

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

*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**

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 du **comité social territorial (CST)** ou du **comité social d’établissement (CSE).**

Pour les employeurs concernés, le projet doit également avoir reçu l’avis de la **formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et des conditions de travail** (FSSCT, l’institution de cette formation spécialisée étant obligatoire pour les employeurs employant deux cents agents au moins, ainsi que pour les SDIS sans condition d’effectifs).

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.

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

L’employeur doit 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 accompagner, 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 des avis des instances :*** Avis du CST ou du CSE :
* Avis de la formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et des conditions de travail (FSSCT), pour les employeurs concernés :
* Autres (à préciser) :
 |

**DOSSIER À COMPLÉTER**

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

 **Approche Métier (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 d’assistants de prévention et/ou de conseillers en 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*** **Chef 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 FSSCT :** oui [ ]  non [ ]  Nombre de personnes :* **Comité projet :** oui [ ]  non [ ]  Nombre de personnes :

**Présence de membres du comité social****et/ou de la FSSCT :** oui [ ]  non [ ]  Nombre de personnes :* **Groupe(s) de travail :**  oui [ ]  non [ ]

**Présence de membres du comité social****et/ou de la FSSCT :** oui [ ]  non [ ]  Nombre de personnes :  **Nombre de groupes et nombre de personnes par groupe de travail** :* **Autre :**

**d.2 Acteurs externes prestataires et/ou intervenants à titre gracieux :** oui [ ]  non [ ]

|  |  |
| --- | --- |
| Nom | Type d’accompagnement |
|  | Choisissez un élément. |
|  | Choisissez un élément. |
|  | Autre, précisez :  |

 |
| 1. **Budget prévisionnel global de la démarche**
 |
| **Dépenses estimées (nature et montant) :** * Prestataires et/ou partenaires intervenant à titre onéreux : nature et montant de la prestation :
* Autres dépenses :

***Total :*** **Recettes prévisionnelles, hors accompagnement financier FNP :** oui [ ]  non [ ]  En cas de réponse positive, merci de préciser le nom du financeur, le montant associé et l’objet du financement :  |
|

|  |
| --- |
| Présentation de la démarche |
| **a. Besoins collectivité(s) et/ou établissement(s) de santé** |
| Quelle est l’origine de votre demande (plusieurs réponses possibles) : - Evolution du nombre d’AT/MP : [ ] - Demande des agents : [ ] - Demande des membres du comité social et/ou de la FSSCT : [ ] - 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 ?   oui [ ]  non [ ] Précisez, le cas échéant, s’il existe des besoins spécifiques à certains employeurs  |
| **b. Utilisation des connaissances :** Précisez quelles connaissances, autres qu’internes, vous ont permis de mener votre démarche (retours d’expériences autres employeurs, documentation institutionnelle, documentation FNP de la CNRACL…). |
|  |
| **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** 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**  |
|  |

 |

|  |
| --- |
|  |
| **d. Plan d’actions**  |
| **Elaboration du plan d’actions :**  précisez les modalités retenues. **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. **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 :**
 |
| * **Plan d’actions :**
* **Evaluation/Bilan :**

 |
| 1. **Livrables à fournir au FNP de la CNRACL (repris dans le contrat d’accompagnement financier)**
 |
| Les livrables sont à présenter devant les instances compétentes**3.b.1 Livrables obligatoires :** - Avis du CST ou du CSE, et le cas échéant avis de la formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et des conditions de travail, portant sur la réalisation de la démarche (distincts de ceux du lancement)- Bilan de la démarche (document annexé au dossier) : précisez la personne en charge de cette action - Plan d’actions **3.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

*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 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).

Le calcul des totaux des jours est automatique.

|  |  |
| --- | --- |
|   | **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 que nécessaire) |  |  | 0 |
| **Evaluation / Bilan** |   |   | **0** |
|  |  |  | 0 |
|  |  |  | 0 |
|  |  |  | 0 |
| **Total** | **0** |

*\* Pour visualiser les totaux des lignes et des colonnes, « Ctrl+A » puis appuyez sur la touche F9 de votre clavier.*

*Pour ajouter des lignes, copier des lignes présentes dans le tableau et insérez-les.*

**Annexes au dossier d’accompagnement**

**Annexe 1 : Lettre engagement**

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

**Annexe 3 : Grille d’auto-évaluation qualitative de projet.** La grille d’auto-évaluation est conçue comme un outil d’aide à la conduite de la démarche de projet pour l’employeur.

**Ces annexes sont également disponibles en accès direct sur la page prévention des risques professionnels du site internet de la CNRACL.**

**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, qui sera habilité(e) à Prorisq en qualité d’administrateur, 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[[1]](#footnote-1).

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 :**  |  |

**Annexe 3 : Grille d’auto-évaluation qualitative de projet**



FONDS NATIONAL DE PREVENTION

GRILLE D’AUTO-EVALUATION QUALITATIVE DE PROJET

Afin d’accompagner les porteurs de projet dans cette démarche, le FNP met à leur disposition cette grille d’auto-évaluation.

**Présentation de l’outil**

La grille d’auto-évaluation est conçue comme un outil d’aide à la conduite de la démarche de projet pour l’employeur.

Son utilisation permet de vérifier les résultats des actions menées, et d’en apprécier en particulier la pertinence, la cohérence, la durabilité, l’efficacité et l’efficience.

De ces constats peuvent être tirés des enseignements et des recommandations transposables à d’autres projets, dans une logique d’amélioration continue.

La grille d’auto-évaluation est construite à partir des critères retenus par l’OCDE pour l’évaluation qualitative de projets que sont la pertinence, la cohérence, l’efficience, l’efficacité, la durabilité et l’impact.

****

**Méthode**

Qui peut l’utiliser ?

Il est conseillé d’intégrer la démarche évaluative dès la conception du projet. Un groupe de travail dédié peut être constitué, ou être directement intégré au groupe projet.

Afin de garantir l’adhésion à la démarche, les personnels concernés doivent être associés à l’évaluation de la démarche : présentation de l’outil, points réguliers de suivi.

Quand l’utiliser ?

La grille d’auto-évaluation peut être utilisée à tout moment de la démarche.

Dans la phase de montage du projet (***évaluation préalable***) et lors du remplissage du dossier de demande de contribution financière, la grille permet :

* de tester la pertinence des objectifs du projet au regard des besoins identifiés,
* d’analyser la cohérence des objectifs entre eux,
* d’évaluer la faisabilité du projet (étude des moyens).
* *Questions 1 à 5*

Au cours de la démarche (***évaluation intermédiaire***), l’évaluation permet de confirmer la pertinence des objectifs et du choix de moyens mis en œuvre. Le cas échéant, des mesures correctives sont apportées.

* *Questions 1 à 19*

En fin de démarche (***évaluation finale***), la grille est utilisée pour évaluer l’efficacité (les réalisations sont-elles conformes aux objectifs ?) et l’efficience (les moyens ont-ils été utilisés correctement ?) de la démarche au regard des résultats atteints. A terme, elle permet d’évaluer sa durabilité et ses effets (mesure d’impact).

* *Questions 1 à 19*

Où trouver les informations nécessaires au remplissage de la grille ?

Les informations nécessaires pour compléter la grille sont aussi bien de nature quantitative (indicateurs de pilotage et de résultats) que qualitative (observations, entretiens).

Les chargés de développement du FNP se tiennent à votre disposition pour toute question. Nous vous conseillons de nous contacter dès en amont du projet, afin d’une meilleure orientation.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Numéro de la démarche  | DP | Département  |  |
| Nom de l’employeur |  |
| En cas de démarche collective : dénomination employeur pilote et employeurs participants |  |
| Nom et prénom du chargé(e) du suivi du projet  |   | Fonction  |   |
| Thématique de la démarche de prévention  |  | Date du lancement de la démarche  |  |
| Date de l’évaluation de projet  | Choisissez un élément. |

Les éléments en italique sont présents à titre d’illustration et d’aide à la réflexion. N’hésitez pas à prendre contact avec votre chargé(e) de développement pour toute question sur l’utilisation de la grille.

**PERTINENCE ET COHERENCE DE LA DEMARCHE**

|  |
| --- |
| **1) Il s’agit d’une première démarche de ce type.**  |
|  |
| Oui Non, précisez.  |

|  |
| --- |
| **2) Les objectifs formulés dans la démarche répondent aux besoins et aux bénéficiaires identifiés dans le diagnostic.** *Il s’agit ici de vérifier l’adéquation entre les besoins identifiés au sein de la structure, les bénéficiaires de l’action envisagée et les objectifs définis lors du lancement de la démarche. Les objectifs comme les besoins sont propres à chaque structure.* *A titre d’illustration, prenons le cas d’une collectivité dans laquelle sont survenus récemment deux accidents d’agents lors d’une tournée de collecte des déchets. L’analyse du besoin part de la survenue de ces accidents. L’objectif général du projet est de réduire la survenue d’accidents lors de la tournée de collecte. Cet objectif peut être décliné en plusieurs objectifs spécifiques (comme par exemple favoriser l’évolution des comportements des agents par le biais de matériel adapté, d’une bonne communication ou de formation).*  |
| *Sources : document unique d’évaluation des risques professionnels, diagnostic approfondi, projet de service, dispositifs internes de signalement, comité social ou FSSCT.* |
| Oui Non*Expliquez pourquoi* En partie seulement *Expliquez pourquoi*  |

|  |
| --- |
| **3) La collectivité ou l’établissement dispose des capacités nécessaires à la conduite de la démarche***Indicateurs : présence d’un service SST, formation adaptée ou envisagée pour les porteurs de projet, expérience de ce type de projet….* |
|  |
| Oui, expliquez commentNon, expliquez pourquoi En partie seulement  |

|  |
| --- |
| **4) La démarche est liée à une dimension plus générale et s’intègre à d’autres projets de la collectivité.**  |
| *Sources : projet de service ou de direction (projet d’établissement, projet social…)….*  |
| Oui, expliquez commentNonEn partie seulement  |

|  |
| --- |
| **5) Des moyens externes ont été mobilisés pour cette démarche .**  |
| *Exemple : co-financement (CARSAT, ARS…), financement CLACT pour les hospitaliers...*  |
| Oui, précisez comment. Non, expliquez pourquoi.  |

|  |
| --- |
| **6) La méthodologie initiale définie pour la démarche a été suivie.**  |
|  |
| Oui, précisez comment. Non, expliquez pourquoi.  |

**EFFICIENCE DE LA DEMARCHE**

|  |
| --- |
| **7) Le calendrier de la démarche était réaliste et a été suivi.**  |
|  |
| Oui. Non, expliquez pourquoi.  |

|  |
| --- |
| **8) La direction et/ou les élus ont été mobilisés et impliqués.**  |
|  |
| Oui, précisez comment. Non, expliquez pourquoi.  |

|  |
| --- |
| **9) Dans le cas d’une démarche regroupant plusieurs employeurs :** **Les moyens nécessaires à une bonne coordination de la démarche ont été identifiés et mis en place**  |
|  |
| Oui, précisez comment. Non, expliquez pourquoi.  |

|  |
| --- |
| **10) La participation des personnels a été effective et suivie.**  |
|  |
| Oui, précisez comment. Non, expliquez pourquoi.  |

|  |
| --- |
| **11) Les représentants du personnel ont été associés à la démarche**  |
|  |
| Oui, précisez comment. En partie seulement, expliquez pourquoiNon, expliquez pourquoi.  |

|  |
| --- |
| **12) Les moyens identifiés initialement ont été suffisants pour atteindre les objectifs.**  |
| *Il peut s’agir de moyens matériels (salles, communication…), de compétences internes ou externes (recours à un prestataire), de disponibilité des personnels, de temps.*  |
| Oui, précisez comment. En partie seulement, expliquez pourquoi. Non, expliquez pourquoi.  |

|  |
| --- |
| **13) Au cours de la démarche, le contexte a évolué.**  |
| *Par exemple en cas de changement de direction, de mobilité des membres de l’équipe projet, de réorganisation.*  |
| Oui, précisez en quoiNon  |

|  |
| --- |
| **14) Le cas échéant, ces changements ont nécessité une révision des objectifs et/ou un réajustement des moyens.**  |
|  |
|  |

**EFFICACITE DE LA DEMARCHE**

|  |
| --- |
| **15) Vous avez défini des indicateurs de suivi et de mesure des résultats**  |
|  |
| Oui, précisez lesquels. Non, expliquez pourquoi.  |

|  |
| --- |
| **16) Exposez les résultats de la démarche. Ceux-ci répondent aux objectifs de départ.**  |
| *La démarche a-t-elle par exemple contribué à faire baisser le nombre d’AT/MP ? A apaiser les craintes des personnels ? A assurer une meilleure qualité de service rendu aux usagers ? …*  |
| Oui, précisez. Non, expliquez pourquoi.  Prévoyez-vous des mesures correctives ? Si oui, lesquellesSi non, expliquez pourquoi  |

**DURABILITE DE LA DEMARCHE**

|  |
| --- |
| **17) Les indicateurs de mesure de résultat sont toujours pertinents.**  |
|  |
| Oui, précisez. En avez-vous identifié de nouveaux ? Si oui, précisez lesquelsSi non, expliquez pourquoi. Nous n’avons pas défini d’indicateurs de mesure de résultat.  |

|  |
| --- |
| **18) Des moyens ont été mis en place pour pérenniser la démarche et/ou concourir à la diffusion d’une culture de la prévention des risques professionnels.**  *Il peut s’agir par exemple d’outils de suivi de projet, de modification de fiches de poste, de recrutement, de méthodes de travail, d’une contribution financière….* |
|  |
| Oui, précisez. Non, expliquez pourquoi.  |

|  |
| --- |
| **19) L’accompagnement du FNP a-t-il favorisé l’atteinte des objectifs de la démarche (d’un point de vue financier, méthodologique, autre…) ?** |
|  |
| Veuillez préciser.  |

**

1. 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 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-1)