Fonds National de Prévention des risques de la CNRACL

Appel à projets « Auxiliaire de puériculture » :  
Dossier de candidature et demande d’accompagnement

Date limite de réception : 16 avril 2021

Fonds National de Prévention

**Appel à projets « Auxiliaire de puériculture »**

**« Prévention des risques professionnels et amélioration des conditions de travail des auxiliaires de puériculture »**

Le dossier, accompagné des pièces justificatives, est à envoyer **uniquement par courriel** à l’adresse suivante : [demarche-prevention@caissedesdepots.fr](mailto:demarche-prevention@caissedesdepots.fr).

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

**La date limite de dépôt des dossiers est fixée au 16 avril 2021.**

|  |
| --- |
| **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). 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** * **Fiche (s) de poste(s) type(s)** * **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)**

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

|  |
| --- |
| **INFORMATIONS ADMINISTRATIVES A COMPLETER :**   1. **Numéro SIRET de la collectivité ou de l’établissement :** 2. **Effectifs :** 3. Nombre total d’agents : b) Nombre d’affiliés CNRACL : 4. **Présentation du projet aux instances (Date des avis ou date prévisionnelle de réunion)** 5. CT/CTE : / / b) CHSCT : : / / |

**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 :  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. **Présentation des structures ou service employant des auxiliaires de puériculture** |
| * 1. ***Collectivité territoriale :***  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Types de structures** | **Nombre de Structures** | **Capacité d’accueil** | **Nombre de Personnel** | **Dont Auxiliaire puériculture** | | **Mono accueil** | | | | | | | Crèches collectives |  |  |  |  | | Micro-Crèche |  |  |  |  | | Halte-garderie |  |  |  |  | | Jardin d’enfants |  |  |  |  | | Autre (à préciser) |  |  |  |  | | **Multi accueil** | | | | | | | Crèches collectives |  |  |  |  | | Micro-Crèche |  |  |  |  | | Halte-garderie |  |  |  |  | | Jardin d’enfants |  |  |  |  | | Autre (à préciser) |  |  |  |  |  * 1. ***Etablissement hospitalier :***  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Types de structures** | **Nombre de**  **Services** | **Nombre d’**  **Enfants** | **Nombre de**  **Personnel** | **Dont Auxiliaire puériculture** | | Service maternité |  |  |  |  | | Servie pédiatrie |  |  |  |  | | Crèche établissement |  |  |  |  | | Halte-garderie |  |  |  |  | | Autre |  |  |  |  |  * 1. ***Autres précisions :*** |

|  |
| --- |
| 1. **Périmètre du projet : quels sont les structures d’accueil ou services concernés par le projet ?** |
|  |
| 1. **Modalités d’organisation du travail : décrivez les principales caractéristiques et modalités d’organisation du travail (horaires, 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 et les fiches descriptives des postes)* |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Présentation du projet** |
| ***5.1 Quels sont les objectifs généraux et les attendus de votre projet ?***  ***5.2 Ce projet s’inscrit-il dans une démarche plus large à l’échelle de la collectivité ou de l’établissement (réorganisation, mutualisation, déménagement, accroissement de l’offre d’accueil, projet social, …) ? Si oui, précisez*** |

|  |
| --- |
| **6. Eléments de diagnostics** |
| ***6.1 Indiquez les différents éléments de contexte et de diagnostic qui sous-tendent le projet et motivent les objectifs recherchés ?***  ***6.2 Quelles sont les contraintes 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, etc.*** |

|  |
| --- |
| **7. Acteurs de la démarche.**  ***Le projet doit reposer sur des analyses des situations de travail à l’aide d’observations de terrain et d’entretiens avec les professionnels concernés et sur leur participation effective dans la recherche et la mise en œuvre des pistes d’amélioration des conditions de travail.*** |
| ***7.1 Acteurs internes au projet :*** *indiquez les fonctions des participants et les missions des différents groupes de travail* |
| Chef de projet : |
| Comité de pilotage : |
| *Groupe*(s) de travail / groupe projet : (*à détailler)* |
| ***7.2 Acteurs externes : Accompagnement par le prestataire désigné par le FNP***  *Les coûts inhérents à cet accompagnement sont pris en charge par le FNP.*  *Vous bénéficiez automatiquement d’un accompagnement par un intervenant externe sélectionné en amont par le FNP pour la phase de réalisation du diagnostic approfondi à hauteur de 10 jours maximum.*  *Vous avez la possibilité de prolonger cet accompagnement pour vous aider dans l’élaboration de votre plan d’action à hauteur de 3 jours maximum****.***  Demandez-vous à bénéficier de cette possibilité d’accompagnement pour l’élaboration de votre plan d’action ?  Oui  Non  ***7.3 Autres acteurs externes***  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 |

|  |
| --- |
| **8. Les étapes de la démarche** |
| ***Décrivez les moyens et les modalités envisagées de réalisation de votre démarche depuis la phase d’analyse approfondie jusqu’à la mise en œuvre du plan d’action.***  *Il est rappelé que le projet doit déboucher sur la validation d’un plan d’action et l’engagement des premières mesures de transformation ou d’amélioration des situations de travail.* |
|  |
| **9. Calendrier** Le projet doit s’inscrire dans une durée de 24 **mois** |
| ***Sur la période de 24 mois, préciser les grandes étapes de la démarche, de l’élaboration du diagnostic à la mise en œuvre du plan d’action et le cas échéant à son évaluation.*** |

|  |
| --- |
| **10. 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.*

|  |
| --- |
| **11. Déclaration du temps passé** |
| *Le tableau ci-dessous est conçu comme une* ***aide à l’estimation du temps consacré par les agents*** *(hors élus politiques et hors membres CHSCT) pour la réalisation de la démarche envisagée.*  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).   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | ***Exemples*** | ***Moyens mobilisés en interne*** | | | | ***Les étapes de votre démarche*** | ***Nombre de personnes (a)*** | ***Nombre de jours/agent (b)*** | ***Total jours projet (a\*b)*** | | ***(Exemple 1) Diagnostic approfondi*** |  |  |  | | *Groupe projet* | *6* | *10* | *60* | | *Participation agents aux entretiens* | *10* | *0,5* | *5* | | *…* |  |  |  | | ***(Exemple 2) Diagnostic approfondi*** |  |  |  | | *Recueil de données, recherches documentaires, …* | *3* | *3* | *9* | | *Information personnel* | *50* | *0,5* | *25* | | *…* |  |  |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Moyens mobilisés en interne** | | |
| **Les étapes de votre démarche** | **Nombre de personnes (a)** | **Nombre de jours/agent (b)** | **Total jours projet (a\*b)** |
| **Diagnostic approfondi** |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| … |  |  |  |
| **Elaboration du plan d’actions** |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| … |  |  |  |
| **Déploiement du plan d’action (hypothèses** |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| … |  |  |  |
| **Evaluation, Bilan** |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Rédaction des livrables FNP |  |  |  |
| Préparation, participation aux GT du FNP |  |  |  |
| **Total** | | | **0** |

Nom de l’employeur

Adresse de l’employeur

**Objet : Lettre d’engagement**

L’amélioration des conditions de travail des professionnels de la petite enfance et des auxiliaires de puériculture en particulier représente un enjeu majeur pour notre collectivité/établissement tant pour protéger leur santé physique et mentale que pour veiller à la sécurité des jeunes enfants et à 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 réaliser une analyse approfondie des situations de travail de ces personnels avec l’appui du prestataire mis à sa disposition par la CNRACL. A l’issue de cette étape, un plan d’actions de transformation et d’amélioration des conditions de travail sera élaboré et déployé,
* à respecter les consignes qui seront données par le prestataire et à lui fournir toute l’aide nécessaire à la réalisation de sa mission (accès aux informations, contacts avec les agents, …) dans le respect des règles de déontologie et de confidentialité,
* à 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,
* à 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’une recommandation.
* à 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, 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).

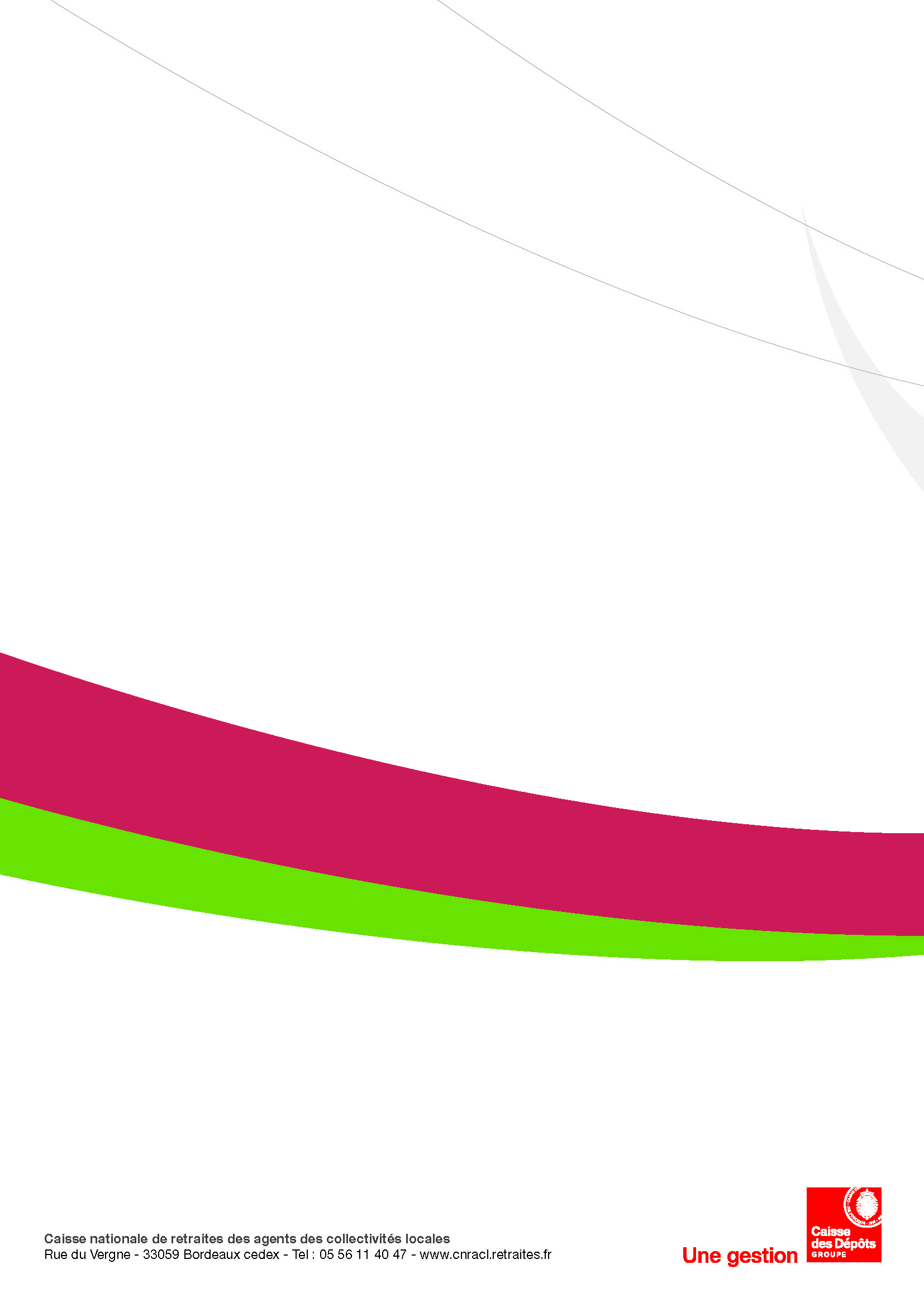
J’atteste que notre document unique d’évaluation des risques professionnels a été réalisé en date du xxxx puis mis à jour le xxxx.

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](mailto: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)