Fonds National de Prévention des risques de la CNRACL

Appel à projets

« Prévention des risques

professionnels des métiers du tri et de la collecte des déchets »

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

**Date limite de réception : 2 mai 2024**

Fonds National de Prévention

**Appel à projets**

**« Prévention des risques professionnels des métiers du tri et de la collecte des déchets »**

**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

Tout dossier incomplet ne sera pas pris en compte.

La date limite de dépôt des dossiers est fixée au **2 mai 2024.**

**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 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 (F3SCT, l’institution de cette formation spécialisée étant obligatoire pour les employeurs employant deux cents agents au moins).

Une date prévisionnelle peut être indiquée mais les documents doivent être transmis pour le **31 juillet 2024**.

Ces documents peuvent être fournis par la suite mais ils conditionnent l’entrée effective de l’entité dans le projet**.**

* Bilan social de l’année N-1 (ou dernier bilan social en date)
* Devis et cahier des charges du prestataire ou des fournisseurs (le cas échéant)
* Organigramme de la Direction ou Service du périmètre du projet

****

**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 : b) Nombre d’affiliés CNRACL :
* Soit % du nombre total d’affiliés sur la totalité des agents :
1. **Effectifs de l’employeur concernés par le présent projet :**
2. Nombre total d’agents : b) Nombre d’affiliés CNRACL :
* Soit % du nombre d’affiliés concernés par la démarche sur la totalité des agents concernés :
1. **Durée de travail (uniquement pour les agents titulaires)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | Pour tous les fonctionnaires de l'employeurNombre | Uniquement pour les fonctionnaires concernés par la démarche de préventionNombre |
| **Moins de 28 heures** |     |    |
| **Au moins 28 heures** |    |    |

1. **Présentation du projet aux instances (Dates des avis ou dates prévisionnelles de réunion)**
2. Date avis du CST ou du CSE :
3. Date avis de la formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et des conditions de travail (FSSSCT), pour les employeurs concernés :
4. **Date de la dernière actualisation du document unique :**
5. **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 généraux et opérationnels, ainsi que les attendus de votre projet ?

*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

*Vous pouvez indiquer les mesures actuelles mises en place**dans votre structure concernant la prévention des risques professionnels des métiers du tri et de la collecte des déchets et leurs résultats si identifiés.*

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

## Acteurs de la démarche

### Acteurs internes du projet : indiquez les fonctions des participants, les missions des différentes instances et la fréquence de leur tenue

**Chef de projet (missions) :**

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

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

**Autres :**

### Autres 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 des violences sexistes et sexuelles.*

Autres prestataires ou intervenants envisagés ? [ ]  Oui [ ]  Non

***Si oui : précisez la dénomination (si connue) et la nature des prestataires / intervenants sollicités. Fournir également, si à votre disposition, le(s) cahier(s) des charges ou le(s) devis.***

## Structuration de la démarche

***Décrivez les moyens et les modalités envisagées de réalisation de votre projet depuis la phase d’analyse approfondie des situations de travail et d’élaboration du plan d’actions (avec le prestataire mis à disposition par le FNP) jusqu’à la mise en œuvre du plan d’actions.***

*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 réflexion envisagées.*

*Il est rappelé que le projet doit déboucher sur le déploiement d’un plan d’actions l’évaluation de la majorité des actions de prévention identifiées.*

## Calendrier

***Le projet doit s’inscrire dans une durée de 24 mois.***

***Sur la période de 24 mois, préciser les périodes 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  |  |
| Co-financement  | 0,00 € |
| Autre  | 0 € |
| Total  | 0,00 |

Ces dépenses sont-elles déjà provisionnées ?

[ ]  Non

[ ]  Oui en totalité

[ ]  Oui en partie (précisez lesquelles)

****