

Prévention des risques professionnels

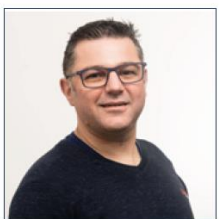
**Réunion d'information
26 juin 2025**



Le service prévention des risques professionnels du Centre de Gestion :



Alexandrine D'HERVE: conseillère en prévention des risques professionnels



Fabien PUAUD : conseiller en prévention des risques professionnels



Théo LE LOUP : technicien prévention des risques professionnels



Nicolas BIHAN : responsable du service

Les missions et prestations du service :



Les missions et prestations du service :

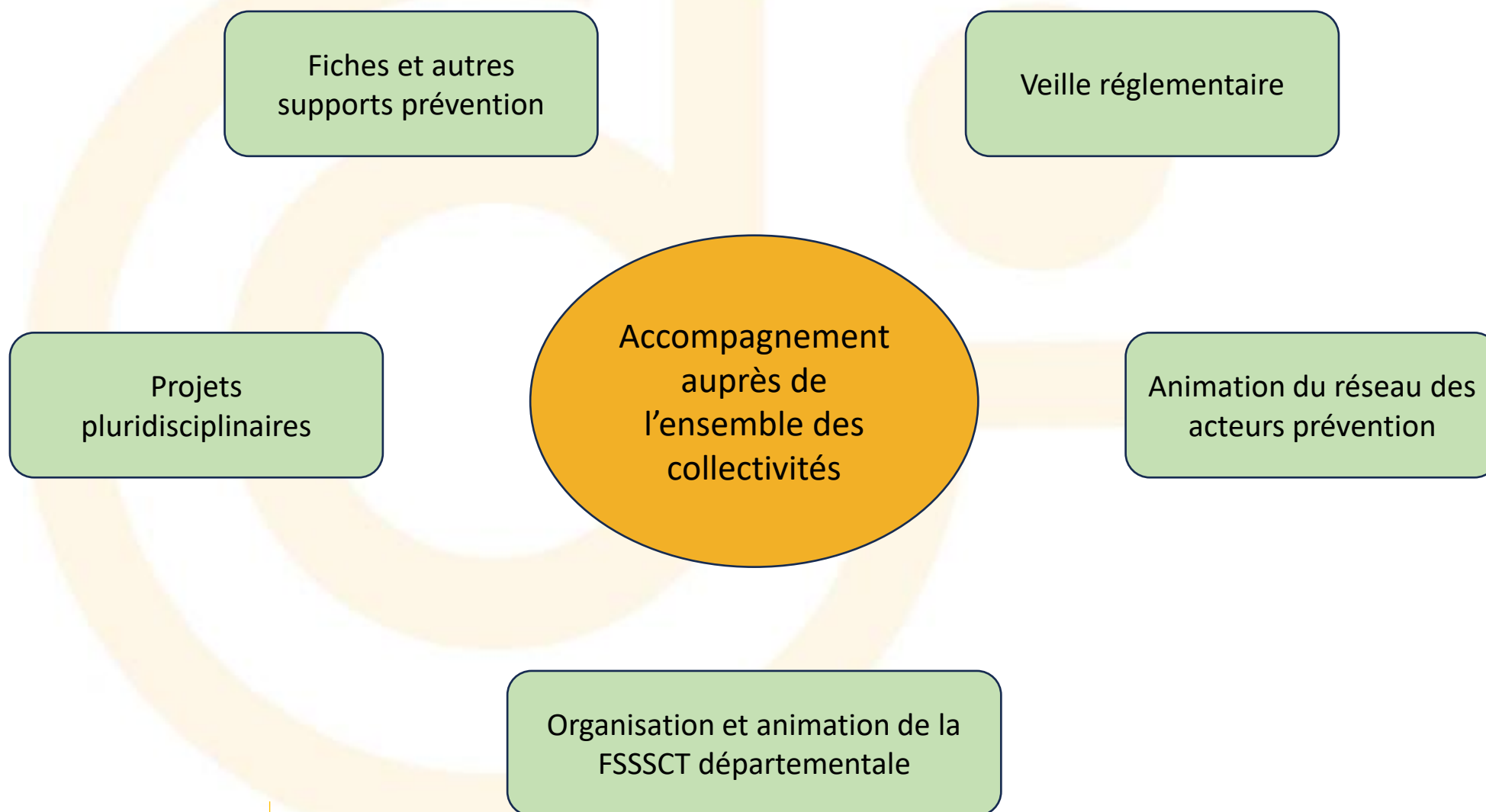
Convention d'accompagnement en prévention (CAP) :

- . Programme d'accompagnement personnalisé : document unique, sensibilisation, plan d'action, ...
- . Suivis périodiques
- . Engagements respectifs



Une partie des interventions n'est pas facturée pour les collectivités affiliées au Centre de Gestion et adhérentes au service de santé au travail.

Les missions et prestations du service :



Aides financières du Fonds National de Prévention (FNP) de la CNRACL :

1/ Démarches de prévention prioritaires :

- . Axe métiers : les auxiliaires de puériculture, aides à domicile, ATSEM , police municipale, les métiers du soin, d'animation et du tri et de la collecte des déchets
- . Axe thématique : la désinsertion professionnelle, les violences externes, les violences sexistes et sexuelles
- . Axe structures : toutes celles d'accueil institutionnalisées pour personnes âgées

Aides financières du Fonds National de Prévention (FNP) de la CNRACL :

1/ Démarches de prévention prioritaires :

Périmètre :

- La réalisation du diagnostic approfondi et l'élaboration du plan d'actions,
- L'élaboration et le déploiement du plan d'actions,
- Les deux volets, en deux temps distincts.

Aides financières du Fonds National de Prévention (FNP) de la CNRACL :

1/ Démarches de prévention prioritaires :

Montant des aides :

Nombre d'affiliés CNRACL	Plafond (en €)	Dont diagnostic	Dont plan d'actions	% maximum achats externes (par phase)
1 à 49	20000	5 000	15 000	25%
50 à 99	35000	8 750	26 250	20%
100 à 349	50000	12 500	37 500	20%
350 à 999	75000	18 750	56 250	15%
1000 et plus	100000	25 000	75 000	15%

Aides financières du Fonds National de Prévention (FNP) de la CNRACL :

2/ Démarches de prévention autres thématiques :

Périmètre :

- L'élaboration et le déploiement du plan d'actions

Montant des aides :

Nombre d'affiliés CNRACL	Plafond (en €)
1 à 49	10 000
50 à 99	17 500
100 à 349	25 000
350 à 999	37 500
1000 et plus	50 000

Aides financières du Fonds National de Prévention (FNP) de la CNRACL :

3/ Remboursement de matériel :

Périmètre :

- . Tout type de matériel ayant trait à la prévention des risques professionnels et prioritairement aux matériels techniques et d'équipements de protection individuelle.
- . Matériel identifié comme utile à la prévention des risques professionnels et en lien avec le document unique

Montant des aides :

- . ouvert une fois par employeur (toutes années confondues),
- . vise à couvrir 80 % de la dépense réalisée et est plafonné à 3 000 € TTC,
- . minoré de 50 % pour les employeurs ayant moins de 50 % de leurs effectifs affiliés à la CNRACL.

Collectivités de moins de 50 agents CNRACL et ayant un effectif total de moins de 100 agents

Aides financières du Fonds National de Prévention (FNP) de la CNRACL :

3/ Remboursement de matériel :

Conditions d'éligibilité :

- être immatriculés à la CNRACL et être à jour de vos cotisations,
- avoir au moins un agent affilié à la CNRACL,
- disposer d'un document unique à jour (moins de 4 ans)
- saisir ou s'engager à saisir les données accidents du travail et maladies professionnelles dans l'outil Prorisq
- ne pas avoir bénéficié d'un remboursement total ou partiel de matériel par d'autres organismes,
- ne pas avoir déjà effectué une demande de remboursement de matériel auprès du FNP
- ne pas mener de démarche en cours financée par le FNP,
- remettre toutes les pièces attendues dans le dossier de demande d'accompagnement sur le site.

Contacts : contact-fnp@caissedesdepots.fr

Déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles auprès du Centre de Gestion :

Pourquoi ?

Décret 85-603 du 10 juin 1985, article 25 :

Le service de médecine préventive est informé par l'autorité territoriale dans les plus brefs délais de chaque accident de service et de chaque maladie professionnelle ou à caractère professionnel.

Décret 2021-571 du 10 mai 2021, article 65 :

La formation spécialisée compétente est réunie dans les plus brefs délais à la suite de tout accident ayant entraîné ou pu entraîner des conséquences graves.

Elle procède à une enquête à l'occasion de chaque accident du travail, accident de service ou de chaque maladie professionnelle ou à caractère professionnel au sens

Déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles auprès du Centre de Gestion :

Comment ?

Collectivités adhérentes au
contrat groupe d'assurance
statutaire



Déclaration des données via
l'interface Relyens / Prorisq

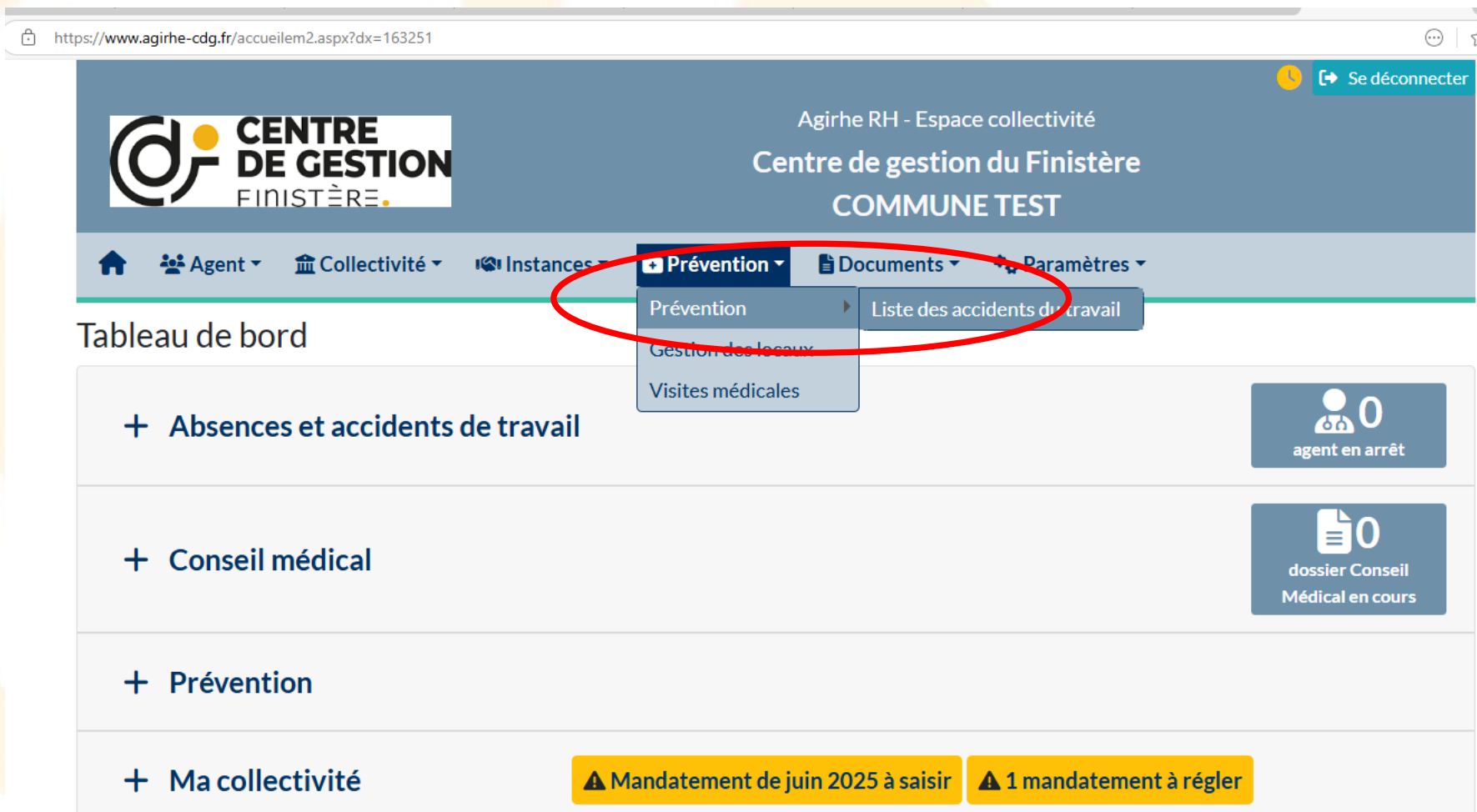
Collectivités non adhérentes au
contrat groupe d'assurance
statutaire



Déclaration des données via
AGIRHE

Déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles auprès du Centre de Gestion :

Comment ?



https://www.agirhe-cdg.fr/accueil2.aspx?dx=163251

Se déconnecter

Agirhe RH - Espace collectivité
Centre de gestion du Finistère
COMMUNE TEST

Agent Collectivité Instances **Prévention** Documents Paramètres

Prévention
Gestion des locaux
Visites médicales
Liste des accidents du travail

Tableau de bord

+ Absences et accidents de travail

+ Conseil médical

+ Prévention

+ Ma collectivité

0 agent en arrêt


0 dossier Conseil Médical en cours

⚠ Mandatement de juin 2025 à saisir ⚠ 1 mandatement à régler

Déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles auprès du Centre de Gestion :

Comment ?

https://www.agirhe-cdg.fr/accueil2.aspx?dx=163251

 Agirhe RH - Espace collectivité
Centre de gestion du Finistère
COMMUNE TEST

Se déconnecter

Agent Collectivité Instances Prévention Documents Paramètres

Du Au Nom Recherche Nouvelle déclaration


Type	Date de l'acci	NOM Prénom	créée le	modifiée le
Aucun enregistrement n'est disponible.				

Enregistrements sur la page: 15








Enregistrements: 0 jusqu'à 0 de 0 - Pages: 1

Déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles auprès du Centre de Gestion :

Comment ?



Agirhe RH - Espace collectivité
Centre de gestion du Finistère
COMMUNE TEST

 Agent ▾ Collectivité ▾ Instances ▾ Prévention ▾ Documents ▾ Paramètres ▾

[< Retour](#)

IDENTITE

Sélectionner un agent : COTTENT EST R Test (.) ▾
Nom & prénom de l'agent :
Grade de l'agent :
Qualité statutaire de l'agent :
Durée hebdomadaire de service

Informations générales ^

La collectivité

Collectivité :
Le déclarant est : La victime ▾
Le déclarant : sans agent ▾
Nom du déclarant * :
Prénom du déclarant * :
L'assistant conseiller de prévention : Aucun agent de prévention ▾
Dossier suivi au plan administratif par : Autre (élu,...) ▾
N° client assurance :

Déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles auprès du Centre de Gestion :

Comment ?

La victime

La victime

Nom * :

Prénom * :

Nom patronymique * :

Date de naissance * :

N° de sécurité sociale * :

N° NIR * :

N° CNRACL :

Sexe : ☒ M ☐ F

Latéralité de l'agent : ☒ Droitier ☐ Gaucher

Grade : . (XXXXX) ▼

Champ d'intervention : -- Votre choix -- ▼

Famille : ▼

Métier : ▼

Date d'embauche * :

Nb heures hebdomadaires * :

heure

minute

Date d'entrée dans la fonction publique * :

Statut : inconnu ▼

Autre :

Régime de retraite : Spécial - CNRACL ▼

Evènement(s) précédent(s)

L'agent a-t-il déjà été victime d'un accident du travail ?

Dans votre collectivité * :

Dans un précédent emploi public :

☐ Oui ☒ Non

☐ Oui ☒ Non

Déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles auprès du Centre de Gestion :

Comment ?

Evènement(s) précédent(s)

L'agent a-t-il déjà été victime d'un accident du travail ?
Dans votre collectivité * : ☐ Oui ☒ Non
Dans un précédent emploi public : ☐ Oui ☒ Non
Dans un précédent emploi privé : ☐ Oui ☒ Non

Liste des accidents précédents
La victime était-elle médicalement apte à son poste de travail ?
☒ Apte sans restriction ☐ Apte avec restriction ☐ Pas d'avis

Informations sur l'évènement

Type d'évènement * :

L'accident

Date de l'accident * :

Heure de l'accident * :

Horaires de travail le jour de l'accident :
Matin * : à
Après-midi * : à

Heures habituelles * : ☒ oui ☐ non

Lieu habituel * : ☒ oui ☐ non

Travail exceptionnel * : ☒ oui ☐ non

Déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles auprès du Centre de Gestion :

Comment ?

Nombre de jours d'arrêt dans le certificat initial <input type="text"/> (samedi et dimanche inclus)	
*: <input type="text"/>	
A compter du : <input type="text"/>	jusqu'au (date de reprise) : <input type="text"/>
Type de parcours : <input type="text"/>	Autre parcours : <input type="text"/>
Moyen de locomotion : <input type="text"/>	Autre moyen : <input type="text"/>
Cause : <input type="text"/>	Autre cause : <input type="text"/>
Description de l'accident : <input type="text"/>	

Autres informations

Activités lors de l'accident *	-- votre choix --	<input type="text"/>
Précisez l'activité : <input type="text"/>		
Éléments matériels *	-- votre choix --	<input type="text"/>
Facteurs potentiels *	-- votre choix --	<input type="text"/>

Lésions

Intervention des secours ?

Les secours sont-ils intervenus ? * ☐ oui ☒ non

Secours interne :	-- votre choix --	<input type="text"/>
Secours externe :	-- votre choix --	<input type="text"/>

Déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles auprès du Centre de Gestion :

Comment ?

Accident causé par un tiers ?

L'accident a-t-il été causé par un tiers ? ☐ oui ☒ non

Informations sur le tiers responsable

Nom *:

Prénom *:

Adresse *:


Nom de la compagnie d'assurance du tiers *:

Adresse de la compagnie d'assurance du tiers *:

:

Témoins

Y-a-t-il eu des témoins ? ☐ oui ☒ non

Date du certificat initial : 

Période d'exposition au risque n°1 :  au 

Période d'exposition au risque n°2 :  au 

Numéro du tableau : 

(si la maladie est reconnue et figure dans ces tableaux)

Description :

(préciser les fonctions occupées à l'époque où la maladie a été contractée)

Déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles auprès du Centre de Gestion :

Comment ?

Analyse de l'accident

A quel endroit s'est produit l'accident * ? ☒ Intérieur ☐ Extérieur

Cocher les endroits :

<input type="checkbox"/> Ateliers techniques	<input type="checkbox"/> Chantier	<input type="checkbox"/> Garage
<input type="checkbox"/> Lieu d'archivage	<input type="checkbox"/> Lieu de stockage	<input type="checkbox"/> Locaux administratifs
<input type="checkbox"/> Maison de retraite	<input type="checkbox"/> Parking	<input type="checkbox"/> Station des eaux et assainissement
<input type="checkbox"/> Voirie, voie publique	<input type="checkbox"/> Zone forestière	<input type="checkbox"/> Cimetière
<input type="checkbox"/> Caserne	<input type="checkbox"/> Lieu d'entraînement	<input type="checkbox"/> Lieu d'intervention
<input type="checkbox"/> Domicile de l'usager	<input type="checkbox"/> Crèche, halte, garderie	<input type="checkbox"/> Cuisine, cantine
<input type="checkbox"/> Ecole	<input type="checkbox"/> Egouts	<input type="checkbox"/> Equipement sportif, de loisirs
<input type="checkbox"/> Escaliers	<input type="checkbox"/> Espaces verts	<input type="checkbox"/> Autre

Liste des personnes ayant participé à l'analyse de l'accident :

<input type="checkbox"/> Victime	<input type="checkbox"/> Supérieur hiérarchique	<input type="checkbox"/> ACP
<input type="checkbox"/> Témoin	<input type="checkbox"/> Autre (Précisez)	

Description de l'accident (sans interprétation) * :

(précisez)

Analyse des faits (sans interprétation)

Tâche réalisée au moment de l'accident :

Déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles auprès du Centre de Gestion :

Comment ?

Analyse des faits (sans interprétation)

Tâche réalisée au moment de l'accident :

Avec quels outils / machines / équipement la tâche a-t-elle été réalisée ?

Que faisaient les autres personnes éventuellement impliquées dans cette tâche ?

Quelles étaient les protections individuelles portées ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Casque (protection du crâne) | <input type="checkbox"/> Chaussures |
| <input type="checkbox"/> Masque de protection respiratoire | <input type="checkbox"/> Manchettes |
| <input type="checkbox"/> Gants (chimique, de manutention ...) | <input type="checkbox"/> Ceinture de sécurité (trajets et déplacements en voiture ...) |
| <input type="checkbox"/> Tablier de soudure | <input type="checkbox"/> Combinaison (chimique, biologique ...) |
| <input type="checkbox"/> Tenue de bûcheronnage | <input type="checkbox"/> Chaussures de sécurité |
| <input type="checkbox"/> Chaussures antidérapantes | <input type="checkbox"/> Bottes |
| <input type="checkbox"/> Gants | <input type="checkbox"/> Harnais de sécurité |
| <input type="checkbox"/> Lunettes | <input type="checkbox"/> Protection contre le bruit (casque, bouchons ...) |
| <input type="checkbox"/> Vêtement de travail | <input type="checkbox"/> Vêtement haute visibilité |
| <input type="checkbox"/> Visière | <input type="checkbox"/> Masque à souder |

Déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles auprès du Centre de Gestion :

Comment ?

Identification des causes de l'évènement et mesures correctives

Mesures correctives à mettre en place pour éviter que l'évènement ne se reproduise

Recherche de l'imputabilité de l'accident ou de la maladie au service

L'**accident du travail** est un terme générique qui regroupe l'accident de service et l'accident de trajet. Il résulte d'une action violente et soudaine due à une cause extérieure qui provoque une lésion du corps humain.

Pour être reconnu comme tel (Cf. circulaire FP 4 n°1711 du 30 janvier 1989) :

- L'**accident de service** doit résulter de l'action violente et soudaine d'une cause extérieure provoquant au cours du travail une lésion du corps humain. Il doit survenir sur le lieu de travail, pendant les heures de travail, dans l'exercice des fonctions ou à l'occasion de l'exercice, en situation de subordination ;
- L'**accident de trajet** doit survenir lors du trajet habituel de l'agent entre son domicile et son lieu de travail ou détourné par une nécessité de la vie courante

En conséquence de quoi et compte tenu des faits énoncés dans la présente déclaration, l'autorité territoriale décide :

☒ Reconnaître l'imputabilité au service de l'accident

☐

De ne pas reconnaître immédiatement l'imputabilité au service et réalise une instruction complémentaire : demande d'expertise médicale et/ou saisine de la commission de réforme.

Une expertise médicale a-t-elle été demandée par votre collectivité ?

☐ Oui ☒ Non

✉ Envoyer le mail d'information à la collectivité



< Retour

✓ Valider

Contacter le service prévention des risques professionnels du Centre de Gestion :

prevention.ergonomie@cdg29.bzh



7 boulevard du Finistère
29000 Quimper
02 98 64 11 30
cdg29@cdg29.bzh



www.cdg29.bzh