

RELAIS TMS (TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES)

Public :

Toute personne concernée par les TMS (responsables de sécurité, membres de CHSCT, encadrement ...).

Prérequis :

Il est souhaitable que le participant ait des notions d'ergonomie.

Objectifs :

À l'issue de la formation, le participant sera capable de :

- ☞ identifier et discriminer les facteurs de risques des troubles musculo-squelettiques,
- ☞ poser le diagnostic,
- ☞ initier et conduire les actions de prévention,
- ☞ gérer et animer le groupe de travail,
- ☞ évaluer les actions entreprises et/ou les modifications mises en œuvre.

Méthode et pédagogie :

- Groupe de 8 à 12 personnes
- Alternance d'apport de connaissances et de travail en sous groupe
- Étude de cas
- Dans les intersessions, mise en application des acquis

Contenu :

Séquence ① : (3 jours)

Connaissance du risque

- Le tableau MP 57
- Les aspects biomécaniques des TMS
- Le Stress et la psychodynamique du travail
- L'organisation du travail
- Les causes de facteurs de risque
- Travail d'analyse en sous groupe

Séquence ② : (1 jour)

Recherche de solutions

- Compte rendu des travaux d'intersession
- Hiérarchisation des problèmes
- Les axes de solutions

Séquence ③ : (2 jours)

Communication

- Restitution des TP d'intersession
- Appropriation du module formation
- Le groupe de résolution de problèmes
- Techniques de communication

Durée

6 jours (42 heures)
en 3 séquences
non consécutives

Dates

4 au 6 mars 2008
le 10 avril 2008
18 au 19 juin 2008



9 au 11 septembre 2008
le 9 octobre 2008
3 au 4 décembre 2008

Lieu

ANGERS (49)

Renseignements

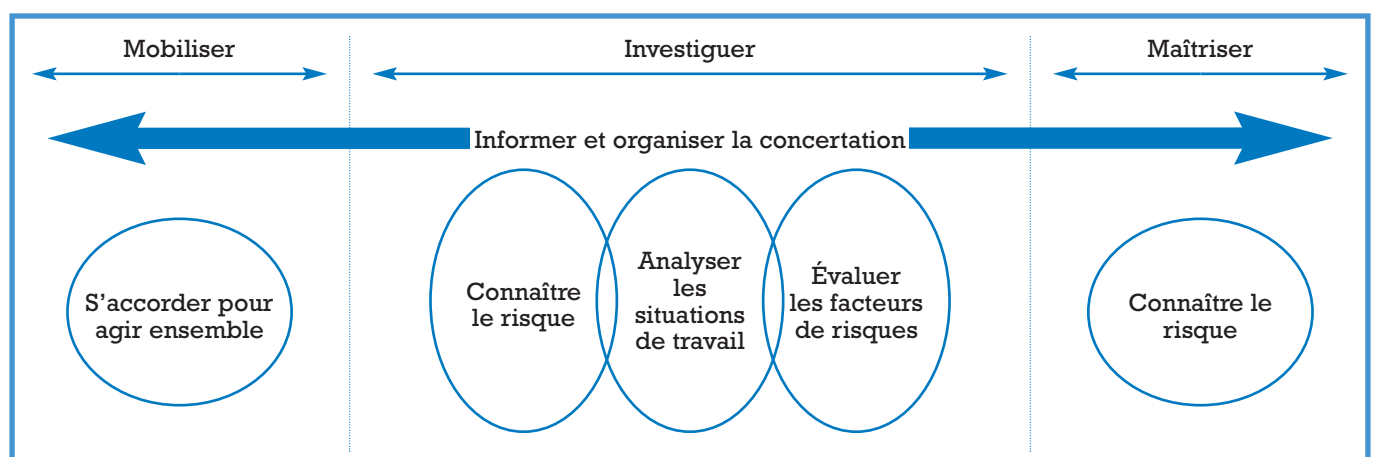
Jean-Yves SALAUN
02 51 72 60 96
Élisabeth TAYAR
02 41 73 00 22
e.tayar@anact.fr
Colette OLIVIER
02 51 72 84 53
(lundi, mardi et vendredi)

Inscriptions

M. l'Ingénieur Conseil Régional
2 place de Bretagne
44932 NANTES CEDEX 9
Fax : 02 51 82 31 62
www.cram-pl.fr

Coût

Coût pédagogique pris en charge par la CRAM et l'ARACT. La journée de travail (déjeuner, pauses et salle) est à la charge de l'entreprise.



FORMATION PRAP, ERGO, TMS

INSCRIPTION

STAGE

Dénomination : _____

Dates : _____ Lieu : _____

PARTICIPANT

M. - Mme - Mlle Prénom : _____ Nom : _____

E-mail : _____

Fonction : _____

ENTREPRISE

Raison Sociale : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code Postal :

Tél. : Fax :

N° Siret : Effectif : _____

Adresse d'envoi de la convocation, si différente : _____

Responsable de la formation :

M. - Mme - Mlle Prénom : _____ Nom : _____

Personne responsable de l'inscription, si différente :

M. - Mme - Mlle Prénom : _____ Nom : _____

Fonction : _____

Fait à : _____ le : _____

Signature

Cachet de l'Entreprise