

**DOSSIER TYPE**

**QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL**

**ESMS**

**Accueillant des personnes âgées en perte d’autonomie**

1. **PRESENTATION DE L’ETABLISSEMENT ET SON ENVIRONNEMENT :**

Identification :

Nature juridique :

N° SIRET :

Adresse :

**Chef de projet**

Nom, prénom :

Fonction :

Téléphone :

Mail :

**EFFECTIFS au 31 décembre 2017 :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Catégories professionnelles** | **Personnel  physique** | **ETP rémunéré** |
| Personnel administratif |  |  |
| Personnel médical |  |  |
| Personnel soignant |  |  |
| Personnel technique |  |  |
| Personnel socio-éducatif |  |  |

1. **PRESENTATION DU PROJET  :**

La mise en œuvre du projet est suivie par

* une ou plusieurs organisations syndicales représentatives : OUI – NON

Commentaires :

|  |  |
| --- | --- |
| Contexte – problématiques *(évolution des activités, restructurations…)* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Description du projet |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Diagnostic partagé**\*** | Modalités de réalisation | Résultats obtenus |
|  |  |

\***joindre le diagnostic ou tout autre document justificatif**

1. **DEMANDE DE FINANCEMENT**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DESCRIPTION DES ACTIONS** | | | | | |
| **Action**  **(exemple ci-dessous)** | **Projet associant plusieurs établissements (Oui / Non)** | **Objectif poursuivi** | **Modalités de mise en œuvre** | **Calendrier, échéance** | **Résultats attendus** |
|
| *Aide au diagnostic des situations de travail, à la réalisation d’un document unique d’évaluation des risques professionnels et de son plan d’actions qui en découle* |  |  | *Par un prestataire extérieur…* |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Autre (à préciser) |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MODALITES DE SUIVI ET D’EVALUATION DES ACTIONS** | | |
| **Action** | **Forme, support, calendrier** | **Indicateur de suivi (quantitatif, qualitatif) mesurable et fiable** |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Autre (à préciser) |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PLAN DE FINANCEMENT** | | | |
| **Action** | **Coût** | **Dont participation établissement** | **Dont participation ARS** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Commentaires :** |

**Pièces à joindre**

* Avis des instances (CHSCT) ou

autre représentant du personnel en l’absence de CHSCT

Fait à le

Signature du représentant de l’établissement