

Fonds National de Prévention des risques de la CNRACL

**Dossier de demande d’accompagnement**

**« Démarche de prévention »**

**Une démarche terminée ne peut donner droit à un accompagnement du FNP.**

Le dépôt de la demande peut s’effectuer tout au long de l’année par voie dématérialisée.

Ce dossier, accompagné des pièces justificatives, est à envoyer uniquement par courriel à l’adresse suivante :

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

*Il est précisé que la demande d’accompagnement fait l’objet d’une instruction et que l’appui est conditionné par les capacités budgétaires du FNP et ne revêt donc aucun caractère d’automaticité.*

**PIECES JUSTIFICATIVES**

**A joindre obligatoirement à votre dossier (en cas de démarche regroupant plusieurs employeurs affiliés, ces pièces sont à joindre par chaque entité CNRACL partie au projet).**

* **Lettre d’engagement (Annexe 1)**

Elle doit être signée par la plus haute autorité administrative de la structure. Vous trouverez, en annexe, le modèle à utiliser (disponible également sur le site Internet). Ce document formule la volonté :

- de progresser en matière de Santé sécurité au travail,

- de mettre en œuvre une démarche participative dans une logique d’amélioration continue et pérenne de l’organisation du travail,

Il confirme en outre la réalisation du document unique et/ou sa mise à jour.

Enfin, il manifeste l’engagement de chaque employeur participant à la démarche à utiliser Prorisq.

* **Avis des instances représentatives du personnel**

Dans le cadre de la démarche de prévention (et non de la présente demande d’accompagnement), le projet doit avoir reçu l’avis d’au moins une instance représentative :

**Comité social territorial (CST)**, **comité social d’établissement (CSE) ou**

de la **formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et des conditions de travail** **(F3SCT)**.

Pour les établissements hospitaliers, le FNP préconise qu’une information soit effectuée à la commission médicale d’établissement et, le cas échéant, aux conseils de pôle.

-----------------------

**A joindre, le cas échéant, si l’employeur estime que ces documents ont une valeur ajoutée pour le dossier :**

* **Devis et cahier des charges du prestataire** (en cas de recours à un prestataire externe pour réaliser la démarche).

L’employeur peut joindre la note méthodologique (ou le cahier des charges si le prestataire n’est pas encore retenu) relative au recours à un prestataire afin que le FNP puisse s’assurer de son intervention dans une logique d’accompagnement et de transfert de compétences. Ce document est à transmettre, le cas échéant, du devis du prestataire ou de la convention de financement.

|  |
| --- |
| **INFORMATIONS ADMINISTRATIVES A COMPLETER**  *En cas de démarche regroupant plusieurs employeurs, cette partie est à renseigner par l’entité pilote de la démarche.*  **Numéro SIRET de la collectivité ou de l’établissement :**  **Contacts pour la démarche (nom et courriel) :**   * Signataire de la convention : * Chef de projet :   **Effectifs :**   * Nombre total d’agents : * Nombre d’affiliés CNRACL :   **Date et avis d’une instance représentative du personnel :**   * Avis du CST : * Avis du CSE : * Avis de la formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et des conditions de travail (F3SCT :) * Autres (à préciser) : |

**DOSSIER À COMPLÉTER**

**Thème de la démarche : Approche Risque :**

**Approche Métier (précisez) :**

**Approche structure (précisez) :**

**Nom de l’employeur :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nbre d’affiliés CNRACL** | Cliquez ici pour taper du texte. | **Nombre total d’agents bénéficiaires**  Services concernés et nombre d’agents | Cliquez ici pour taper du texte. |
| ***Dont nombre de bénéficiaires affiliés à la CNRACL*** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| |  | | --- | | – Contexte | | | | |
| 1. **Résumé du projet** | | | |
|  | | | |
| 1. **Un ou plusieurs autres employeurs CNRACL participe(nt)-ils à la démarche ?** | | | |
| oui  non  En cas de réponse positive, merci de préciser :   * le nombre d’employeurs concernés : * et les éléments suivants pour chaque participant : * Nom de l’employeur : * Numéro SIRET : * Nombre d’agents et nombre d’affiliés : * Nombre de bénéficiaires : | | | |

|  |
| --- |
| 1. **Présentation employeur(s) et moyens santé sécurité au travail existants** |
| Quelques mots sur la/les structure(s) (missions, chiffres clés, éléments de contexte) :  Employeurs territoriaux :   * Disposez-vous d’un service SST : oui  non  nombre de personnes : * Si oui, depuis combien de temps : * Nombre de conseillers en prévention : * Nombre d’assistants de prévention : * Disposez-vous d’ergonomes : oui  non  Nombre : * Autres (psychologues...) : à préciser (fonction et nombre)   Employeurs hospitaliers :   * Disposez-vous d’un service de médecine au travail : oui  non  nombre de personnes : * Si oui, depuis combien de temps et quelle est sa composition : * Disposez-vous d’ergonomes : oui  non  Nombre : * Autres (psychologues...) : à préciser (fonction et nombre) |
| 1. **Acteurs du projet** |
| **d.1 Acteurs internes :**  ***Préciser*** ***la composition des différents comités et/ou groupes de travail sélectionnés ; la structuration des échanges (rôle des instances, fréquence des réunions).***   * **Chef(fe) de projet (nom et fonction au sein de la structure) :** * **Comité de pilotage :** oui  non  Nombre de personnes :   **Présence de membres du comité social**  **et/ou de la F3SCT :** oui  non  Nombre de personnes :  Composition :  Rôle :  Fréquence de réunion :   * **Comité projet :** oui  non  Nombre de personnes :   **Présence de membres du comité social**  **et/ou de la F3SCT :** oui  non  Nombre de personnes :  Composition :  Rôle :  Fréquence de réunion :   * **Groupe(s) de travail :**  oui  non   **Présence de membres du comité social**  **et/ou de la F3SCT :** oui  non  Nombre de personnes et groupes :    Composition :  Rôle :  Fréquence de réunion :     * **Autre :**   **d.2 Acteurs externes prestataires et/ou intervenants à titre gracieux :** oui  non  Si oui, préciser le nom de chaque prestataire et le type d’accompagnement. |
| |  | | --- | | Présentation de la démarche | | **a. Besoins collectivité(s) et/ou établissement(s) de santé** | | Quelle est l’origine de votre demande (plusieurs réponses possibles).  *Pour chaque élément coché, préciser en quelques lignes l’origine du besoin.*  - Evolution du nombre d’AT/MP :  - Demande des agents :  - Demande des membres du comité social et/ou de la F3SCT :  - Projet de réorganisation de service :  - Autre (précisez) :  La réalisation ou la mise à jour du document unique vous a-t-elle incité à lancer cette démarche ?  *Si oui, à développer.*  Oui  non  Précisez, le cas échéant, s’il existe des besoins spécifiques à certains employeurs | | **b. Utilisation de connaissances externes :**  Merci d'indiquer les références documentaires ou retours d'expériences qui vous ont permis d'élaborer votre projet de prévention : Documentation institutionnelle (INSERM...), FNP, démarche de prévention autre employeurs… | |  | | **c. Objectifs** | | Préciser les objectifs stratégiques et opérationnels de votre démarche  Précisez, le cas échéant, s’il existe des objectifs spécifiques à certains employeurs  **La démarche est-elle liée à une dimension plus générale et intégrée à d’autres projets de votre entité (projet de service ou de direction, projet social…) ?** | | **d. Diagnostic approfondi** | | **Modalités de réalisation du diagnostic approfondi.**  *Pour chaque élément sélectionné, donnez en quelques lignes les principales caractéristiques (population concernée, modalités de réalisation...).*  Exploitation de données sociales : oui  non    Questionnaires : oui  non  Entretiens individuels : oui  non  Entretiens collectifs : oui  non  Observations terrain : oui  non  Autres (précisez) :  **Principaux résultats issus du diagnostic approfondi.**  *Le diagnostic ne doit pas être que descriptif. Il doit apporter des éléments saillants du/des risque(s) identifié(s). Exemple : population / métiers concernés, données statistiques, analyse quantitative/qualitative et identification des causes.*  *Vous pouvez vous appuyer sur le DU, RSU, entretiens, observations, enquêtes … afin d’être le plus précis possible.* | |  | |

|  |
| --- |
|  |
| **e. Plan d’actions** |
| **Elaboration du plan d’actions :**  précisez les étapes et modalités ayant permis de passer du diagnostic à la réalisation du plan d’actions.  **Déploiement :**  décrivez les principaux axes du plan d’actions en les illustrant d’exemples d’actions en lien avec les résultats du diagnostic et les objectifs poursuivis.  ***Le plan d’actions doit faire écho au diagnostic approfondi et apporter des solutions opérationnelles afin de réduire le(s) risque(s) identifié(s)***  **Axe 1 :**  Actions liées à axe 1 :  **Axe 2 :**  Actions liées à axe 2 :  **Axe 3 :**  Actions liées à axe 3 :  (Complétez avec d’autres axes et actions si nécessaire) |
| **e. Indicateurs**  Précisez les indicateurs de suivi et/ou de mesure de résultats définis en cohérence avec vos objectifs. |
|  |
|  |
| – Calendrier et livrables |
| 1. **Calendrier prévisionnel (mois et année)** |
| * **Diagnostic approfondi :** |
| * **Déploiement du plan d’actions :** * **Evaluation/Bilan :** |
| 1. **Livrables à fournir au FNP de la CNRACL (si accompagnement financier du FNP)** |
| En fin de démarche, les livrables seront à présenter devant une instance compétente et transmis au FNP.    **3.b.1 Livrables obligatoires :**  - Avis du CST, CSE, ou F3SCT sur la fin de la démarche de prévention  - Bilan de la démarche (Annexe 2)  - Plan d’actions (mis à jour dans sa version finale)  **b.2 Autres livrables :**  Avez-vous prévu de produire des documents dans le cadre de la démarche ? oui  non  En cas de réponse positive, merci de préciser lesquels : |

**4 – Déclaration du temps passé** **et budget de la démarche**

## Estimation du temps passé

*Le tableau ci-dessous est conçu comme une aide à l’estimation du temps consacré par les agents (hors élus politiques et hors membres de la formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et des conditions de travail) pour la réalisation de la démarche envisagée.*

*En cas de démarche collective, chaque employeur doit renseigner un tableau.*

Déclinez les principales étapes de la démarche selon les grandes phases proposées dans le tableau et indiquez, pour chaque étape, le nombre d'agents concernés (porteur du projet et bénéficiaires), et, le nombre de jours envisagés.

Toute demi-journée entamée est à comptabiliser dans sa totalité. Ainsi, par exemple, pour une réunion de 2 heures, 0,5 jours seront indiqués. Une réunion de 2 h regroupant 10 agents est à valoriser à 5 jours (0,5\*10).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Moyens mobilisés en interne** | | |
| **Les étapes de votre démarche** | **Nombre de personnes (a)** | **Nombre de jours/agent (b)** | **Total jours projet (a\*b)** |
| **Diagnostic** |  |  | **0** |
| Exploitation de données |  |  | 0 |
| Questionnaires |  |  | 0 |
| Entretiens individuels |  |  | 0 |
| Entretiens collectifs |  |  | 0 |
| Observations terrains |  |  | 0 |
| Autres |  |  | 0 |
| **Plan d'actions** |  |  | **0** |
| Elaboration |  |  | 0 |
| Déploiement (ajouter autant d’axes/actions que nécessaire) |  |  | 0 |
| **Evaluation / Bilan** |  |  | **0** |
|  |  |  | 0 |
|  |  |  | 0 |
|  |  |  | 0 |
| **Total** | | | **0** |

1. **Budget prévisionnel**

**Dépenses estimées (nature et montant) :**

* Prestataires et/ou partenaires intervenant à titre onéreux : nature et montant de la prestation :
* Autres dépenses internes à l’employeur) : nature et montant :

***Total :***

**Recettes prévisionnelles, hors accompagnement financier FNP (financeur, montant, objet) :**

En cas de réponse positive, merci de préciser le nom du financeur, le montant associé et l’objet du financement :

Oui  non

***Total :***

**Annexes au dossier d’accompagnement**

**Annexe 1 : Lettre engagement**

**Annexe 2 : Modèle de bilan (livrable obligatoire en fin de démarche)**

**Annexe 1 : Lettre engagement**

Nom de l’employeur :

Adresse de l’employeur :

**Objet : Lettre d’engagement et désignation de l’administrateur de la collectivité/de l’établissement de santé**

Assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des agents dans l’exercice de leurs activités professionnelles représente un enjeu majeur pour notre collectivité/établissement de santé et contribue à son bon fonctionnement.

Afin d’œuvrer à la poursuite de cet objectif, notre collectivité/établissement de santé s’engage dans une démarche participative et dynamique de prévention des risques professionnels, d’acculturation des agents à la santé au travail et d’amélioration des conditions de travail pour xxxxx.

Outre la volonté de respecter ses obligations règlementaires, notre collectivité/établissement de santé souhaite faire progresser la connaissance sur les risques auxquels ses agents sont exposés dans le cadre de leur activité ainsi que sur les moyens de les maitriser. Cette démarche s’inscrit donc dans une logique d’amélioration continue et repose sur une organisation santé sécurité au travail pérenne.

L’ensemble des agents concernés par la démarche y collaborera afin de permettre une analyse des situations réelles de travail et de faciliter la recherche de solutions adaptées aux contraintes de chaque poste ou situation de travail. Pour ce faire les représentants du personnel seront étroitement associés à cette démarche.

Dans le cadre de cette démarche, ma collectivité ou mon établissement de santé s’engage à alimenter la Banque de Données via le logiciel PRORISQ, que la CNRACL met gratuitement à disposition des employeurs, en saisissant ses accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP). Dans cette perspective, M. / Mme XXXXX, dont le courriel est xxxxx et dont le numéro de téléphone est xxxxx, sera habilité(e) à Prorisq en qualité d’administrateur[[1]](#footnote-1), est autorisé(e) à accepter, au nom de mon établissement ou ma collectivité, les conditions générales d’utilisation de l’application, le contrat définissant les obligations entre l’employeur responsable de traitement des données et le sous-traitant et d’autoriser les personnes de son choix à accéder aux services proposés par l’outil Prorisq.

J’ai connaissance de mon droit de révoquer à tout moment les droits d’administrateur accordés à la personne désignée ci-dessus et ai pris connaissance des dispositions relatives aux données à caractère personnel et des droits y afférents[[2]](#footnote-2).

J’atteste que notre document unique d’évaluation des risques professionnels a été réalisé en date du xxxx puis mis à jour le xxxx.

Date

À

Le représentant légal, dûment habilité

(Nom Prénom)

*Signature*

**Annexe 2 : Modèle de bilan (livrable obligatoire)**



Bilan

**« Démarche de prévention »**

**Numéro de la démarche :**

**Nom de l’employeur :**

**En cas de démarche collective : nom de l’employeur pilote et des employeurs participants**

# I. Rappel du contexte initial de votre démarche :

* **Le thème de votre démarche :**
  + **Les objectifs visés :**
* **En cas de démarche regroupant plusieurs employeurs, déclinaison des objectifs aux autres collectivités/établissements, le cas échéant :**

# II. Bilan de votre démarche :

* **Précisez si votre démarche a évolué depuis son lancement (contexte, méthodologie, calendrier, moyens, objectifs, indicateurs…)**
* **Les objectifs initiaux ont -ils été atteints et comment ?**
* **Présentation des résultats obtenus :**

**En cas de démarche regroupant plusieurs employeurs, présentation des résultats obtenus pour chaque employeur et globalement pour la démarche :**

* **Apports éventuels d’autres contributeurs / financeurs :**
* **Identification des points forts :**
* **Exposé des difficultés rencontrées :**
* **Propositions de perspectives et évolutions :**

# III. Enseignements :

* **Conditions préalables à la démarche à anticiper pour favoriser son bon déroulement (identification et association des différents acteurs, maîtrise du calendrier) :**
* **Réflexions sur la conduite de projet :**

**En cas de démarche regroupant plusieurs employeurs : focus sur le caractère collectif et les enseignements de la conduite de projet (ex : validation des étapes, adaptation des contenus, identification et mise en place des moyens nécessaires à une bonne coordination de la démarche…)**

* **Réflexions sur l’implication des instances représentatives dans la démarche :**
* **Réflexions sur l’association/relais des représentants du personnel :**
* **Réflexions sur l’association/relais des agents :**
* **Réflexions sur l’association/relais de la direction et/ou des élus :**

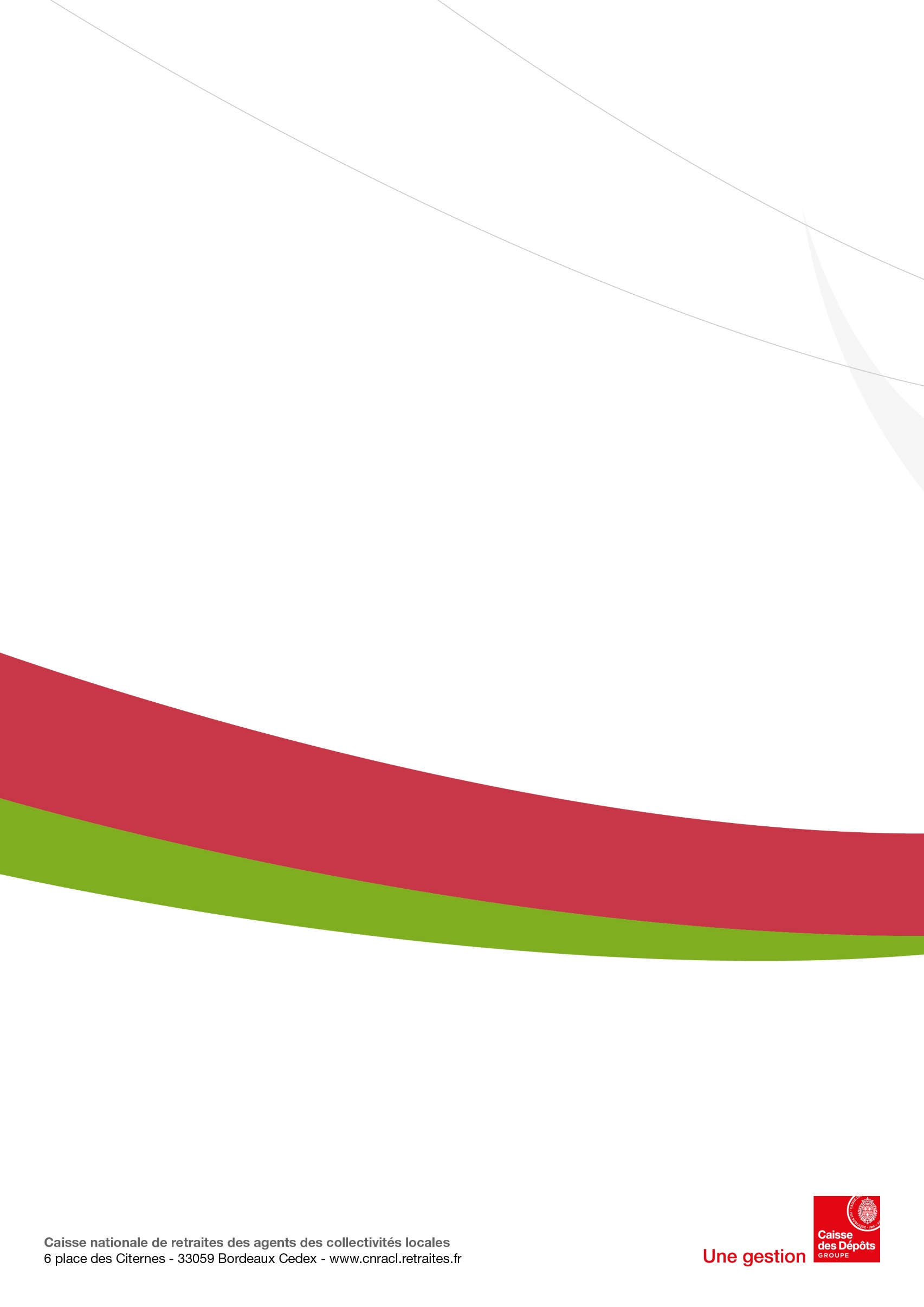
* **Préconisations pour le pilotage du prestataire extérieur (rédaction du cahier des charges, transfert de compétences, périmètre d’intervention…) :**
* **Pérennisation de la démarche : A l’issue du projet, que reste-t-il comme bénéfices durables au sein de votre structure ?**
* **Conseils que vous adresseriez à un employeur souhaitant se lancer dans une démarche identique :**

# IV. Eléments produits dans le cadre de la démarche : (documents, outils, supports…)

|  |  |
| --- | --- |
| **Intitulé** | **Format** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

# V. Contacts :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom et prénom du porteur de projet :** |  | **Fonction :** |  |
| **Courriel :** |  | **Téléphone :** |  |

**

1. Le référent désigné sera la personne la plus à même de prendre en charge les saisies et ou le suivi Prorisq. [↑](#footnote-ref-1)
2. Les informations recueillies font l’objet d’un traitement informatique par la Caisse des Dépôts et consignations en qualité de sous-traitant (ci-après désignée « Caisse des Dépôts »). Les données collectées ont pour finalité la gestion des de l’outil PRORISQ. Elles ne seront transmises qu’aux personnes habilitées de ou par la Caisse des Dépôts ou à des tiers légalement autorisés. Les informations recueillies qui seraient signalées avec un astérisque sont obligatoires pour permettre le traitement de votre dossier. Conformément à la réglementation Informatique et libertés vous disposez d’un droit d’accès, de rectification et d’effacement des données vous concernant et d’un droit à la limitation du traitement de vos données ainsi que du droit de faire parvenir à la Caisse des Dépôts des directives spéciales relatives au sort de vos données après votre décès.

   Pour exercer vos droits Informatique et libertés, vous pouvez vous adresser à :

   [mesdonneespersonnelles@caissedesdepots.fr](mailto:mesdonneespersonnelles@caissedesdepots.fr) ou par écrit à l’adresse suivante ; Caisse des Dépôts - Données personnelles - Etablissement de Bordeaux 6, place des Citernes 33059 Bordeaux Cedex, et d’y joindre toute pièce permettant de justifier votre identité et votre demande.

   Nous vous invitons à consulter notre Politique de protection des données à caractère personnel à l’adresse suivante : <https://retraitesolidarite.caissedesdepots.fr/content/dcp> .

   Si vous avez des questions concernant l’utilisation de vos Données à Caractère Personnel par la Caisse des Dépôts, vous pouvez contacter le Délégué à la protection des données (DPO) en remplissant le formulaire de contact à l’adresse [www.caissedesdepots.fr/protection-des-donnees-personnelles](https://www.caissedesdepots.fr/protection-des-donnees-personnelles).  [↑](#footnote-ref-2)