|  |
| --- |
| Cette fiche préparatoire est un document préalable obligatoire à l’intervention de nos services pour la saisie de votre RSU |

**INFORMATIONS GENERALES**

1. Au moins 1 agent a-t-il un **cycle de travail spécifique** (annuel, saisonnier, mensuel…) ? 🞏 Oui 🞏Non
2. Au moins 1 agent est-il bénéficiaire de l’obligation d’emploi des travailleurs handicapés (**BOETH**) ? 🞏 Oui 🞏Non
3. Au moins 1 agent possède un compte épargne temps (**CET**) ? 🞏 Oui 🞏Non
4. Au moins 1 agent exerce-t-il ses fonctions dans le cadre du **télétravail**? 🞏 Oui 🞏Non
5. Des **heures** **supplémentaires et/ou complémentaires** ont-elles été réalisées et rémunérés ? 🞏 Oui 🞏Non

**INFORMATIONS COLLECTIVITE**

**I - Effectifs**

1.2.5) Avez-vous conclu des **Contrats à Durée Indéterminée** en 2024 ? 🞏 Oui 🞏Non

1.3.2) Avez eu recours à du **personnel temporaire** (service de remplacement du CDG, entreprise intérimaire) ?

🞏 Oui 🞏Non Si oui, sur quel grade ?

1.6.2) Montant des dépenses couvrant partiellement **l’obligation d’emploi** (achats auprès d’ateliers protégés, entreprise d’insertion…) ? : ………………….. €

1.9.7) Au moins 1 agent a bénéficié d’un accompagnement par un **conseiller en évolution professionnelle**? 🞏 Oui 🞏Non

1.9.9) Au moins 1 fonctionnaire a bénéficié des **modalités dérogatoires** d’accès par la voie du détachement à un cadre d’emploi de niveau supérieur ou de catégorie supérieur ? 🞏 Oui 🞏Non

**II – Temps de travail**

2.1.0) Des **journées de congés supplémentaires** ont-elles été accordées aux agents (exemple « journée du maire ») hors droits acquis et jours de fractionnement ? 🞏 Oui 🞏Non Si oui, nombre de jours : …………………….

2.1.5 et 2.1.6) Des agents ont-ils bénéficié d’un congé de **présence parentale et/ou de solidarité familiale** ? 🞏 Oui 🞏Non

2.1.7) Parmi les agents sur emploi permanent, certains ont-ils bénéficié de **congés de 6 mois ou plus** ? 🞏 Oui 🞏Non

2.1.9) Avez-vous mis en place des procédures administratives et/ou médicales de **contrôle des arrêts maladie** ?

Procédures administratives : 🞏 Oui 🞏Non 🞏 En cours Procédures médicales : 🞏 Oui 🞏Non 🞏 En cours

2.2.0) Des agents ont-ils bénéficié d’un **congé pour proche aidant** ? 🞏 Oui 🞏Non

2.2.4) Des journées ont-elles fait l’objet de don dans le cadre du **dispositif de dons de jours**? 🞏 Oui 🞏Non

2.2.5) Votre collectivité dispos-t-elle **d’une charte du temps**? 🞏 Oui 🞏Non 🞏 En cours

2.4.2) une **allocation forfaitaire de télétravail** a-t-elle fait l’objet d’une délibération ? 🞏 Oui 🞏Non

**III – Rémunération**

3.1.1 et 3.1.2) Avez-vous mis en place le **RIFSEEP** ?

Pour les fonctionnaires : 🞏 Oui 🞏Non Pour les contractuels : 🞏 Oui 🞏Non

Pour l’ensemble des cadres d’emploi éligibles ? 🞏 Oui 🞏Non

Avez-vous délibéré sur a mise en place du **complément indemnitaire annuel** ?

3.3.9) Votre collectivité at-elle versé une **indemnité de fin de contrat** au cours de l’année 2024 ? 🞏 Oui 🞏 Non

Si oui : quel était le fondement du contrat ? …………………. quel grade d’emploi était concerné ? …………………………..

3.4.1 et 3.4.2) Etes-vous concerné par **l’indemnisation chômage** (titulaires et contractuels) ? 🞏 Oui 🞏Non

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Titulaires** | | | **Contractuels** | |
| **Type de gestion pour l’indemnisation chômage** | **Cocher le type de gestion correspondant** | **Nombre d’allocataires anciens titulaires** | **Nombre d’allocataires anciens stagiaires** | **Cocher le type de gestion correspondant** | **Nombre d’allocataires anciens contractuels** |
| **Auto-assurance SANS convention de gestion avec Pôle emploi** |  |  |  |  |  |
| **Auto-assurance AVEC convention de gestion avec Pôle emploi** |  |  |  |  |  |
| **Régime d’assurance chômage** | **Exclu** | | |  |  |

3.4.3) Avez-vous prévu le **maintien des primes** en cas de **congé maladie ordinaire** ? 🞏 Oui 🞏Non

3.4.7) Montant en euros des dépenses de fonctionnement constatés au CA = ……………………… €

Montant en euros des Charges de personnel = ……………………….. €

**IV - Conditions de travail – Hygiène et sécurité**

4.1.2) Votre collectivité a-t-elle engagé des actions liées à la prévention ? 🞏 Oui 🞏Non

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Formations et dépenses de prévention** | **Montants en euros** | **Nombre de jours** | **Nombre d’agents** |
| Formation obligatoire des **agents assistants et conseillers** chargés de la **mise en œuvre des actions de prévention** | € |  |  |
| Formation obligatoire des **membres du C.H.S.C.T.** *(agents uniquement, pas élus)* | € |  |  |
| Formation dans le cadre des **habilitations** | € |  |  |
| Dépenses relatives aux **interventions** en matière de **prévention** et de **sécurité** | € |  |  |
| Dépenses correspondant aux mesures prises pour **l’amélioration des conditions de travail** *(ensemble des frais liés à l’amélioration des conditions d’hygiène et de prévention)*. | € |  |  |

4.1.3) Au moins un agent a-t-il fait une **demande spontanée de visite médicale** auprès du médecin du travail ?

🞏 Oui 🞏Non Si oui, nombre de femmes : …………………………………. nombre d’hommes : ……………………………………

4.1.4) Votre collectivité dispose-t-elle d’un **document unique d’évaluation des risques professionnelles** (DUERP) ?

🞏 Oui 🞏Non 🞏 En cours Date de création : ………………….. Date de la dernière mise à jour ; …………………………….

4.1.5) Votre collectivité dispose-t-elle d’un plan de prévention des **risques psychosociaux** ? : 🞏 Oui 🞏Non 🞏 En cours

4.1.6 et 4.1.7) **Autres actions liées à la prévention** :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Oui** | **Non** | **En cours** |
| **Prévention substances Cancérogènes, Mutagènes, toxiques pour la Reproduction** |  |  |  |
| **D’autres démarches de prévention des risques ?** |  |  |  |
| **Registre de Santé et Sécurité au Travail** |  |  |  |

4.2.5) Pour l’année 2022, avez-vous adhéré à un contrat d’**assurance statutaire** pour la gestion du risque maladie ?

🞏 Oui 🞏Non

4.3.1) Des agents de la collectivité ont-ils été victimes d’actes de **violences physiques, de harcèlement moral ou sexuel** en 2022 (de la part d’usagers ou d’autres agents) ? 🞏 Oui 🞏Non

4.5.1) Votre collectivité a-t-elle été confrontée à des **tentatives de suicide** ou des suicides ?  🞏 Oui 🞏Non

Si oui, précisez pour chaque agent :

- le statut 🞏 fonctionnaire, nombre …… 🞏 Contractuel, nombre : ……. ;

- le sexe 🞏 Homme …………………. 🞏Femme ………………..

- la catégorie 🞏 A 🞏B 🞏 C

La tentative de suicide ou le suicide a-t-il été reconnu imputable au service ? 🞏 Oui 🞏Non

**V – Formation**

5.1.4) Montant des coûts de formation :

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Montants pour l’année en euros** |
| **C.N.F.P.T. au titre de la cotisation obligatoire** | **€** |
| **C.N.F.P.T. au-delà de la cotisation obligatoire (formation payante)** | **€** |
| **Autres organismes** | **€** |
| **Frais de déplacement à la charge de la collectivité pour la formation** (trajet, restauration, hébergement) | **€** |
| **Coût de la formation des apprentis** | **€** |

**VI - Droits sociaux**

6.1.0) Vos instances paritaires sont-elles placés auprès du centre de gestion ? 🞏 Oui 🞏Non

Si non :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Nombre de représentants** | **Nombre de suppléants** | **Nombre de réunions** |
| **Du CST** |  |  |  |
| **Du CST FS** |  |  |  |

6.1.3 et 6.1.6) Votre collectivité a-t-elle été concernée au moins un jour par **des grèves** en 2024 ? 🞏 Oui 🞏Non

Existe-t-il un accord visant à assurer la continuité des services publics en cas de grèves ? 🞏 Oui 🞏Non

6.1.5) Avez-vous engagé **des négociations** au cours de l’année 2024 ? 🞏 Oui 🞏Non

Avez-vous conclu un ou plusieurs **accords collectifs** en 2024 ou avant ? 🞏 Oui 🞏Non

7.1.1) Montant des dépenses pour la réalisation des **prestations d’action sociale** en 2022 : ……………………………………. €

Les prestations sont servies : 🞏 directement par la collectivité 🞏 par l’intermédiaire du CDG 🞏 par l’intermédiaire d’une association nationale 🞏 Par l’intermédiaire d’un organisme à but non lucratif (CNAS, CGOS…)

7.1.3) **Bénéficiaires des prestations d’action sociale** selon le type de prestation :

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **Catégorie A** | | **Catégorie B** | | **Catégorie C** | |
| **Type de prestation** | | **Hommes** | **Femmes** | **Hommes** | **Femmes** | **Hommes** | **Femmes** |
| **Restauration** | **Subventions** |  |  |  |  |  |  |
| **Titres restaurants** |  |  |  |  |  |  |
| **Logement** | |  |  |  |  |  |  |
| **Famille** | **Places réservées en crèches** |  |  |  |  |  |  |
| **Tickets CESU garde d’enfants 0-6 ans** |  |  |  |  |  |  |
| **Allocation garde de jeunes enfants** |  |  |  |  |  |  |
| **Autres aides à la garde d’enfants** |  |  |  |  |  |  |
| **Subventions pour séjour d’enfants (colonie de vacances, CLSH, …)** |  |  |  |  |  |  |
| **Allocations aux parents d’enfants handicapés ou de jeunes adultes handicapés poursuivant des études ou un apprentissage** |  |  |  |  |  |  |
| **Séjours en centres de vacances spécialisés** |  |  |  |  |  |  |
| **Vacances et loisirs** | **Chèque-vacances** |  |  |  |  |  |  |
| **Chèque-lire** |  |  |  |  |  |  |
| **Chèque-culture** |  |  |  |  |  |  |
| **Prêts et aides exceptionnelles (situations difficiles)** | |  |  |  |  |  |  |

7.2.0) Au sein de la collectivité, existe-t-il un **accord collectif sur la protection sociale complémentaire** ? 🞏 Oui 🞏Non

7.2.1) Procédure retenue par la collectivité pour la protection sociale complémentaire santé et la prévoyance :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Remplir avec : OUI / NON / NE SAIT PAS* | **Santé** | **Prévoyance** |
| **Convention de participation propre à la collectivité** |  |  |
| **Adhésion à une convention souscrite par le centre de gestion** |  |  |
| **Contrat ou règlement labellisé** |  |  |

7.2.2) Nombres de bénéficiaires et montant des prestations :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Santé** | | **Prévoyance** | |
| **Catégorie** | Nombre total de bénéficiaires | Montant total des participations | Nombre total de bénéficiaires | Montant total des participations |
| **A** |  | € |  | € |
| **B** |  | € |  | € |
| **C** |  | € |  | € |
| **hors catégorie** (Agents sur emploi non permanent) |  | € |  | € |

8.1.1) Des **sanctions disciplinaires** ont-elles été prononcées en 2024 ? 🞏 Oui 🞏Non

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de sanctions prononcées à l’encontre des FONCTIONNAIRES TITULAIRES** | | | |
| **Type de sanction** | | **Hommes** | **Femmes** |
| **1er groupe** | **Avertissement** |  |  |
| **Blâme** |  |  |
| **Exclusion temporaire** de fonctions (**3 jours** max.) |  |  |
| **2ème groupe** | **Radiation du tableau d’avancement** |  |  |
| **Abaissement d’échelon** |  |  |
| **Exclusion temporaire** de fonctions (**4** à **15 jours**) |  |  |
| **3ème groupe** | **Rétrogradation** |  |  |
| **Exclusion temporaire** de fonctions (**16 jours** à **2 ans**) |  |  |
| **4ème groupe** | **Mise à la retraite d’office** |  |  |
| **Révocation** |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de sanctions prononcées**  **à l’encontre des FONCTIONNAIRES STAGIAIRES** | | |  | **Nombre de sanctions prononcées**  **à l’encontre des CONTRACTUELS** | | |
| **Type de sanction** | **Hommes** | **Femmes** | **Type de sanction** | **Hommes** | **Femmes** |
| **Avertissement** |  |  | **Avertissement** |  |  |
| **Blâme** |  |  | **Blâme** |  |  |
| **Exclusion temporaire** de fonctions (**3 jours** max.) |  |  | **Exclusion temporaire** de fonctions |  |  |
| **Exclusion temporaire** de fonctions (de **4** à **15 jours**) |  |  | **Licenciement** |  |  |
| **Exclusion définitive** du service |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre d’agents sanctionnés par MOTIF de sanction disciplinaire** | | |
| **Motif de sanction disciplinaire** | **Nombre d’hommes** | **Nombre de femmes** |
| **Probité, intégrité** (détournement, conservation de fonds, malversation, vol, dégradation, dettes, chèque sans provision) |  |  |
| **Qualité de service** (manquement aux sujétions du service, négligence, désobéissance hiérarchique, absence irrégulière, abandon de poste) |  |  |
| **Atteinte à la discrétion professionnelle, au secret professionnel, au secret des correspondances, à la vie privée, à la liberté individuelle** |  |  |
| **Incorrections, violences, insultes, harcèlement moral** |  |  |
| **Ivresse** |  |  |
| **Mœurs** (dont harcèlement sexuel) |  |  |
| **Manquement à l’obligation de laïcité, atteinte au principe de neutralité, discrimination, manquement à l’obligation de réserve** |  |  |
| **Conflit d’intérêt, trafic d’influence, prise illégale d’intérêts** |  |  |
| **Exercice d’une activité privée rémunérée sans autorisation** |  |  |
| **Comportement privé affectant le renom du service, condamnation pénale** (pour manquements non mentionnés dans les lignes précédentes) |  |  |
| **Autres** |  |  |