**LETTRE DE CADRAGE**

**ASSISTANT DE PREVENTION**

      *(Nom, prénom, grade)*

Date de la formation initiale :

En application de l’article 4 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.

**La nomination et le positionnement**

Vous avez bien voulu accepter cette mission et votre nomination a pris effet à compter du       (date).

Conformément aux dispositions de l’article précité, vous exercez cette mission sous ma responsabilité et de ce fait, recevez des directives de ma part ou par délégation les directives de       (nom + fonction), et devez me rendre compte de votre action.

Vous avez compétence sur       (citer ici le périmètre concerné qui peut être l’ensemble de la collectivité ou un ou plusieurs services)

Il peut être mis fin à cette mission à la demande de l’une ou l’autre partie. Cette fin de mission fera l’objet d’un arrêté.

**Missions**

Sous mon autorité, vous m’assistez et me conseillez dans la mise en place d’une politique de prévention des risques professionnels, et dans la mise en œuvre des règles de santé et de sécurité au travail.

Concrètement vous :

 🢡 Participez à la mise en œuvre de la politique santé et sécurité au travail.

 🢡 Accompagnez les encadrants dans la mise en œuvre de cette politique.

 🢡 Contribuez à la réalisation et à la mise à jour du document unique.

🢡 Êtes force de proposition dans la recherche de solutions pratiques propre à améliorer la prévention des risques.

 🢡 Rendez compte des dysfonctionnements et difficultés.

 🢡 Contribuez à la réalisation de documents sécurité (Consignes, règlement...).

 🢡 Contribuez à l’analyse des accidents.

 🢡 Accueillez les nouveaux embauchés sur l’aspect santé et sécurité au travail.

 🢡 Veillez à la bonne tenue des registres de santé et sécurité au travail.

 🢡 Participez aux actions de formations, de sensibilisation, d’informations des agents.

🢡 Êtes associé aux projets d’aménagement, de construction de locaux, achat de matériels, d’équipements liés à ce domaine.

🢡 Participez au comité social territorial (CST) ou à la formation spécialisée en matière de santé de sécurité et conditions de travail (F3SCT) local ou départemental (lorsque le cas de la collectivité est évoqué).

 🢡 Participez aux inspections communes lors de l’intervention d’entreprises extérieures.

 🢡 Aidez le médecin du travail à établir la fiche des risques professionnels et sa mise à jour.

 🢡 Participez aux visites de sites effectuées par le service de médecine préventive.

**La formation**

Vous avez bénéficié d’une formation initiale obligatoire, préalable à votre prise de fonction, et bénéficierez d’une formation continue obligatoire tous les ans.

Vous pourrez participer à d’autres formations ou évènements dans ce domaine sous couvert de mon autorisation.

**Les moyens**

La mission d’Assistant de prévention sera présentée aux élus et à l’ensemble des agents.

Pour l’exercice de cette mission vous disposez de       (% de la quotité de travail de l’agent – ce calcul doit correspondre à la disponibilité réelle de l’agent et tenir compte de la taille de la collectivité, du nombre d’agents, du nombre de sites et de la configuration des locaux : locaux isolés, vétusté, travaux en projet ou en cours). Ce temps de travail pourra varier en fonction des urgences à traiter.

Les moyens nécessaires à l’exercice de cette mission mis à votre disposition sont les suivants :

 🢡 Le bureau       + mobilier nécessaire

 🢡 Ordinateur avec accès internet

 🢡 Téléphone / Fax

 🢡 Photocopieur

 🢡 Appareil photo

🢡 Véhicule (à défaut vos frais de déplacements avec votre véhicule seront remboursés)

🢡….

Vous pouvez faire appel au service Prévention des risques professionnels du Centre de Gestion, ainsi qu’au CST/F3SCT, pour vous aider dans votre mission.

Vous avez libre accès aux locaux entrant dans le champ d’action de votre mission, en prenant soin d’informer les responsables de service de votre visite.

Vous avez accès à tous les documents nécessaires à l’exercice de votre mission.

Vous êtes tenu au devoir de réserve et de confidentialité sur toutes les informations auxquelles vous aurez accès dans le cadre de votre mission.

**Bilan**

Dans le cadre de votre mission vous rencontrerez      (personne référente à préciser) au moins      fois par mois/an.

Ces rencontres feront l’objet d’un compte-rendu de réunion qui me sera personnellement adressé dans lequel seront rapportées les informations suivantes :

 🢡 Les non-conformités.

 🢡 Les suggestions, remarques du registre de santé et sécurité au travail.

 🢡 Vos propositions.

 🢡 Vos difficultés dans la mise en place de votre mission.

 🢡 Toutes autres informations que vous jugerez utiles.

Dans le cas de situations nécessitant une intervention rapide, vous m’en ferez part dans les meilleurs délais.

Une copie de cette lettre sera transmise au CST/F3SCT compétent avec l’arrêté de nomination, ainsi qu’au service prévention des risques professionnels du Centre de Gestion.

Votre implication pour cette mission est essentielle pour la vie au travail des agents, et je vous en remercie.

Fait à        Le

Signature de l’assistant de prévention Signature de l’autorité territoriale

*Cette lettre de cadrage doit être adaptée selon les caractéristiques de la collectivité ou de l’établissement*