Fonds national de prévention des risques de la CNRACL

Appel à projets

« Prévention des addictions »

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

**Date limite de réception : 1er juillet 2025**

Fonds national de prévention

**Appel à projets**

**« Prévention des addictions »**

|  |
| --- |
| **Les projets proposés feront l’objet d’une sélection rigoureuse.****A titre d’information, le Conseil d’administration se fixe comme objectif de retenir 8 à 10 projets.****Il appartient au candidat de proposer le projet le plus complet possible et présentant un intérêt pour la valorisation en termes de bonnes pratiques de prévention des risques professionnels.****Il est conseillé de se référer au** [***guide de conduite de projet* *de prévention des risques professionnels***](https://www.cnracl.retraites.fr/sites/default/files/SERVICES/FNP/Parutions/2024-Guide%20Conduite%20de%20projet.pdf) **afin d’élaborer et structurer votre projet. La prise en compte des éléments y figurant seront un plus lors de la sélection.**  |

**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

**En renseignant dans l’objet du mail : « AAP Addictions + nom employeur ».**

La date limite de dépôt des dossiers est fixée au **1er juillet 2025.**

**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 soit l’avis du comité social territorial (CST) soit du comité social d’établissement (CSE) ou de la formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et des conditions de travail (F3SCT, obligatoire pour les employeurs employant deux cents agents au moins).

**Une date prévisionnelle peut être indiquée mais l’avis doit être transmis au plus tard le 26/09/2025.**

* Organigramme de la Direction ou Service concerné

****

**Tout dossier incomplet ne pourra être examiné**.

**Fiche projet**

**Nom de l’employeur :**

**Service(s) porteur(s) du projet :**

**Chefs de projet (nom, fonction, courriel et numéros de téléphone portable) :**

**Contacts pour la démarche (nom, fonction, courriel et numéro de téléphone portable) :**

**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 :
4. Nombre d’affiliés CNRACL :
* % du nombre total d’affiliés sur la totalité des agents … %
1. **Date de la dernière actualisation du document unique (inscrire une date effective au format MM/AA) :**
2. **Présentation du projet aux instances (date effective de tenue de l’instance ou date prévisionnelle ≤ au 31/07/2025)**

Date avis du CST ou du CSE :

Ou

Date avis de la formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et des conditions de travail (F3SCT), pour les employeurs concernés :

1. **Résumé de votre projet** *(1 page)*

**Présentation du projet**

## Présentation de la collectivité ou de l’établissement

### Présentation de la structure employeur :

*Au-delà des missions de la structure et sa structuration, vous pouvez préciser tout éléments utiles en lien avec les addictions (services potentiellement plus exposés, structure implantée dans un secteur où la précarité est importante etc.)*

### 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 [ ]

## Modalités d’organisation du travail

### Décrivez les principales caractéristiques et modalités d’organisation du travail de chaque service de votre structure (horaires, temps de travail, division du travail, management, exigences de service, …).

## Présentation du projet

### Quels sont les objectifs stratégiques et opérationnels, ainsi que les attendus de votre projet ?

*(Les objectifs stratégiques sont des buts à long terme, larges et moins mesurables, définis par la direction pour réaliser la vision globale de l'organisation.*

*Les objectifs opérationnels sont des buts à court ou moyen terme, spécifiques et mesurables, établis par les responsables pour soutenir/atteindre les objectifs stratégiques)*

*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 obligatoirement 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

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

### Indiquer, le cas échéant, les éventuelles mesures déjà mises en place dans votre structure en lien avec la prévention des addictions et les résultats obtenus si identifiés

**5 Actions préfigurées**

1. ***Décrivez entre 4 et 6 grandes actions (hors exemple) que vous souhaitez mettre en œuvre en indiquant les modalités de mise en œuvre, de suivi et d’évaluation****.*

*Comme indiqué dans l’appel à publicité, seront valorisés les projets comportant des actions de prévention primaire, des actions innovantes et/ou des expérimentations.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectif attendu - Action opérationnelle** | **Public cible** | **Service(s) en charge de la mise en œuvre/évaluation** | **Indicateur(s) de suivi/évaluation** |
| *Exemple – Sensibiliser aux risques de pratiques addictives : information sur les risques (+flyer) lors des visites médicales* | *Tous agents* | *Médecine de prévention* | * *Nbre de visites*
* *Nbre d’alertes agents*
 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. ***Budget prévisionnel***

*Indiquer les éventuelles dépenses identifiées pour mettre en œuvre les actions préfigurées (recours à un prestataire, achats etc…). Les dépenses liées au temps interne passé à la démarche ne sont pas à renseigner.*

## 6 [Acteurs de la démarche](https://www.cnracl.retraites.fr/employeur/prevention-risques-professionnels/actualites/guide-pratique-pour-la-conduite-de-projet-en-prevention-des-risques)

### Acteurs internes du projet : indiquez les fonctions des participants (ne pas indiquer de noms, les missions des différentes instances et la fréquence de leur tenue)

**Chefs de projet (missions) :**

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

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

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

**Autres (le cas échéant) :**

### 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 et d’élaboration du plan d’actions.*

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

*Si oui : précisez le nom des prestataires / intervenants (si connu) et la nature de la prestation / intervention (à mettre en cohérence avec les informations indiquées en 5.b) :*

**7** [**Conduite**](https://www.cnracl.retraites.fr/employeur/prevention-risques-professionnels/actualites/guide-pratique-pour-la-conduite-de-projet-en-prevention-des-risques) **de projet**

***Indiquez la méthodologie envisagée en termes de conduite de projet (communication interne et externe sur le projet, participation des agents, mobilisation des instances représentatives, retroplanning, suivi des indicateurs etc.)***

****