

Fonds National de Prévention

**Dossier de demande**

**« Dispositif d’accompagnement psychologique »**

**Nom de l’employeur :**

Une démarche terminée ne peut donner droit à un accompagnement du FNP.

Le dépôt de la demande peut s’effectuer **jusqu’au 31 mars 2021** par voie dématérialisée.

Ce dossier, accompagné des pièces justificatives, est à envoyer uniquement par courriel à l’adresse suivante :

demarche-prevention@caissedesdepots.fr

Il est précisé que la demande d’accompagnement fait l’objet d’une instruction et que l’appui est conditionné par les capacités budgétaires du FNP et ne revêt donc aucun caractère d’automaticité.

**PIECES JUSTIFICATIVES**

**A joindre obligatoirement à votre dossier :**

* **Lettre d’engagement**

Elle doit être signée par la plus haute autorité administrative de la structure. Vous trouverez, en annexe, le modèle à utiliser (disponible également sur le site Internet) qui intègre la confirmation de la réalisation du document unique et/ou de sa mise à jour et manifeste votre engagement à utiliser Prorisq.

* **Attestation sur l’honneur** (modèle en annexe)
* **Devis et cahier des charges du prestataire**

L’employeur doit joindre la note méthodologique (ou le cahier des charges si le prestataire n’est pas encore retenu) relative au recours à un prestataire. Ce document est à accompagner, le cas échéant, du devis du prestataire ou de la convention de financement.

|  |
| --- |
| **INFORMATIONS ADMINISTRATIVES A COMPLETER :****Numéro SIRET de la collectivité ou de l’établissement :** **Contacts pour la démarche (nom et courriel) :** * Signataire de la convention :
* Chef de projet :

**Effectifs :*** Nombre total d’agents
* Nombre d’affiliés CNRACL
 |

**DOSSIER À COMPLÉTER**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nbre d’affiliés CNRACL  | Cliquez ici pour taper du texte. | **Bénéficiaires**(Services concernés Nombre d’agents) | Cliquez ici pour taper du texte. |
|

|  |
| --- |
|  – Contexte  |

 |
| 1. **Résumé du projet et identification des métiers et personnels concernés**
 |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Métiers / structures concernés  | Nombre d’agents concernés | Justification du besoin |
| Auxiliaires de puériculture |  |  |
| Aides à domicile |  |  |
| Métiers en lien avec le transport logistique |  |  |
| Policiers municipaux |  |  |
| Aides-soignants |  |  |
| ATSEM |  |  |
| Personnels non-soignants de la FPH |  |  |
| Agents exerçant dans le domaine de la collecte des ordures ménagères |  |  |
| Agents d’accueil ou faisant fonction |  |  |
| Agents en lien avec les métiers de l’eau (égoutiers…) |  |  |
| Autres (précisez) |  |  |
| Métiers exercés dans les structures d’accueil institutionnalisé pour personnes âgées (précisez la structure et les métiers) |  |  |

 |
| **b. Présentation employeur et moyens santé sécurité au travail existants** |
| Quelques mots sur la structure (missions, chiffres clés, éléments de contexte) : Employeurs territoriaux : * Disposez-vous d’un service SST : oui [ ]  non [ ]  nombre de personnes :
* Si oui, depuis combien de temps :
* Nombre d’assistants de prévention et/ou de conseillers en prévention :
* Disposez-vous d’ergonomes : oui [ ]  non [ ]  Nombre :
* Autres (psychologues...) : à préciser (fonction et nombre)

Employeurs hospitaliers : * Disposez-vous d’un service de médecine au travail : oui [ ]  non [ ]  nombre de personnes :
* Si oui, depuis combien de temps et quelle est sa composition :
* Disposez-vous d’ergonomes : oui [ ]  non [ ]  Nombre :
* Autres (psychologues...) : à préciser (fonction et nombre)
 |
| 1. **Acteurs du projet**
 |
| **c.1 Acteurs internes*** **Chef de projet (nom et fonction au sein de la structure) :**
* **Comité de pilotage :** oui [ ]  non [ ]  Nombre de personnes :

**Présence de membres du CHSCT :** oui [ ]  non [ ]  Nombre de personnes :* **Groupe(s) de travail :**  oui [ ]  non [ ]

**Présence de membres du CHSCT :** oui [ ]  non [ ]  Nombre de personnes :  **Nombre de groupes et nombre de personnes par groupe de travail** :* **Autre :**

**c.2 Acteurs externes prestataires et/ou intervenants à titre gracieux :** oui [ ]  non [ ]

|  |  |
| --- | --- |
| Nom | Type d’accompagnement |
|  | Choisissez un élément. |
|  | Choisissez un élément. |
|  | Autre, précisez :  |

 |
| 1. **Budget prévisionnel global de la démarche**
 |
| **Dépenses estimées (nature et montant) :** * Prestataires et/ou partenaires intervenant à titre onéreux : nature et montant de la prestation en distinguant les dispositifs d’accompagnement des collectifs de travail des accompagnements individuels :
* Autres dépenses :

***Total :*** **Recettes prévisionnelles, hors accompagnement financier FNP :** oui [ ]  non [ ]  En cas de réponse positive, merci de préciser le nom du financeur, le montant associé et l’objet du financement :  |
|

|  |
| --- |
| Présentation de la démarche |
| **a. Besoins collectivité(s) et/ou établissement(s) de santé** |
| Précisez/justifiez l’origine de vos besoins et les éléments de diagnostic.Précisez, le cas échéant, s’il existe des besoins spécifiques à certains secteurs d’activité et/ou métiers. |
| **b. Objectifs**  |
|  Précisez, le cas échéant, les objectifs spécifiques à certains métiers. |
| **c. Plan d’actions** |
| **Elaboration du plan d’actions :**  précisez les modalités retenues. **Déploiement :**  * décrivez les principaux axes du plan d’actions en précisant les modalités de suivi et de présentation devant les instances.
* précisez le nombre d’accompagnements envisagés et le nombre de personnes concernées (voire leur service et leur métier) en distinguant les accompagnements collectifs des individuels.
 |

 |

|  |
| --- |
| **d. Indicateurs** Précisez les indicateurs de suivi et/ou de mesure de résultats définis en cohérence avec vos objectifs.  |
|  |
|   |

|  |
| --- |
| – Calendrier et livrables  |
| 1. **Calendrier prévisionnel (mois et année)**
 |
| * **Identification besoins et éléments diagnostic :**
 |
| * **Plan d’actions :**
* **Evaluation/Bilan :**

 |
| 1. **Livrables à fournir au FNP de la CNRACL (repris dans le contrat d’accompagnement financier)**
 |
| - Avis CT et CHSCT de réalisation de la démarche - Bilan de la démarche (document annexé au dossier) : précisez la personne en charge de cette action - Factures accompagnement psychologiqueAvez-vous prévu de produire des documents dans le cadre de la démarche ? oui [ ]  non [ ]  En cas de réponse positive, merci de préciser lesquels :  |

# 4 – 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).*

Déclinez les principales étapes de la démarche selon les grandes phases proposées dans le tableau et indiquez, pour chaque étape, le nombre d'agents concernés et le nombre de jours envisagés.

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).

Le calcul des totaux des jours est automatique.

|  |  |
| --- | --- |
|   | **Moyens mobilisés en interne** |
| **Les étapes de votre démarche** | **Nombre de personnes (a)** | **Nombre de jours/agent (b)** | **Total jours projet (a\*b)** |
| **Identification besoins et éléments diagnostic**  |   |   | **0** |
|  |  |  | 0 |
|  |  |  |  |
|  |  |  | 0 |
| **Plan d'actions** |  |  | **0** |
| Elaboration |  |  | 0 |
| Déploiement en distinguant l’accompagnement individuel et l’accompagnement collectif. |  |  | 0 |
| **Evaluation / Bilan** |   |   | **0** |
|  |  |  | 0 |
|  |  |  | 0 |
|  |  |  | 0 |
| **Total** | **0** |

*\* Pour visualiser les totaux des lignes et 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.*

**Annexes au dossier d’accompagnement**

**Annexe 1 : Lettre engagement**

**Annexe 2 : Attestation sur l’honneur**

**Annexe 3 : Modèle de bilan (livrable obligatoire)**

**Annexe 1 : Lettre engagement**

Nom de l’employeur

Adresse de l’employeur

**Objet : Lettre d’engagement**

Assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des agents dans l’exercice de leurs activités professionnelles représente un enjeu majeur pour notre collectivité/établissement de santé et contribue à son bon fonctionnement.

La situation exceptionnelle générée par la crise sanitaire et la reprise d’activité peuvent être source de risques d’épuisement professionnel et d’accroissement des risques psycho-sociaux impliquant une prise en charge spécifique d’accompagnement psychologique des personnels concernés dans le cadre d’ une démarche participative et dynamique de prévention des risques professionnels, d’acculturation des agents à la santé au travail et d’amélioration des conditions de travail associant étroitement les représentants du personnel..

Outre la volonté de respecter ses obligations règlementaires, notre collectivité/établissement de santé souhaite faire progresser la connaissance sur les risques auxquels ses agents sont exposés dans le cadre de leur activité ainsi que sur les moyens de les maitriser. Cette démarche s’inscrit donc dans une logique d’amélioration continue et repose sur une organisation santé sécurité au travail pérenne.

Dans le cadre de cette démarche, notre collectivité/établissement de santé s’engage à alimenter la Banque de Données via le logiciel PRORISQ, que la CNRACL met gratuitement à disposition des employeurs, en saisissant ses accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP).

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*

**Annexe 2 : Attestation sur l’honneur**

Nom de l’employeur

Adresse de l’employeur

**Objet : Attestation sur l’honneur**

Dans le cadre de la demande d’accompagnement financier déposée auprès du FNP de la CNRACL en vue de disposer d’un accompagnement psychologique des personnels de notre collectivité/établissement, j’atteste sur l’honneur que les dépenses afférentes à cet accompagnement ne bénéficient pas de financement par un tiers ou bénéficient d’un financement par XXXXX à hauteur de x% du volume des dépenses envisagées.

 Date

 À

 Le représentant légal, (Nom Prénom)

 *Signature*

**Annexe 3 : Modèle de bilan (livrable obligatoire)**



Bilan

**« Démarche d’accompagnement soutien psychologique »**

**Numéro de la démarche :**

**Nom de l’employeur :**

# I. Rappel du contexte initial de votre démarche :

* **Le contexte de votre démarche :**
	+ **Les objectifs visés :**

# II. Bilan de votre démarche :

* **Précisez si votre démarche a évolué depuis son lancement (contexte, méthodologie, calendrier, moyens, objectifs, indicateurs…)**
* **Les objectifs initiaux ont -ils été atteints et comment ?**
* **Présentation des résultats obtenus :**
* **Apports éventuels d’autres contributeurs / financeurs :**
* **Identification des points forts :**
* **Exposé des difficultés rencontrées :**
* **Perspectives et évolutions :**

# III. Enseignements :

* **Conditions préalables à la démarche à anticiper pour favoriser son bon déroulement (identification et association des différents acteurs, maîtrise du calendrier) :**
* **Réflexions sur la conduite de projet :**
* **Réflexions sur l’implication des instances représentatives dans la démarche :**
* **Réflexions sur l’association/relais des représentants du personnel :**
* **Réflexions sur l’association/relais des agents :**
* **Réflexions sur l’association/relais de la direction et/ou des élus :**

* **Préconisations pour le pilotage du prestataire extérieur (rédaction du cahier des charges, transfert de compétences, périmètre d’intervention…) :**
* **Pérennisation de la démarche : A l’issue du projet, que reste-t-il comme bénéfices durables au sein de votre structure ?**
* **Conseils que vous adresseriez à un employeur souhaitant se lancer dans une démarche identique :**