**

**Mise à jour le 15 mars 2023**

|  |
| --- |
| **Modèle de lettre de cadrage de****l’assistant de prévention** |

**A personnaliser / adapter selon les caractéristiques de chaque collectivité** **/ établissement**

**

 *Logo Collectivité / Etablissement*

A……………………………. le………………

Madame, Monsieur,

En application du Code général de la fonction publique, notamment l’article L 812-1 et du décret n°85-603 modifié relatif à l’hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu’à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale, l’autorité territoriale doit nommer au moins un assistant de prévention.

**Monsieur / Madame**…………………….….. est nommé(e) assistant de prévention.

Pour officialiser votre mission, une décision portant nomination vous a été remise et une mise à jour de votre fiche de poste opérée.

Il peut être mis fin à cette fonction à la demande écrite de l’une des deux parties, **laquelle doit être formalisée par décision de l’autorité territoriale.**

**Le positionnement**

Dans le champ de compétences de la Formation Spécialisée en matière de Santé, de Sécurité et des Conditions de Travail du Centre de Gestion (pour les collectivités de moins de 50 agents) ou de votre propre Comité Social Territorial (ou sa Formation Spécialisée), le cas échéant, vous avez accepté la mission d’assistant de prévention et vous avez été nommé(e) à compter du …………………………………………

Conformément aux dispositions réglementaires, vous exercez cette fonction sous la responsabilité de :

* Autorité territoriale (*nom/prénom)* ………………, et de ce fait, vous recevrez des directives de ma part et devrez me rendre compte de votre action.

Si l’élu référent est différent de l’autorité territoriale, ajouter cette phrase : De plus et dans ce cadre, je vous informe également que Madame/Monsieur …………………….…………….… (nom/prénom/qualité) ……………… sera votre élu référent sur votre mission et toutes les questions relatives à la santé et la sécurité au travail. Il répercutera mes directives et vous devrez également lui rendre compte de vos actions*.*

* Encadrements hiérarchiques / (fonctionnels, le cas échéant) : --------------------------, et de ce fait, vous recevrez des directives de ma part et devrez me rendre compte de votre action.

Je vous rappelle que votre intervention doit être essentiellement axée sur le conseil et l’assistance.

Votre secteur d’intervention est le suivant : ------------------------------------------------------------------

Vos champs de compétences s’articulent autour de :

• la prévention des dangers susceptibles de compromettre la santé et la sécurité des agents, dans le cadre des actions de prévention,

• l’amélioration des méthodes et du milieu du travail en adaptant les conditions de travail en fonction de l’aptitude physique des agents,

• l’approfondissement, dans les services, de la connaissance des problèmes de sécurité et des techniques propres à les résoudre,

• veiller à l’observation des prescriptions législatives et réglementaires prises en ces matières et à la bonne tenue des registres de santé et de sécurité au travail dans tous les services...

Vous proposerez des mesures pratiques et opérationnelles pour améliorer la prévention des risques professionnels en vous appuyant sur d’autres acteurs (médecin du travail, l’agent chargé de la fonction d’inspection…).

L’ensemble des propositions, suggestions et conseils de l’assistant de prévention restent des recommandations dont la responsabilité de mise en œuvre incombe à l’autorité territoriale.

**Les moyens mis à disposition : les modalités de fonctionnement**

Vous devez être informé(e) de tout événement ou décision ayant une incidence sur l’hygiène et la sécurité.

Vous aurez accès aux locaux, dans le cadre des missions confiées par l’autorité territoriale.

Vous disposerez des moyens nécessaires à l’exercice de cette mission :

 Bureau équipé d’un ordinateur et d’une imprimante,

 Ligne téléphonique (préciser le numéro) : …………………………………………………...

 Accès internet avec l’adresse électronique suivante : ……………………………@...............

 Documentation professionnelle : réglementation, revues…………………………

 Equipements de protection individuelle (préciser) : ……………………………………………………………………………………………….

 Autres (préciser) : ……………………………………………………………………………………………….

Vos déplacements devront être couverts **par un ordre de mission**. Dans le cadre de ces missions, vous êtes tenu :

* Au devoir de discrétion : veiller au respect du secret professionnel relatif aux informations dont vous pourriez avoir connaissance, notamment d’ordre médical,
* De vous informer, prendre conseil, demander l'assistance des services du Centre de Gestion,
* De participer aux réunions d’information organisées par les services du Centre de Gestion.

**Les missions**

Pour l’exercice de cette mission, vous disposerez de :

* ----- heures ou jours par an / par mois / par semaine (% de la quotité de travail de l’agent)

Le temps estimé doit correspondre à la disponibilité réelle de l’agent, la configuration des locaux (vétusté…), au nombre d’agents, à l’état d’avancement de la prévention etc.

*Moins d’une demi-journée par mois semble être trop peu quelle que soit la collectivité. Le temps estimé pourra nécessiter, le cas échéant, d’une adaptation en fonction de vos projets.*

***Les missions confiées à l’assistant de prévention sont les suivantes :***

***…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………***

Afin de vous aider, une liste non exhaustive des missions possibles :

- La démarche d’évaluation des risques professionnels (EVRP) :

* Faire le suivi de la mise en place des mesures de prévention,
* Participer à l’élaboration et/ou à la mise à jour du DU…

- Conseiller et assister l’autorité territoriale dans l’analyse des fiches du registre de santé et sécurité au travail (RSST),

- Participer à la coordination du réseau des sauveteurs secouristes du travail (SST),

- Assurer le renouvellement des fournitures de premiers secours,

- Alerter sur les risques nécessitant des contrôles spécifiques (autorisation de conduite…) et proposer des préconisations (formations…),

- Être consulté sur le choix des équipements de protection individuelle, un nouvel équipement…,

- Communiquer et sensibiliser sur la santé et la sécurité au travail auprès des agents…

**Les missions spécifiques**

Vous devrez réaliser les missions spécifiques suivantes :

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………**

Cette liste de missions établie par ……………… vous sera présentée dans le cadre de l’évaluation annuel. Vous établirez un compte-rendu annuel de vos activités et exposerez vos propositions d’actions en matière de prévention.

**La formation**

Vous avez bénéficié d’une formation initiale obligatoire préalable à votre prise de fonction (attestation de formation du CNFPT). Par ailleurs, vous devrez suivre une formation continue obligatoire l’année suivante et des sessions de formation et de maintien de vos acquis vous seront ensuite annuellement dispensées.

|  |  |
| --- | --- |
| **Dates de la formation initiale** |  |
| **Dates de la dernière formation continue** |  |

Formations spécifiques : ……………………

**Le partenariat**

Votre action ne peut se concevoir sans un travail de partenariat étroit **avec les services du Centre de Gestion de la Charente-Maritime**, le médecin du travail et l’agent chargé de la fonction d’inspection (ACFI) qui sont vos interlocuteurs pour tout conseil et appui technique.

Vous pouvez bénéficier du conseil et de l’assistance de l’ACFI, si la collectivité a conventionné avec le Centre de Gestion.

**Révision et mise à jour**

**Cette lettre de cadrage est réactualisée au moins une fois par an.**

Date de la dernière mise à jour :

L’agent accepte les éléments de la lettre de cadrage.

Fait à …………, le …………….

Nom/Prénom et signature de l’agent :

L’encadrant hiérarchique s’engage à lui dégager le temps nécessaire afin qu’il/qu’elle puisse correctement effectuer ses missions.

Fait à …………, le …………….

Nom/Prénom et signature de l’encadrement hiérarchique :

Le cas échéant, l’encadrant fonctionnel donnera des directives.

Fait à …………, le …………….

Nom/Prénom et signature de l’encadrement fonctionnel :

L’autorité territoriale veille au respect des engagements de chacun, et l’assistant de prévention devra me rendre compte de ses actions.

Fait à …………, le …………….

Nom/Prénom et signature de l’autorité territoriale :

Copie à transmettre pour information aux membres de la Formation Spécialisée en matière de Santé, de Sécurité et des Conditions de Travail du Centre de Gestion ou de votre propre Comité Social Territorial (ou sa Formation Spécialisée), le cas échéant, le………………..….