Fonds National de Prévention des risques de la CNRACL

Appel à projets

« Prévention de la désinsertion professionnelle »

Dossier de candidature et demande d’accompagnement

**Date limite de réception : mercredi 3 mai 2023**

Fonds National de Prévention

**Appel à projets**

**« Prévention de la désinsertion professionnelle »**

**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 **mercredi 3 mai 2023.**

|  |
| --- |
| **PIECES COMPLEMENTAIRES** |
| **A joindre obligatoirement à votre dossier :*** **Lettre d’engagement signée par l’autorité territoriale ou le directeur d’établissement (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 établissements hospitaliers, le FNP recommande également de saisir le CME pour avis.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). Ces documents peuvent être fournis par la suite mais ils conditionnent l’entrée effective de l’entité dans le projet.* **Devis et cahier des charges des prestataires (le cas échéant)**
* **Organigramme de la Direction ou Service du périmètre du projet**

**Avertissement****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 ?**

|  |
| --- |
| **Résumé de votre projet**  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMATIONS ADMINISTRATIVES A COMPLETER :**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 % des effectifs totaux :
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'employeur** | **Uniquement pour les fonctionnaires concernés par la démarche de prévention** |
| **Nombre** | **%** | **Nombre** | **%** |
| **Moins de 17h30** |   |   |   |   |
| **Entre 17h30 et 28h** |   |   |   |   |
| **Plus de 28 heures** |   |   |   |   |

1. **Présentation du projet aux instances (dates des avis ou dates prévisionnelles de réunion)**
2. Date avis du CST / CSE :
3. Date avis de la Formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et des conditions de travail (FSSCT), pour les employeurs concernés :
4. Date avis du CME (fonction public hospitalière, facultatif) :

**6.**  **Date de dernière actualisation du document unique :** |

**Présentation du projet**

|  |
| --- |
| 1. **Présentation de la collectivité ou établissement**
 |
| ***1.1* *Présentation de la structure employeur***  |
| * 1. ***Avez-vous un service interne chargé de la prévention (hygiène/sécurité/santé)*** *pour cocher les cases, il vous suffit de cliquer dessus)*

Oui [ ]  Non [ ] ***1.3* *Disposez-vous en interne des compétences suivantes*** :Assistant de prévention : oui [ ]  non [ ]  Si oui combien : 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) ***1.4* *Etes-vous adhérent à un service de santé au travail extérieur à votre structure ?*** : Oui [ ]  lequel : Non [ ]  |

|  |
| --- |
| **2. Diagnostic*****Il est attendu une identification précise des populations à risque de désinsertion : âge, santé / restrictions d’aptitude, parcours professionnels / métiers …*** *Ajoutez autant de lignes que nécessaire.* |
| ***2.1 Indiquez les différents éléments de contexte et de diagnostic qui permettent d’objectiver les facteurs de risques et d’identifier les populations d’agents concernées par le projet.******2.2 Indiquez les modalités de réalisation de ce diagnostic (analyse de données sociales, questionnaires, entretiens individuels, entretiens collectifs, observations terrain, …)*** |

|  |
| --- |
| 1. **Périmètre du projet**

*Délimité au vu des éléments de diagnostic*  |
| ***3.1* *Services, structures, métiers ou activités concernés par le projet*** |
| * 1. ***Modalités d’organisation du travail***

*Décrivez les principales caractéristiques et modalités d’organisation du travail au sein de la ou des structures/services concernés (horaires, temps de travail, division du travail, management, exigences de services, …). N’omettez pas de joindre le(s) organigramme(s).* |
| **4. Objectifs**  |
| ***4.1 Quels sont les objectifs généraux et opérationnels de votre projet ?****Les objectifs doivent répondre à des besoins précis identifiés en interne, découlant du diagnostic.****4.2 Ce projet s’inscrit-il dans une démarche plus large à l’échelle de l’employeur (réorganisation, mutualisation, déménagement, …) ?*** *Si oui, précisez.* |
| **5. Acteurs de la démarche** |
| ***5.1 Acteurs internes au projet :*** *indiquez les fonctions des participants et les missions des différentes instances, ainsi que la fréquence prévue des réunions***Chef de projet (missions) :**  |
| **Comité de pilotage (composition, fréquence et missions) :**  |
| **Groupe(s) de travail (composition, fréquence et missions, à détailler) :****Autres :** |
| ***5.2 Acteurs externes***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.* |
| ***6. Présentez les modalités d’élaboration de votre plan d’actions****Le descriptif attendu doit détailler le processus de recueil des propositions d’actions, leur sélection et hiérarchisation avant leur validation par le comité de pilotage* |

|  |
| --- |
| **7. Plan d’actions*****Il est rappelé que le projet est centré sur la mise en œuvre du plan d’actions, ce qui implique que le diagnostic approfondi ait déjà été réalisé et que le plan d’actions soit élaboré.*** ***Détaillez le plan d’actions, structuré par axes, en montrant en quoi il répond aux besoins issus du diagnostic approfondi. Pour chaque action, décrivez les moyens et les modalités de mise en œuvre envisagés. Indiquez les outils et modalités de suivi et d’évaluation envisagés.*** *Ajoutez autant de lignes que nécessaire.* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Axes | Actions | Modalités de mise en œuvre | Outils et modalités de suivi et d’évaluation |
| Organisation du travail : |  |  |  |
| Maintien dans l’emploi : |  |  |  |
| Maintien en emploi : |  |  |  |
| Autres : |  |  |  |

|  |
| --- |
| **8. Calendrier** |
| Phases antérieures au dépôt du dossier : Elaboration du diagnostic :  Elaboration du plan d’actions : ***Calendrier prévisionnel des phases concernées par l’appel à projet (18 mois)*** Déploiement du plan d’actions :  Evaluation des actions déployées :  |

|  |
| --- |
| **9. Budget prévisionnel** |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Dépenses | Montant |
| Prestataires | 0,00 € |
| Formation | 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) |

****