ANNEXE 1

MISSIONS REALISEES DANS LE CADRE DU REFERENCEMENT AU SEIN DU RESEAU TMS PACA

NOM - Prénom	**Enregistrement IPRP** *(si enregistrement)* **N°**

1 - NATURE DE L'ACTION REALISEE *(contexte, objectifs)*

_____

_____

_____

2 – INTERVENTION

❖ *Identification*

Entreprise Secteur d'activité

Effectif de l'entreprise Effectif concerné

CSE oui ❑ non ❑

Personnes ressources en santé au travail oui ❑ non ❑
A préciser

❖ *Public cible de l'action (salariés, encadrement…)*

❖ *Unité/atelier/service concerné*

- *Poste(s) de travail analysé(s)*

- *Moyens alloués à l'action*

Durée de l'action

Partenariats éventuels, autres personnes associées/Qualité

3 – EVALUATION DE L'INTERVENTION – Respect de la démarche/référentiel

3.1 - DEMARCHE PARTICIPATIVE/DIALOGUE SOCIAL - *Mobilisation acteurs internes (direction, IRP, RH, encadrement, personnes ressources) - Mobilisation acteurs externes (médecin du travail, Carsat, consultant, IPRP…)*

10 lignes

3.2 - CONSTITUTION COPIL *(acteurs, enjeux)*

10 lignes

3.3 – ETUDE DE POSTE *(descriptif)*

30 lignes

3.4 – DIAGNOSTIC DES RISQUES D'EXPOSITION AUX TMS *(analyse situations réelles de travail, approche globale de prévention…)*

30 lignes

3.5 – RESTITUTION ET VALIDATION DU DIAGNOSTIC *(appropriation des résultats d'analyse par l'entreprise dans son ensemble…)*

10 lignes

3.6 – PLAN D'ACTION *(synthèse des indicateurs, aspects organisationnels, humains, techniques, transformation/conception des situations de travail, appropriation de la méthode…)*

30 lignes

3.7 – MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'ACTION *(mise en œuvre opérationnelle, suite effective de l'employeur, ressources consacrées, attribution de subventions, démarche plus approfondie…)*

10 lignes