## SUBVENTION PREVENTION TPE REGIONALE BTP

**Prévention des TMS et des chutes**

L'entreprise :

agissant pour les besoins de son établissement :

Activité :       CTN : B

N° SIRET :      Effectif total de l’entreprise:

N° de risque tarification :       Code A.P.E. :

Adresse :       Téléphone :

Code postal :       Ville :

Adresse mail :

représentée par :

ci-après dénommée "l'Entreprise", d'une part,

ET

**la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace-Moselle**

Adresse : **14 rue A. Seyboth – CS 10392 – 67010 STRASBOURG Cedex**

représentée par : **l'Ingénieur Conseil Régional**

ci-après dénommée "la Caisse", d'autre part,

il a été convenu et arrêté ce qui suit :

**Article 1 : ENGAGEMENTS DE L’ENTREPRISE**

**L’entreprise s’engage à réduire le risque d’exposition de ses salariés aux chutes de hauteur et aux Troubles Musculo-squelettiques (TMS). Pour cela, elle s’engage à acquérir et à utiliser le ou (les) matériel(s) neuf(s) suivant(s) :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A REMPLIR PAR L’ENTREPRISE** | | | | | **Cadre réservé à la CARSAT** | | | |
| **Prévention des TMS / Prévention du risque de chute** | | | | | | | | |
| **Outillages portatifs :** | **Prix unitaire HT** | **Nombre** | | **Coût HT** | **Pourcentage de subvention** | **Subvention estimée** | **Acceptés** | |
| **OUI** | **NON** |
| *Bras manipulateur de briques et / ou de carrelage (1)*  *selon devis :*  *date :* |  |  | |  | **70 %** |  |  |  |
| *Cisaille électrique de découpe des fers tors (2)*  *selon devis :*  *date :* |  |  | |  | **50 %**  **limité**  **à 2 équipements maximum**  **par ligne d’investissement** |  |  |  |
| *Ligatureur d’armatures manuel, électrique (2) selon devis :*  *date :* |  |  | |  |  |  |  |
| *Scie sur table pour découpe de tuiles (2)*  *selon devis :*  *date :* |  |  | |  |  |  |  |
| *Autres outillage utilisés sur chantier(2) (3) : à justifier en complétant la fiche d’autodiagnostic jointe au contrat* |  |  | |  |  |  |  |
| *Etai classique conforme à la NF 1065, équipé d’une rondelle de déblocage rapide et d’une broche chanfreinée*  *selon devis :*  *date :* |  |  | |  | **50 %**  **Plafonné à**  **10 000 €** |  |  |  |
| *Filet de sécurité antichute*  *Conforme à la norme NF EN 1263*  *selon devis :*  *date :* |  | |  |  | **50 %**  **Plafonné**  **à 2 000 €** |  |  |  |
| **Investissement total** | | |  |  |  |  | | |
| **Subvention totale estimée** | | |  |  | **Plafonné à 25 000 €** |  | | |

1. **Le bras manipulateur aura fait l’objet par le constructeur d’une vérification de conformité à la règlementation en vigueur**
2. **Le matériel sera conforme CE**
3. **Les engins de manutention de charges lourdes (grues, chariots à conducteur porté,…), les équipements de production en atelier, les EPI (harnais…) ne rentrent pas dans le dispositif**

**Article 2 : ENGAGEMENTS DE LA CAISSE**

L’entreprise ayant un effectif compris entre **1 et 49 salariés** et investissant au minimum pour **1 000 €** peut bénéficier d'une subvention maximale de **25 000 €** selon les équipements achetés à l’article 1, après approbation de la Caisse.

Cette subvention sera versée sous réserve de la bonne réalisation des actions définies à l’article 1 et de la production des justificatifs mentionnés à l’article 3.

**Article 3 : CONDITIONS DE VERSEMENT**

La subvention sera versée à l'Entreprise sur production :

* d'une attestation de moins de trois mois délivrée par l'URSSAF et indiquant que l'Entreprise est à jour des cotisations de Sécurité Sociale,
* de l’attestation sur l’honneur du Chef d’entreprise précisant que le Document Unique d'Evaluation des Risques est à jour, daté et à disposition,
* d’un justificatif d’adhésion de l’entreprise à un service de santé au travail (attestation ou facture),
* pour le « Bras manipulateur de briques » d’une attestation sur l’honneur de délivrance d’une information sur les risques et d’une formation à l’utilisation de l’équipement signée par l’entreprise bénéficiaire de l’aide,
* des copies des factures des équipements dont les dates sont postérieures à la date de signature du contrat (factures libellées au nom de l'entreprise signataire du contrat) comportant :
  + la mention "Certifié payé le (*indiquer la date de paiement*) par (*indiquer le mode de paiement : chèque, virement, traite*…)",
  + votre tampon et la signature du signataire du contrat.

Seuls les investissements réalisés pendant la durée du contrat pourront être pris en compte,

* d'un RIB au nom de l'entreprise,
* l’envoi des documents nécessaires au versement de l’aide est à faire par courrier recommandé **au plus tard un an à partir de l'entrée en vigueur du contrat** (article 5), le cachet de La Poste faisant foi.

**Article 4 : DISPOSITIONS DIVERSES**

Les dotations sont limitées forfaitairement à 25 000 € par entreprise. Les entreprises bénéficiant ou ayant bénéficié d'un **Contrat de Prévention** au cours des deux dernières années ainsi que les entreprises de **50 salariés et plus** sont exclues de ce dispositif.

Il est porté à la connaissance de l’entreprise qu’au maximum deux contrats dits « Subvention Prévention TPE » peuvent être signés sur une période de quatre années.

Sont également exclues de ce dispositif les entreprises faisant l’objet d’une injonction ou d’une majoration de son taux de cotisation.

**L’entreprise atteste par sa signature du présent contrat lorsqu’elle dispose d'instances représentatives du personnel et les avoir informées des mesures de prévention préalablement à leur mise en œuvre,**

La Caisse s’engage à aider financièrement l’Entreprise dans les conditions stipulées ci-dessus, l’Entreprise assumant seule les conséquences de toute nature des investissements et actions décidées par elle en matière de prévention.

L'implantation d'une nouvelle installation ou équipement, la modification d'une installation, ou équipement existant, d'un process ou d'une organisation de travail génèrent ou peuvent faire apparaître de nouveaux risques non prévisibles, ou non identifiés précédemment.

Il appartient dès lors à l'Entreprise :

* de réaliser une nouvelle évaluation des risques tenant compte de la modification des conditions d'hygiène et de sécurité,
* de mettre à jour le Document Unique,
* de prendre les mesures de prévention nécessaires,

Le Document Unique maintenu à jour doit être tenu à disposition lors du passage des contrôleurs de sécurité et ingénieurs conseils de notre Service Prévention et Gestion des Risques Professionnels et des contrôleurs ou inspecteurs du travail.

**L’entreprise prend acte que la Caisse procède de façon aléatoire à des visites préalables au paiement. A la date de passage, seuls les matériels mentionnés à l’article 1 et correctement installés feront l’objet d’un versement.**

**Toute inexactitude qui se révélerait concernant les informations, déclarations et certifications ainsi communiquées par l’Entreprise à la Caisse entraînerait de plein droit l’annulation du contrat.**

Dans le cas où l’Entreprise n’aurait pas fourni à la Caisse les justificatifs prévus à l’article 3 avant la date de fin du contrat (pour rappel 1 an après la signature du contrat), la Caisse ne pourra procéder au versement de la subvention.

Toute difficulté quant à ce contrat, si elle n'était pas réglée par voie amiable, sera portée devant le tribunal compétent de Strasbourg.

**Article 5 : ENTREE EN VIGUEUR DU CONTRAT**

Le présent contrat a été fait en deux exemplaires originaux à Strasbourg, le

pour une durée d’un an.

Pour l'Entreprise Pour la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail d’Alsace-Moselle

                Luc DREUIL

                Ingénieur Conseil Régional

**AUTODIAGNOSTIC**

**(à réaliser pour chaque outillage non mentionné dans la liste)**

**Références de l'établissement**

Nom :

Adresse :

**Matériel à acquérir**

*Joindre le devis et la documentation technique correspondante*

Description :

Nombre :

Coût unitaire (€) :       Coût total (€) :

|  |
| --- |
|  |

**Situation de travail actuelle (avant l'acquisition de matériels)**

*Décrire ci-dessous les postes de travail, les tâches à réaliser, …*

Nombre de salariés concernés par le travail :

**Améliorations attendues**

*Décrire ci-dessous les améliorations attendues par l'acquisition des matériels envisagés, pour supprimer ou réduire les TMS et /ou les risques de chute*

Fait à       le

*(Nom, prénom et signature du chef d'entreprise)*