/vie privée, pour des personnels qui sont très largement féminins.
Cette planification comporte plusieurs dimensions :

- Respect de la réglementation.
- Créneaux horaires fixes ou alternance matinée/soirée, voire nuit.
- Amplitude de travail quotidienne.
- Séquences de travail continue ou horaires « coupés ».
- Prévisibilité de l'agenda de travail.

L'AVIS DE SECAFI

A notre sens, il n'existe pas de planification idéale, même si, par exemple, devoir travailler avec des horaires « coupés » est perçu comme difficile.

Mais, selon la localisation de l'EHPAD (zone urbaine/rurale, facilité des transports…), des solutions en apparence moins intéressantes peuvent avoir de l'intérêt pour certaines personnes.

Ce qui est déterminant est d'associer les personnels à la construction de ces plannings afin de trouver le meilleur équilibre entre la préservation de bonnes conditions de travail et la bonne utilisation des personnels disponibles.

La question majeure de l'absentéisme

Alors même que nous avons vu que le taux d'encadrement est jugé trop bas, l'absentéisme dans le secteur des EHPAD est élevé et en progression (10,8% en 2019 – avant COVID, source ANAP). Cette difficulté engendre des pratiques diverses et variées :

- Pas de remplacement sur des postes non réglementaires ou remplacements partiels.
- Recours à des « pools » de remplacement.
- Recours à CDD ou à intérim.
- Rappel sur congés ou repos.

Les pratiques en matière de gestion de l'absentéisme ont des impacts directs sur la charge de travail, tant sur un plan quantitatif (nécessité de compenser l'absence) que qualitatif (dégradation éventuelle de la prestation de soins, capacité des remplaçants à réaliser un travail de qualité comparable et ce, de façon immédiate).

On assiste souvent à ce qui est communément appelé (et finalement banalisé) les « glissements de tâche », alors que les financements des différents postes relèvent de forfaits différents.

Il faut souligner le lien essentiel entre la stabilité du personnel et la qualité des soins. C'est lorsque les personnels connaissent chaque résident qu'ils peuvent adapter leur travail en optimisant le service rendu et leurs efforts. Et le confort psychique des résidents est accru par un environnement humain connu. Chaque « tête nouvelle » est un stress. Les informations passent mal entre les personnes et le résident s'efforce, si sa santé le lui permet, d'expliquer ses attentes et ses particularités. S'il n'est plus en situation de s'exprimer, il subit des actions plus ou moins bien adaptées à sa situation. A contrario, lorsque le personnel et les résidents se connaissent bien, des routines s'installent et le temps gagné à ne plus devoir expliquer ses problèmes particuliers est disponible pour des échanges et du relationnel apaisé.

L'AVIS DE SECAFI

La stabilité effective du personnel devrait être le premier indicateur de qualité des soins et du service rendu. S'il existe un secteur où il est impossible de dissocier la qualité du travail et la qualité des conditions de travail, c'est bien celui de l'accueil des personnes dépendantes.

Fiche 7

Ce qui permet aux personnels de tenir

Nous décrivons ci-après des pratiques professionnelles qui sont à la fois des moments à préserver et des processus ou démarches à initier ou à faire vivre.

Les temps d'échange : pouvoir échanger avec ses collègues devient une opportunité de plus en plus rare, ce temps n'étant pas considéré comme directement « productif ». Le temps de l'échange avec le résident n'est pas non plus considéré comme « productif », même si les soignants savent à quel point ces moments participent d'une prise en soin de qualité. Cette vision limitative de travail est source de mal-être, voire de souffrance au travail.

Favoriser l'élaboration collective des solutions organisationnelles : la multiplication des règles et des contrôles finit par engendrer une déviance progressive et silencieuse vis-à-vis des procédures. D'où l'importance de pouvoir « dire les choses », dans un cadre collectif, pour éviter l'aggravation des dysfonctionnements et aboutir à des situations dégradées.

La logique de la qualité du soin et de l'accompagnement du résident doit trouver une place centrale : c'est dans cette optique que la démarche qualité doit être menée et non pas subie comme une contrainte administrative supplémentaire. Dans les EHPAD, nous avons souvent pu observer que le rôle de l'infirmière Référente et/ou l'infirmière Qualité est essentiel.

Nos propositions pour l'amélioration des conditions de travail en EHPAD

Le champ des **moyens économiques affectés à la dépendance doit être une priorité ; il détermine le volume d'effectifs, la structure pertinente des métiers, les conditions de l'attractivité salariale (salaires, sujétions, primes), les renouvellements ou rénovations de bâtiments et de matériels.**

L'adéquation des personnels soignants au niveau de dépendance des résidents est également essentielle et doit se faire en dynamique, avec une cotation GIR beaucoup plus fréquente.

Le management des structures a également un rôle à jouer. Nous préconisons **une approche concertée avec les équipes :** premiers opérateurs de leur travail, ils sont souvent les mieux placés pour formuler **des propositions d'amélioration,** notamment dans les domaines :

De la politique sociale :

- Mettre en place des dispositifs attractifs spécifiques et adaptés aux caractéristiques sociodémographiques et aux besoins des salariés (crèche, transport, jours de repos supplémentaires pour les seniors…).
- Définir, déployer et suivre des mesures de prévention concrètes, par exemple autour du matériel et équipement (rails, lèves-malades…), des modalités d'échanges concernant les dysfonctionnements, des indicateurs d'alerte retenus (suivi du nombre d'absences maladie, des démissions, des accident du travail, du taux de CDD…) et de leurs modalités de suivi… L'actualisation annuelle du DUEPR est une occasion pour les instances représentatives du personnel, les directions et les salariés de travailler et de mettre en œuvre une politique de prévention concrète et adaptée à chaque établissement.
- Déployer des dispositifs de développement professionnel par la formation et la reconnaissance professionnelle de compétences spécifiques (en gérontologie, par exemple).
- Suivre et analyser la politique de remplacement de l'établissement.

De l'organisation du travail et des plannings :

- Inciter à ce que les trames et plannings de travail soient élaborés collectivement.
- S'assurer de la réalité des temps collectifs entre professionnels.
- Favoriser les organisations de travail en binôme (pour les ASD, notamment).

Des conditions matérielles de travail :

- S'assurer que les équipements (rail plafonnier…), matériels (fauteuils, chariots en bon usage de marche…) et consommables sont disponibles en qualité et quantité.
- Travailler sur l'ambiance de travail.

Du dialogue social, avec des représentants de personnel situés en proximité, et avec des moyens dédiés, et des Conseils de la Vie Sociale permettant de véritables échanges sur la prise en charge des résidents et les conditions de travail des salariés.

SECAFI, EN QUELQUES MOTS…

La mise en œuvre du comité social et économique (CSE) bouleverse le dialogue social par de nouveaux codes, une nouvelle manière de représenter les salariés. Secafi est le cabinet des compromis éclairés. Il défend l'emploi, le développement des compétences et la qualité du travail, dans le respect des fondamentaux économiques de l'entreprise.

Nous sommes à vos côtés pour relever ces défis et vous accompagner tout le long de votre mandat.

Formation, expertise & conseil, appui à la négociation.

SECAFI
GROUPE ALPHA

20, rue Martin Bernard - 75647 Paris cedex 13
Tél. : + 33 (0)1 53 62 70 00
www.secafi.com

EN EUROPE,
EN FRANCE MÉTROPOLITAINE
ET D'OUTRE-MER

nous sommes à votre écoute près de vos sites...

SECAFI Paris
Xavier GERAUX
+ 33 (0)1 53 62 71 90 • + 33 (0)6 78 40 75 65
xavier.geraux@secafi.com

SECAFI Lyon
Florian DELVAUX
+ 33 (0)4 78 63 60 34 • + 33 (0)6 20 62 49 68
florian.delvaux@secafi.com

SECAFI Lille
David CLIN
+ 33 (0)3 20 14 64 42 • + 33 (0)6 74 64 17 61
david.clin@secafi.com

SECAFI Metz
Nicolas FLYE SAINTE MARIE
+ 33 (0)3 87 56 20 17 • + 33 (0)6 22 05 82 40
nicolas.flye@groupe-alpha.com

SECAFI Nantes
Eric JULIENNE
+ 33 (0)2 40 80 24 09 • + 33 (0)6 07 22 02 39
eric.julienne@secafi.com

SECAFI Toulouse
Eric MORALES
+ 33 (0)5 62 72 36 01 • + 33 (0)6 21 42 09 93
eric.morales@secafi.com

SECAFI Bordeaux
Xavier DELPEYROUX
+33 (0)5 57 22 74 92 • +33 (0)6 77 81 62 09
xavier.delpeyroux@secafi.com

SECAFI Marseille
Rod MAAMRIA
+ 33 (0)4 91 93 92 20 • +33 (0)6 07 90 17 48
rod.maamria@secafi.com

SECAFI Outre-Mer
Ile-de-la Réunion
Isabelle GOUDARD
+262 (0)6 92 79 06 72
isabelle.goudard@secafi.com

SECAFI Nouvelle Calédonie
Yodit PASTOR
+ (687) 26 06 02 • + (687) 75 75 26
yodit.pastor@secafi.com

SECAFI Bruxelles
Sophie MOSCA
+ 33 (0)6 73 08 14 58
sophie.mosca@secafi.com

Comptabilité des CSE
Guillaume SAUVAGE
+ 33 (0)6 75 60 08 40
guillaume.sauvage@secafi.com

SECAFI Formation
+ 33 (0)1 56 53 65 05
formation@atlantes.fr

Avril 2022 - conception graphique : mums création