Fonds national de prévention des risques de la CNRACL

Appel à projets

« Prévention des risques

Professionnels des métiers techniques et d’entretien »

**Dossier de candidature et demande d’accompagnement**

**Date limite de réception : 29 avril 2025**

Fonds national de prévention

**Appel à projets**

**« Prévention des risques professionnels des métiers techniques et d’entretien »**

|  |
| --- |
| **Les projets proposés feront l’objet d’une sélection rigoureuse.**  **A titre d’information, le Conseil d’administration se fixe comme objectif de retenir 8 à 10 projets.**  **Il appartient au candidat de proposer le projet le plus complet possible et présentant un intérêt pour la valorisation en termes de bonnes pratiques de prévention des risques professionnels.**  **Il est conseillé de se référer au** [***guide de conduite de projet***](https://www.cnracl.retraites.fr/sites/default/files/SERVICES/FNP/publications/2024-Guide%20Conduite%20de%20projet.pdf) **pour une démarche de prévention afin d’élaborer et structurer votre projet.** |

**Le dossier, en format WORD uniquement, accompagné des pièces justificatives, est à compléter et à envoyer à l’adresse électronique suivante** :

[demarche-prevention@caissedesdepots.fr](mailto:demarche-prevention@caissedesdepots.fr)

**En renseignant dans l’objet du mail : « AAP MTE + nom employeur ».**

La date limite de dépôt des dossiers est fixée au **29 avril 2025.**

**Merci de prendre connaissance de l’appel à publicité avant la rédaction du dossier.**

**PIECES COMPLEMENTAIRES**

**A joindre obligatoirement à votre dossier :**

* Lettre d’engagement signée par l’autorité (modèle joint)
* Avis des instances représentatives du personnel ou date de réunion prévisionnelle de réunion des instances :

Le projet doit avoir reçu soit l’avis du comité social territorial (CST) soit du comité social d’établissement (CSE) ou de la formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et des conditions de travail (F3SCT, obligatoire pour les employeurs employant deux cents agents au moins).

**Une date prévisionnelle peut être indiquée mais l’avis doit être transmis au plus tard le 31/07/2025.**

* Bilan social de l’année N-1 (ou dernier bilan social en date)
* Organigramme de la Direction ou Service concerné
* Devis et/ou cahier des charges pour des prestations ou achats envisagés (le cas échéant)

****

**Tout dossier incomplet ne pourra être examiné**.

**Fiche projet**

**Nom de l’employeur :**

**Service porteur du projet :**

**Chef de projet (nom, fonction, et courriel) :**

**Contacts pour la démarche (nom, fonction et courriel) :**

**Par quel moyen / canal avez-vous été informés de cet appel à projets ?**

**Informations administratives à compléter**

1. **Numéro SIRET de la collectivité ou de l’établissement :**
2. **Effectifs totaux de l’employeur :**
3. Nombre total d’agents :
4. Nombre d’affiliés CNRACL :

* % du nombre total d’affiliés sur la totalité des agents … %

1. **Effectifs de l’employeur concernés par le projet :**
2. Nombre total d’agents directement bénéficiaires de la démarche, relevant des métiers techniques et d’entretien tel que définis dans l’avis à publicité :

1. Nombre d’affiliés CNRACL :
2. **Présentation du projet aux instances (date effective de tenue de l’instance ou date prévisionnelle ≤ au 31/07/2025)**

Date avis du CST ou du CSE :

Ou

Date avis de la formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et des conditions de travail (F3SCT), pour les employeurs concernés :

* % du nombre d’affiliés concernés par la démarche sur la totalité des agents concernés … %

1. **Date de la dernière actualisation du document unique (inscrire une date effective au format MM/AA) :**
2. **Résumé de votre projet** *(1 page)*

**Présentation du projet**

## Présentation de la collectivité ou de l’établissement

### Présentation de la structure employeur :

### Avez-vous un service interne chargé de la prévention (hygiène/sécurité/santé) ? pour cocher les cases, il vous suffit de cliquer dessus)

Oui  Non

### Disposez-vous en interne des compétences suivantes :

Assistant / conseiller de prévention : oui  non  Si oui combien :

Médecin de prévention : oui  non  Si oui combien :

Ergonome : oui  non  Si oui combien :

Psychologue : oui  non  Si oui combien :

Autres : à préciser (fonction et nombre)

### Etes-vous adhérent à un service de santé au travail extérieur à votre structure ?

Oui  lequel :

Non

## Périmètre du projet et modalités d’organisation du travail

### Présentation des structures ou services concernés par le projet

### Décrivez les principales caractéristiques et modalités d’organisation du travail au sein du service concerné (horaires, temps de travail, division du travail, management, exigences de service, …).

## Présentation du projet

### Quels sont les objectifs stratégiques et opérationnels, ainsi que les attendus de votre projet ?

*(Les objectifs stratégiques sont des buts à long terme, larges et moins mesurables, définis par la direction pour réaliser la vision globale de l'organisation.*

*Les objectifs opérationnels sont des buts à court ou moyen terme, spécifiques et mesurables, établis par les responsables pour soutenir/atteindre les objectifs stratégiques)*

*Les objectifs doivent répondre à des besoins précis identifiés en interne.*

### Ce projet s’inscrit-il dans une démarche plus large à l’échelle de l’employeur (réorganisation, mutualisation, déménagement, …) ? Si oui, précisez.

## Eléments de pré-diagnostic et de diagnostic

***En cas de sélection de votre projet, un prestataire mis à disposition par le FNP vous accompagnera méthodologiquement dans la réalisation d’un diagnostic approfondi des situations de travail. Il est néanmoins demandé que vous précisiez les éléments de pré-diagnostic dont vous disposez qui motivent votre démarche.***

### Indiquez les différents éléments de contexte et de diagnostic qui sous-tendent le projet et motivent les objectifs recherchés tels qu’indiqués en 3.1

*Préciser les facteurs de risques avec les métiers identifiés et leur degré de gravité.*

### Indiquez les modalités de réalisation déjà utilisées ou envisagées pour la réalisation de ce diagnostic (questionnaires, entretiens individuels, entretiens collectifs, observations terrain, …)

**5 Actions préfigurées**

**Décrivez *entre* 4 et 6 grandes actions que vous souhaitez mettre en œuvre en indiquant les modalités de mise en œuvre, de suivi et d’évaluation***.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectif attendu - Action opérationnelle** | **Service en charge de la mise en œuvre/évaluation** | **Date de réalisation** | **Indicateur(s) de suivi/évaluation** |
| *Ex - Réduire les risques de TMS :*  *Formation de maintien et ou perfectionnement PRAP (1X/2 ans)* | *Responsable des services techniques* | *Chaque année, déterminer le besoin en formation initiale et perfectionnement* | * *Nbre de formation/an* * *Evolution taux de sinistralité lié aux TMS* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

## 6 [Acteurs de la démarche](https://www.cnracl.retraites.fr/employeur/prevention-risques-professionnels/actualites/guide-pratique-pour-la-conduite-de-projet-en-prevention-des-risques)

### Acteurs internes du projet : indiquez les fonctions des participants, les missions des différentes instances et la fréquence de leur tenue (ne pas indiquer de noms)

**Chef de projet (missions) :**

**Comité de pilotage (composition, missions et fréquence de rencontre) :**

**Comité projet (composition, missions et fréquence de rencontre) :**

**Groupe(s) de travail (composition, missions et fréquence de rencontre, à détailler) :**

**Autres :**

### Préciser et quantifier les moyens humains mis à la disposition pour la conduite du projet : Chef(fe) ou chargé(e) de projet, renfort interne temporaire …)

### Ex : Chef(fe) de projet : 0,5 ETP, …

### Acteurs externes

*En cas de sélection de votre projet, vous bénéficierez obligatoirement d’un accompagnement par un intervenant externe sélectionné et pris en charge par le FNP pour vous appuyer durant la phase de réalisation du diagnostic approfondi et d’élaboration du plan d’actions.*

Autres prestataires ou intervenants envisagés ?  Oui  Non

***Si oui : précisez le nom des prestataires / intervenants (si connu) et la nature de la prestation / intervention. Transmettre également, si vous en disposez, le(s) cahier(s) des charges ou le(s) devis.***

## Calendrier

***L’appel à projet doit s’inscrire dans une durée de 36 mois.***

***Sur cette durée, préciser les jalons envisagées des grandes étapes de la démarche, de l’élaboration du diagnostic à l’évaluation des actions déployées.***

Elaboration du diagnostic :

Elaboration du plan d’actions :

Déploiement du plan d’actions :

Evaluation / bilan des actions déployées :

## Budget prévisionnel

*La réalisation du diagnostic permettra de définir et préciser les actions à déployer. Toutefois, il est attendu que l’employeur porte d’ores et déjà une attention sur ce sujet en présentant les pistes de dépenses envisagées. Le temps interne consacré par l’employeur à la démarche n’est pas à renseigner dans le tableau.*

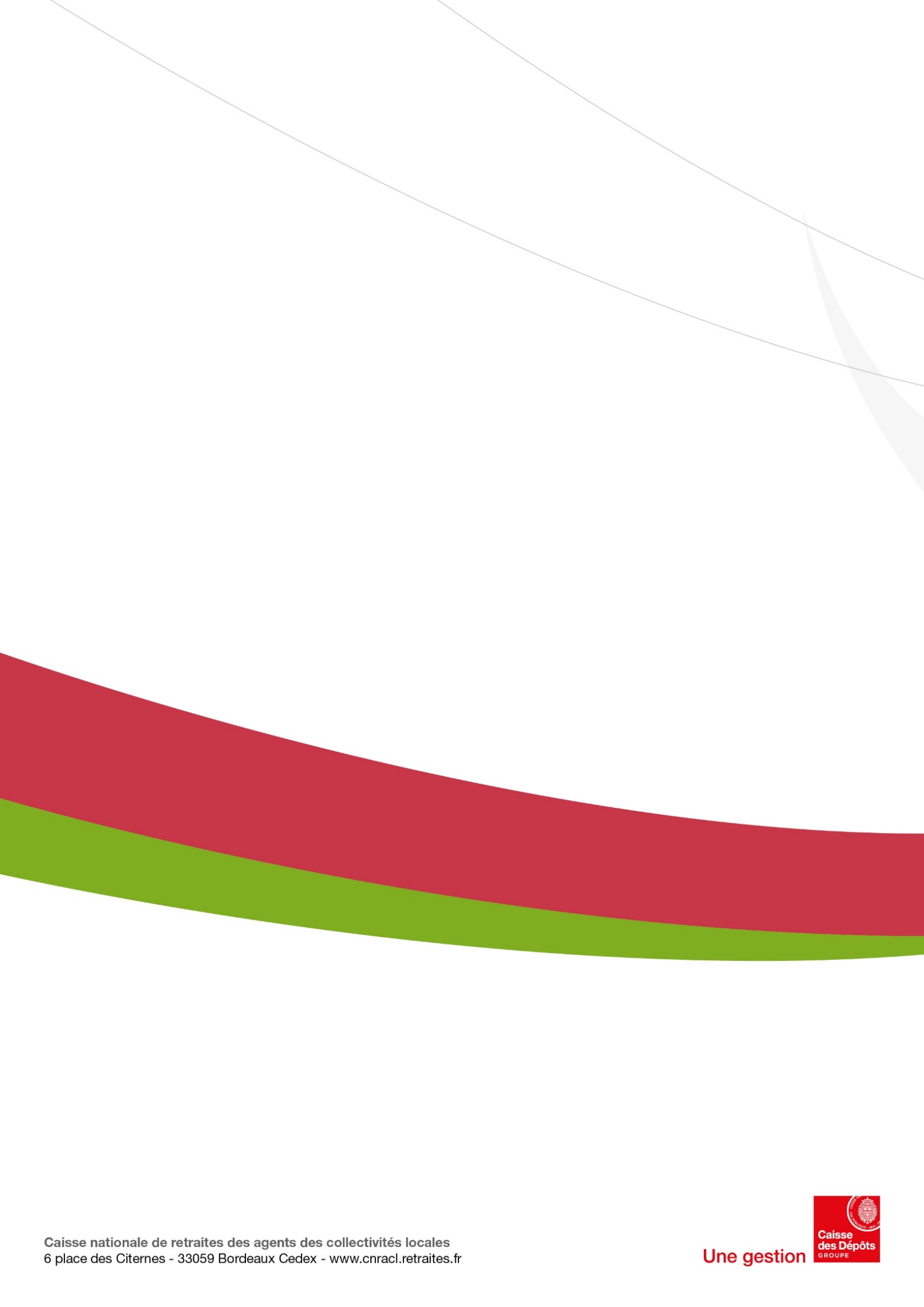
|  |  |
| --- | --- |
| Dépenses | Montant |
| Prestataires (autres que celui mis à disposition par le FNP) | 0,00 € |
| Formation | 0,00 € |
| Achat de matériel | 0,00 € |
| Autres (précisez et ajoutez autant de lignes que nécessaire) | 0,00 € |
| Total | 0,00 € |
|  |  |
| Recettes |  |
| Autre financement externe (précisez la source) : | 0,00 € |
| Autre | 0 € |
| Total | 0,00 |

Ces dépenses sont-elles déjà provisionnées ?

Non

Oui en totalité

Oui en partie (précisez lesquelles)

****