

Démarche : Démarche de prévention

Organisme : CAISSE DES DEPOTS ET CONSIGNATIONS (CDC)

## Identité du demandeur

Email	<input type="text"/>
Etablissement SIRET	<input type="text"/>
Dénomination	<input type="text"/>
Forme juridique	<input type="text"/>

## Formulaire

Le **Fonds National de Prévention** (FNP) de la **Caisse Nationale de Retraites des Agents des Collectivités Locales** (CNRACL) peut vous accompagner dans vos démarches de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail.

Retrouvez la présentation complète de l'offre sur le site de la CNRACL/prévention :

<https://www.cnrACL.retraites.fr/employeur/prevention-risques-professionnels/vous-accompagner/accompagnement-financier>.

**Le FNP peut vous accompagner au titre :**

- 1 - d'une démarche "universelle" de prévention des risques professionnels, sur toute thématique ou tout métier : l'accompagnement porte sur le déploiement du plan d'actions et nécessite que le diagnostic ait déjà été réalisé ;
- 2 - d'une démarche de prévention "prioritaire" :

\* soit sur la **réalisation d'un diagnostic approfondi des risques professionnels et le déploiement d'un plan d'actions**

\* soit sur le **déploiement d'un plan d'actions uniquement**

En cas de doute, sollicitez-nous via [demarche-prevention@caissedesdepots.fr](mailto:demarche-prevention@caissedesdepots.fr). Le/la référent(e) de votre région prendra votre attache pour vous accompagner.

### Département

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ 01 - Ain

☐ 02 - Aisne

☐ 03 - Allier

☐ 04 - Alpes-de-Haute-Provence

☐ 05 - Hautes-Alpes

☐ 06 - Alpes-Maritimes

☐ 07 - Ardèche

☐ 08 - Ardennes

☐

## Démarche de prévention

- ☐ 10 - Aube
- ☐ 11 - Aude
- ☐ 12 - Aveyron
- ☐ 13 - Bouches-du-Rhône
- ☐ 14 - Calvados
- ☐ 15 - Cantal
- ☐ 16 - Charente
- ☐ 17 - Charente-Maritime
- ☐ 18 - Cher
- ☐ 19 - Corrèze
- ☐ 21 - Côte-d'Or
- ☐ 22 - Côtes-d'Armor
- ☐ 23 - Creuse
- ☐ 24 - Dordogne
- ☐ 25 - Doubs
- ☐ 26 - Drôme
- ☐ 27 - Eure
- ☐ 28 - Eure-et-Loir
- ☐ 29 - Finistère
- ☐ 2A - Corse-du-Sud
- ☐ 2B - Haute-Corse
- ☐ 30 - Gard
- ☐ 31 - Haute-Garonne
- ☐ 32 - Gers
- ☐ 33 - Gironde
- ☐ 34 - Hérault
- ☐ 35 - Ille-et-Vilaine
- ☐ 36 - Indre
- ☐ 37 - Indre-et-Loire
- ☐ 38 - Isère
- ☐ 39 - Jura
- ☐ 40 - Landes
- ☐ 41 - Loir-et-Cher
- ☐

## Démarche de prévention

- ☐ 43 - Haute-Loire
- ☐ 44 - Loire-Atlantique
- ☐ 45 - Loiret
- ☐ 46 - Lot
- ☐ 47 - Lot-et-Garonne
- ☐ 48 - Lozère
- ☐ 49 - Maine-et-Loire
- ☐ 50 - Manche
- ☐ 51 - Marne
- ☐ 52 - Haute-Marne
- ☐ 53 - Mayenne
- ☐ 54 - Meurthe-et-Moselle
- ☐ 55 - Meuse
- ☐ 56 - Morbihan
- ☐ 57 - Moselle
- ☐ 58 - Nièvre
- ☐ 59 - Nord
- ☐ 60 - Oise
- ☐ 61 - Orne
- ☐ 62 - Pas-de-Calais
- ☐ 63 - Puy-de-Dôme
- ☐ 64 - Pyrénées-Atlantiques
- ☐ 65 - Hautes-Pyrénées
- ☐ 66 - Pyrénées-Orientales
- ☐ 67 - Bas-Rhin
- ☐ 68 - Haut-Rhin
- ☐ 69 - Rhône
- ☐ 70 - Haute-Saône
- ☐ 71 - Saône-et-Loire
- ☐ 72 - Sarthe
- ☐ 73 - Savoie
- ☐ 74 - Haute-Savoie
- ☐ 75 - Paris
- ☐

## Démarche de prévention

- ☐ 77 - Seine-et-Marne
- ☐ 78 - Yvelines
- ☐ 79 - Deux-Sèvres
- ☐ 80 - Somme
- ☐ 81 - Tarn
- ☐ 82 - Tarn-et-Garonne
- ☐ 83 - Var
- ☐ 84 - Vaucluse
- ☐ 85 - Vendée
- ☐ 86 - Vienne
- ☐ 87 - Haute-Vienne
- ☐ 88 - Vosges
- ☐ 89 - Yonne
- ☐ 90 - Territoire de Belfort
- ☐ 91 - Essonne
- ☐ 92 - Hauts-de-Seine
- ☐ 93 - Seine-St-Denis
- ☐ 94 - Val-de-Marne
- ☐ 95 - Val-D'Oise
- ☐ 971 - Guadeloupe
- ☐ 972 - Martinique
- ☐ 973 - Guyane
- ☐ 974 - La Réunion
- ☐ 975 - Saint Pierre et Miquelon
- ☐ 976 - Mayotte
- ☐ 986 - Wallis et Futuna
- ☐ 977 - Saint Barthelemy
- ☐ 978 - Saint Martin
- ☐ 987 - Polynésie française
- ☐ 988 - Nouvelle Calédonie

**Les informations portées sur les zones de commentaires libres de ce formulaire ne doivent pas être inappropriées, diffamatoires ou insultantes. Elles ne doivent en aucun cas contenir des données à caractère personnel sensibles (telles que des données relatives à la santé, aux origines ethniques, aux opinions politiques, philosophiques ou religieuses, à l'appartenance syndicale ou à l'orientation sexuelle).**

## Démarche de prévention

### Titre du projet

Renseignez un titre à votre projet

### Faites vous la demande pour votre compte ou pour le compte d'un tiers ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Votre propre structure

☐ Une autre structure

### Votre dénomination

Indiquez le nom de votre structure

### Prénom

Indiquez votre prénom

### Nom

Indiquez votre nom

### Courriel

Indiquez l'adresse mail sur laquelle nous pouvons vous contacter

## 1. PRESENTATION DE LA STRUCTURE BENEFICIAIRE

### Fonction publique

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Territoriale

☐ Hospitalière

### Type de structure

Précisez votre type de structure s'il n'est pas présent dans la liste proposée (choix 'Autre').

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Caisse des écoles

☐ CCAS

☐ CDG

☐ Centre hospitalier

☐ Centre hospitalier spécialisé

☐ Centre hospitalier universitaire

☐ CIAS

☐ Communauté d'agglomération

☐ Communauté de communes

☐

## Démarche de prévention

- ☐ Commune
- ☐ Département
- ☐ EHPAD
- ☐ Etablissement public administratif
- ☐ Etablissement public territorial
- ☐ Maison de retraite
- ☐ Métropole
- ☐ OPH
- ☐ Régie
- ☐ Région
- ☐ SDIS
- ☐ Syndicat de communes (Sivu, Sivom...)
- ☐ USLD

### Votre adresse complète

### Votre démarche s'inscrit-elle dans une démarche collective ?

Une démarche est collective si elle comporte au moins 3 employeurs y compris le pilote. Elle implique un pilotage, une méthodologie de diagnostic commune et un plan d'actions avec des actions transverses. La démarche est soumise et déposée par le pilote.

Cochez la mention applicable

- ☐ Oui
- ☐ Non

### Nom de l'employeur pilote de la démarche collective

Indiquez le nom du pilote de la démarche collective

### Nombre d'employeurs associés à la démarche collective

### Autre(s) employeur(s) bénéficiaire(s) concerné(s) par la démarche

#### Nom de l'employeur associé à la démarche

### SIRET de l'employeur associé à la démarche

### Nombre d'agents total

Indiquez le nombre d'agents physiques de la structure en date du dernier bilan social

## Démarche de prévention

### Services concernés

Renseignez les services (ex : unité de soin, structure, direction...) ou métiers concernés.

### Nom de l'employeur associé à la démarche

### SIRET de l'employeur associé à la démarche

### Nombre d'agents total

Indiquez le nombre d'agents physiques de la structure en date du dernier bilan social

### Services concernés

Renseignez les services (ex : unité de soin, structure, direction...) ou métiers concernés.

### Nom de l'employeur associé à la démarche

### SIRET de l'employeur associé à la démarche

### Nombre d'agents total

Indiquez le nombre d'agents physiques de la structure en date du dernier bilan social

### Services concernés

Renseignez les services (ex : unité de soin, structure, direction...) ou métiers concernés.

## Présentation de la structure bénéficiaire

### Présentation de la structure bénéficiaire

Indiquez quelques mots sur votre structure : missions, chiffres clés, éléments de contexte

### Date de réalisation du Document Unique

### Date dernière mise à jour du Document Unique

## Effectifs

Nombre total d'agents

Dont nombre d'affiliés à la CNRACL

## Responsable légal

Signataire de la convention

**Civilité**

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Madame

☐ Monsieur

**Nom**

**Prénom**

**Fonction**

## Chef de projet

**Identification des chefs de projet**

**Civilité**

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Madame

☐ Monsieur

**Nom**

**Prénom**

**Fonction**

Il s'agit de la fonction administrative

**Téléphone**

**Courriel**



## Démarche de prévention

### Civilité

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Madame

☐ Monsieur

### Nom

### Prénom

### Fonction

Il s'agit de la fonction administrative

### Téléphone

### Courriel

### Civilité

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Madame

☐ Monsieur

### Nom

### Prénom

### Fonction

Il s'agit de la fonction administrative

### Téléphone

### Courriel

## 2 - MISSION "SANTE ET SECURITE AU TRAVAIL" AU SEIN DE VOTRE STRUCTURE

Disposez vous de collaborateurs en prévention, santé et sécurité au travail ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

## Démarche de prévention

**Précisez la fonction de vos collaborateurs en santé et sécurité au travail et leur nombre**

**Fonction**

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Assistant de prévention
- ☐ Conseiller en prévention
- ☐ Ergonome
- ☐ Infirmier SST
- ☐ Ingénieur Hygiène et Sécurité
- ☐ Médecin du travail
- ☐ Psychologue du travail
- ☐ Référent prévention
- ☐ Technicien hygiène et sécurité

**Nombre de personne(s)**

**Modalité d'emploi**

Equivalent temps plein

**Fonction**

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Assistant de prévention
- ☐ Conseiller en prévention
- ☐ Ergonome
- ☐ Infirmier SST
- ☐ Ingénieur Hygiène et Sécurité
- ☐ Médecin du travail
- ☐ Psychologue du travail
- ☐ Référent prévention
- ☐ Technicien hygiène et sécurité

**Nombre de personne(s)**

**Modalité d'emploi**

Equivalent temps plein

**Fonction**

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Assistant de prévention

## Démarche de prévention

- ☐ Conseiller en prévention
- ☐ Ergonome
- ☐ Infirmier SST
- ☐ Ingénieur Hygiène et Sécurité
- ☐ Médecin du travail
- ☐ Psychologue du travail
- ☐ Référent prévention
- ☐ Technicien hygiène et sécurité

### Nombre de personne(s)

### Modalité d'emploi

Equivalent temps plein

### Faites vous appel à une structure extérieure ?

Cochez la mention applicable

- ☐ Oui
- ☐ Non

### Nom de la structure extérieure

Indiquez ici la structure à laquelle vous faites appel pour assurer les missions en SST

### Type de mission confiée à la structure extérieure

## 3 - PRESENTATION DE LA DEMARCHE PREVENTION

### Résumé de votre démarche

Présentez le contexte de votre démarche, la nature des problèmes rencontrés, les métiers et /ou secteurs d'activités concernés. Indiquez également si votre démarche s'inscrit dans une dimension plus générale et intégrée à d'autres projets de votre entité (projet de service ou de direction, projet social...)

### Quelle est l'origine de votre démarche ?

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

- ☐ Evolution du nombre AT/MP
- ☐ Demande des agents
- ☐ Demande des membres du CSE/CST/F3SCT
- ☐

## Démarche de prévention

☐ Réalisation ou Mise à jour du document unique

☐ Autre

Détaillez l'option ou les options choisie(s)

Précisez quelles connaissances, autres qu'internes, permettent de nourrir votre démarche (retours d'expériences autres employeurs, documentation institutionnelle, documentation FNP de la CNRACL...).

## Objectifs

Quels sont vos objectifs stratégiques ?

Exemples : réduire les TMS, prévenir les RPS, améliorer la QVCT...

Quels sont vos objectifs opérationnels ?

Les objectifs doivent répondre de manière cohérente aux éléments de pré-diagnostic ou de diagnostic.

## Bénéficiaires

Services concernés

Renseignez les services (ex. Unités de soin, structure, direction...).

Si tous les services sont concernés, il suffira d'indiquer : "tous les agents de la collectivité".

Métiers concernés

Nombre total d'agents bénéficiaires de la démarche

Nombre d'agents total concernés par la démarche.

## Démarche de prévention

### Nombre total d'agents affiliés CNRACL bénéficiaires de la démarche

Nombre d'agents affiliés à la CNRACL concernés par la démarche.

## 4 - DIAGNOSTIC

Ces champs sont obligatoirement à renseigner. Nous nous assurerons que les modalités de réalisation sont appropriés au regard de la nature de la démarche.

**Modalités de réalisation du diagnostic. Pour le cas d'une démarche collective les modalités de diagnostic doivent être similaires pour chaque employeur participant**

### Etude documentaire

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

**Précisez quels documents ont été ou seront étudiés qui participent / participeront à ce diagnostic**

### Etude portant sur la sinistralité et l'absentéisme

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

**Précisez quels documents ont été ou seront étudiés et les indicateurs ou éléments qui participeront à ce diagnostic**

### Transmission de questionnaires

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

**Précisez a minima comment les questionnaires ont été ou seront élaborés, les modalités de transmission et les agents destinataires de ces questionnaires**

### Réalisation d'entretiens

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐

## Démarche de prévention

Précisez a minima les modalités de conduite de ces entretiens (réalisés en interne ou par un prestataire externe, collectifs, individuels...), de choix des personnels participant à cette phase ainsi que l'objet desdits entretiens

### Observations terrain

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Précisez le type d'observations terrains, les modalités envisagées / réalisées (en interne, recours à un prestataire...) et les personnels / métiers / services pressentis

### Autres modalités de réalisation du diagnostic

## Résultats du diagnostic

### Résultats du diagnostic

Décrivez les résultats de votre diagnostic. Dans le cadre d'une démarche collective, détaillez d'abord les risques communs à l'ensemble des employeurs concernés et ensuite les risques spécifiques à chacun.

## 5. PLAN D'ACTIONS

### Elaboration et déploiement d'un plan d'actions

### Description de votre plan d'actions

Elaboration du plan d'actions : précisez les modalités retenues ou envisagées pour passer des résultats du diagnostic à un plan d'actions structuré

Déploiement du plan d'actions : décrivez les axes retenus ou envisagés, les actions liées à ces axes et leurs modalités de mise en oeuvre.

Axe

## Démarche de prévention

Actions liées à l'axe et modalités de mise en œuvre

Axe

Actions liées à l'axe et modalités de mise en œuvre

Axe

Actions liées à l'axe et modalités de mise en œuvre

## 6. INDICATEURS

**Précisez les indicateurs de suivi et/ou de mesure de résultats définis en cohérence avec vos objectifs**

Les indicateurs doivent être mesurables, et permettre d'évaluer les actions mises en œuvre.

## 7. LES ACTEURS DE VOTRE DEMARCHE

### Acteurs internes

**Présentation des instances du projet**

Indiquez quelle est la structuration du projet retenue (comité de pilotage, comité de projet, groupe(s) de travail - sur quelle thématique, compositions, rôles, fréquences de réunions de chaque instance, nombre d'agents associés, nombre d'élus, nombre de représentants du personnel membres de chaque instance, intervenants externes...).

**Présence d'un comité de pilotage ?**

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐

## Démarche de prévention

### Détaillez l'instance comité de pilotage

Merci de préciser le rôle et la composition du comité de pilotage, la fréquence de réunion, le nombre d'agents et d'élus associés ainsi que le nombre de représentants du personnel

### Présence d'un comité de projet ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

### Détaillez l'instance comité de projet

Merci de préciser le rôle et la composition du comité de projet, la fréquence de réunion, le nombre d'agents et d'élus associés ainsi que le nombre de représentants du personnel

### Présence de groupes de travail ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

### Détaillez les groupes de travail

Merci de préciser le rôle et la composition des groupes de travail, la fréquence de réunion, le nombre d'agents et d'élus associés ainsi que le nombre de représentants du personnel

### Précisez les modalités d'information/association des représentants du personnel

Indiquez de quelle manière les représentants du personnels sont associés.

### Est-ce que les agents bénéficiaires de la démarche ont participé à l'élaboration du plan d'actions ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

### Comment les agents bénéficiaires ont participé à l'élaboration du plan d'actions ?



## Démarche de prévention

### Avis de l'instance compétente

#### Date de l'instance

Il s'agit de la date de l'avis de l'instance compétente qui mentionne le lancement de la démarche et non la demande de l'accompagnement financier par le FNP. Si l'instance ne s'est pas encore tenue, merci de renseigner la date prévisionnelle.

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.

#### Nom de l'instance

#### Précisez le résultat du vote

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

- ☐ Avis favorable
- ☐ Avis défavorable
- ☐ Unanimité
- ☐ En cours

#### Date de l'instance

Il s'agit de la date de l'avis de l'instance compétente qui mentionne le lancement de la démarche et non la demande de l'accompagnement financier par le FNP. Si l'instance ne s'est pas encore tenue, merci de renseigner la date prévisionnelle.

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.

#### Nom de l'instance

#### Précisez le résultat du vote

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

- ☐ Avis favorable
- ☐ Avis défavorable
- ☐ Unanimité
- ☐ En cours

#### Date de l'instance

Il s'agit de la date de l'avis de l'instance compétente qui mentionne le lancement de la démarche et non la demande de l'accompagnement financier par le FNP. Si l'instance ne s'est pas encore tenue, merci de renseigner la date prévisionnelle.

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.

#### Nom de l'instance

#### Précisez le résultat du vote

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

☐

## Démarche de prévention

- ☐ Avis défavorable
- ☐ Unanimité
- ☐ En cours

## Acteurs externes

**Nom du prestataire/intervenant et type d'accompagnement (à titre onéreux ou gracieux)**

**Prestataire et type d'accompagnement**

**Prestataire et type d'accompagnement**

**Prestataire et type d'accompagnement**

## 8. BUDGET PREVISIONNEL

### Dépenses envisagées

Indiquez la nature et le montant des dépenses envisagées

### Disposerez vous de recettes prévisionnelles hors accompagnement FNP ?

Cochez la mention applicable

- ☐ Oui
- ☐ Non

**Précisez le nom du financeur, le montant associé et l'objet du financement**

## 9. CALENDRIER

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

## Démarche de prévention

### Période du diagnostic approfondi

Indiquez la date de début et de fin connue ou estimée.

### Période d'élaboration du plan d'actions

Indiquez la date de début et de fin connue ou estimée.

### Période de mise en œuvre du plan d'actions

Indiquez la date de début et de fin connue ou estimée.

### Période du Bilan / Evaluation

Indiquez la date de début et de fin connue ou estimée.

## 10. PIECES JUSTIFICATIVES

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Lettre d'engagement

Un modèle est mis à disposition. Merci de le télécharger, de le compléter, signer et redéposer ici.

La lettre d'engagement doit être signée par la plus haute autorité administrative de la structure. 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.

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Outil de structuration et de suivi du plan d'actions

Un outil de structuration et de suivi du plan d'actions est mis à votre disposition. Merci de le télécharger, de le compléter et de le redéposer ici .

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Avis de l'instance représentative du personnel

Déposez ici l'avis de l'instance compétente, si l'instance ne s'est pas encore tenue, merci de déposer tout document (ordre du jour, attestation....) attestant sa tenue à venir.

Nous attirons votre attention sur le fait que votre dossier ne pourra faire l'objet d'une décision sans PV de l'instance compétente.

Merci d'anonymiser vos documents.

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Cahier des charges du prestataire

Retrouvez tous les renseignements utiles relatifs à la RGPD via le lien ci-après

[https://plateforme-employeurs.caissedesdepots.fr/peps-api/PE3/PLATEFORME/api/v1/public/documents-legaux/derniere-version/RGPD\\_PE3/fichier](https://plateforme-employeurs.caissedesdepots.fr/peps-api/PE3/PLATEFORME/api/v1/public/documents-legaux/derniere-version/RGPD_PE3/fichier)