Fonds National de Prévention des risques de la CNRACL

Appel à projets « Prévention des risques en lien avec l’exposition aux violences externes » :
Dossier de candidature et demande d’accompagnement

Date limite de réception : 4 mars 2022

Fonds National de Prévention

**Appel à projets « Prévention des risques en lien avec l’exposition aux violences externes »**

Le dossier, accompagné des pièces justificatives, est à envoyer **uniquement par courriel et en format Word** à l’adresse suivante : demarche-prevention@caissedesdepots.fr.

**Tout dossier incomplet ne sera pas pris en compte.**

**La date limite de dépôt des dossiers est fixée au 4 mars 2022.**

|  |
| --- |
| **PIECES COMPLEMENTAIRES** |
| **A joindre obligatoirement à votre dossier :*** **Lettre d’engagement signée par l’autorité (modèle joint)**
* **Avis des instances représentatives du personnel (CT ou CTE, CHSCT) ou date de réunion prévisionnelle de réunion des instances.**

Le projet doit avoir reçu l’avis du comité technique ou d’établissement (CT/CTE) **ET** du comité d’hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) sur la démarche de prévention. Ces documents peuvent être fournis par la suite mais ils conditionnent l’entrée effective de l’entité dans le projet.* **Extrait du document unique relatif aux unités de travail concernées par 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**

**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 informé de cet appel à projets ?**

|  |
| --- |
| **Résumé du projet** *(20 lignes maximum)*  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMATIONS ADMINISTRATIVES A COMPLETER :**1. **Numéro SIRET de la collectivité ou de l’établissement :**
2. **Effectifs de l’employeur :**
3. Nombre total d’agents : b) Nombre d’affiliés CNRACL :
4. **Effectifs de l’employeur concernés par le projet :**
5. **Nombre total d’agents : b) Nombre d’affiliés CNRACL :**
6. **Durée de travail (uniquement pour les agents titulaires)**
7. **Répartition des fonctionnaires selon la durée de travail hebdomadaire**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **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. **Volume des heures complémentaires pour l’année 2021 (employeurs territoriaux)**

**Cette information n’est pas applicable aux agents des employeurs hospitaliers.** Pour ceux qui n’ont pas mis en place d’heures majorées mais des heures récupérées : dans ce cas, nous vous remercions de compléter l’information dans le tableau en précisant ce point.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Pour tous les fonctionnaires de l'employeur** | **Uniquement pour les fonctionnaires concernés par la démarche de prévention** |
| **Nombre** | **%** | **Nombre** | **%** |
| **Volume total des heures complémentaires attribuées** |   |   |   |   |
| ***Dont heures majorées de 10 %***  |   |   |   |   |
| ***Dont heures majorées de 25 %*** |   |   |   |   |
| ***Dont heures récupérées*** |  |  |  |  |

 1. **Présentation du projet aux instances (Date des avis ou date prévisionnelle de réunion)**

a) CT/CTE : / / b) CHSCT : / / **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/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 [ ]  |

|  |
| --- |
| 1. **Périmètre du projet : quels sont les structures ou services concernés par le projet ?**

*(Autant de lignes que nécessaire, en cas de pluralité de services concernés)* |
| **2.1 Désignation de la ou des structures ou services :****2.2 Présentation des types de poste et activités exercées en contact direct/indirect avec l’usager (spécificités des missions, conditions d’exercice, nombre de personnes concernées…)** |
| 1. **Modalités d’organisation du travail : décrivez les principales caractéristiques et modalités d’organisation du travail (horaires/rythmes de travail, temps de travail, division du travail, management, exigences de services, …) au sein de la ou des structures/services concernés.** *(N’omettez pas de joindre l’organigramme, ainsi que tout document utile à la compréhension des enjeux, du type projet de service, suivi des indicateurs d’exposition à la violence, etc.)*
 |
|  |

|  |
| --- |
| **4. Présentation du projet**  |
| ***4.1 Quels sont les objectifs (généraux, opérationnels) et les attendus de votre projet ?******Les objectifs doivent répondre à des besoins précis identifiés en interne.*** ***4.2 Ce projet s’inscrit-il dans une démarche plus large à l’échelle de la collectivité ou de l’établissement (réorganisation, mutualisation, déménagement, projet social, …) ? Si oui, précisez*** |

|  |
| --- |
| **5. Eléments de diagnostic** |
| ***5.1 Veuillez indiquer les différents éléments de contexte et de diagnostic qui sous-tendent le projet et motivent les objectifs recherchés.*** ***Veillez à la cohérence avec les objectifs formulés en 4.1******5.2 Quelles sont les contraintes et/ou les ressources pesant sur les conditions de réalisation de l’activité de travail des personnels et les risques adossés que vous avez à ce jour identifiés ? Précisez et illustrez en vous appuyant sur des éléments factuels : données sociales, indicateurs AT/MP, retours de groupes de travail, enquête par questionnaire, observation de situation de travail, etc.******5.3 Avez-vous eu recours à des analyses documentaires pour la réalisation du diagnostic et la réflexion sur la construction du plan d’action ? Veuillez préciser les sources.***  |

|  |
| --- |
| **6. Acteurs de la démarche.*****Le projet doit reposer sur un plan d’actions clairement identifiées et exprimées en cohérence avec les éléments de diagnostic précédemment décrits. Le candidat veillera à assurer la participation effective des professionnels tant dans la phase d’élaboration du plan d’actions que pour sa mise en œuvre.***  |
| ***6.1 Acteurs internes au projet :*** *indiquez les fonctions des participants et les missions des différents groupes de travail* |
| Chef de projet :  |
| Comité de pilotage *(composition et missions du comité de pilotage)* :  |
| *Groupe*(s) de travail / groupe projet : (*à détailler pour chacun des groupes, sa composition et son périmètre d’actions)* |
| ***6.2 Acteurs externes éventuels***Autres prestataires ou intervenants envisagés ? [ ]  Oui [ ]  Non *Si oui : précisez la nature de la ou des prestations sollicitées* Dénomination du ou des prestataires/intervenants si connus :*Fournir le(s) cahier(s) des charges ou le(s) devis* |

|  |
| --- |
| **7. Les étapes de la démarche et les outils d’évaluation**  |
| ***7.1 Décrivez les moyens et les modalités envisagées de réalisation de votre démarche depuis la phase de restitution du diagnostic/validation du plan d’actions jusqu’à la mise en œuvre du plan d’actions y compris sur la phase d’élaboration du plan d’actions.*** *Il est rappelé que le projet est avant tout centré sur les actions concrètes mises en œuvre ou envisagées par l’employeur public, et non sur la phase du diagnostic qui doit déjà avoir été réalisée.* *Veillez à distinguer dans la présentation du plan d’actions les mesures relevant de la prévention des causes de violences externes de celles relatives à la prévention des risques de passage à l’acte.*  |
| ***7.2 Indiquez les outils de suivi et d’évaluation envisagés***  |
| **8. Calendrier** Le projet doit s’inscrire dans une durée de **15 mois** *(septembre 2022 à décembre 2013)* |
| ***Sur la période de 15 mois, préciser les grandes étapes de la démarche, depuis l’élaboration du plan d’actions à sa mise en œuvre et le cas échéant à son évaluation.*** |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Dépenses | Montant |
| Prestataire  | 0,00 € |
| Formation | 0,00 € |
| Achat de matériel | 0,00 € |
| Autres (précisez)  | 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  |

*Pour visualiser les totaux 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.*

|  |
| --- |
| **10. Estimation du temps passé**  |
| *Veuillez préciser le temps passé prévu et/ou consommé pour la réalisation de la démarche envisagée (en nombre de jours/agent) : par exemple pour l’élaboration du plan d’actions, son déploiement, etc…* Précision : 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). |

Dénomination et adresse de l’employeur

**Objet : Lettre d’engagement**

La prévention des violences externes représente un enjeu majeur pour notre collectivité/établissement, tant pour prévenir efficacement les atteintes à la santé physique et mentale des agents, que pour améliorer les conditions de travail et la qualité du service rendu.

Afin d’œuvrer à la poursuite de cet objectif, notre collectivité/établissement s’engage, dans le cadre de l’appel à projets lancé par le FNP de la CNRACL à :

* Elaborer et déployer un plan d’actions sur la prévention des violences externes portant sur les trois niveaux de prévention (depuis la suppression des causes de la violence externe jusqu’à la prévention du passage à l’acte),
* Associer les personnels concernés par la démarche ainsi que les représentants du personnel dans la compréhension et la recherche de solutions adaptées aux contraintes de chaque poste ou situation de travail,
* Participer aux groupes de travail qui seront organisés pendant la durée du projet afin de faciliter les échanges entre employeurs participants au projet et contribuer à l’émergence de bonnes pratiques sur la base de retours d’expérience en vue de l’élaboration d’un recueil de solutions opérationnelles,
* Alimenter la Banque de Données via le logiciel PRORISQ, que la CNRACL met gratuitement à disposition des employeurs pour la saisie des données relatives aux accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP).

Dans cette perspective, M. / Mme xxxxx, dont le courriel est xxxxx et 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, (Nom Prénom)

 *Signature*

**

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 5, rue du Vergne 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)