

PLAN DE PREVENTION ENTREPRISE EXTERIEURE INTERVENANTE

OPERATION

Nature / objet des travaux : Commande / marché n°:.....
 Lieu(x) d'intervention : Plan de prévention annuel ponctuel
 Dates prévues de début et de fin des travaux : au

COLLECTIVITE OU ETABLISSEMENT PUBLIC

Collectivité :
 Service :
 ☒ :

 Effectif présent sur site :
 Horaires :
 Responsable du marché :
 Chargé du suivi sur site :
 Médecin de prévention :
 Assistant(s) / conseiller(s) de prévention :

ENTREPRISE INTERVENANTE

Raison sociale :
 Activité :
 ☒

 Effectif présent sur site :
 Horaires :
 Représentant légal :
 Représentant sur site :
 Médecin du travail :
 Travaux sous-traités :
 à

INSPECTION COMMUNE PREALABLE

Date de la visite (si possible, au moins 15 jours avant les travaux) : Durée :
Personnes présentes :
 NOM Prénom : Fonction : Structure :
 NOM Prénom : Fonction : Structure :
 NOM Prénom : Fonction : Structure :

ORGANISATION DU TRAVAIL

Détail des phases d'activité :

- 1) 4)
 2) 5)
 3) 6)

Organisation du commandement en cas de sous-traitance :

NOM Prénom : de l'entreprise coordonné par
 NOM Prénom : de l'entreprise coordonné par

ELEMENTS MIS A DISPOSITION PAR LA COLLECTIVITE / L'ETABLISSEMENT PUBLIC

Documents (annexes au plan de prévention)	
<input type="checkbox"/>	Dossier Technique Amiante
<input type="checkbox"/>	Dossier d'Intervention Ulérieure sur l'Ouvrage (DIUO)
<input type="checkbox"/>	Dde d'Intention de Commencement de Travaux (DICT)
<input type="checkbox"/>	Livret d'accueil
<input type="checkbox"/>	Règlement intérieur
<input type="checkbox"/>	Plan du site / plan de circulation
<input type="checkbox"/>	Protocole de chargement-déchargement
<input type="checkbox"/>	Permis de feu
<input type="checkbox"/>	Procédure d'évacuation des déchets
<input type="checkbox"/>	Arrêté de voirie
<input type="checkbox"/>	Autres :

Locaux	entretenu par	
	Coll.	Entr.
Installations sanitaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vestiaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emplacement de repas / repos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lieu de stationnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Matériel	entretenu par	
	Coll.	Entr.
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANALYSE DES RISQUES
Co-activité – L'opération présente des risques d'interférences de :

 Personnel Lieu Matériel Réseau Autre :

Présence d'amiante ? Oui Non

Moyens de prévention	Coll.	Entr.
Masque à poussières FFP3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspirateur à filtre absolu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Humidification	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bâchage des surfaces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sacs à déchets spécifiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Risque biologique ? Oui Non

Moyens de prévention	Coll.	Entr.
Masque à particules FFP2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gants à usage unique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Produit désinfectant à disposition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bruit ? Oui Non

Moyens de prévention	Coll.	Entr.
Faible niveau sonore de la machine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parois antibruit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Port de casque antibruit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Port de serre-tête antibruit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Port de bouchons antibruit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suivi médical adapté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Risque chimique ? Oui Non

Moyens de prévention	Coll.	Entr.
Local de stockage spécifique, avec :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ signalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ aérations haute et basse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ ventilation mécanique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ bacs de rétention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pas de contenant alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etiquetage correct	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiches de Données de Sécurité (FDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Port de gants spécifiques risque chimique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Port de lunettes de sécurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Port d'écran anti-projection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Port de vêtement de protection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Port de masques à cartouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formation sur le risque chimique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pas de mélange	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prélèvements d'atmosphère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suivi médical adapté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Point d'eau à proximité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douche de sécurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rince-œil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspiration à la source	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Risque de chute de plain-pied ? Oui Non

Moyens de prévention	Coll.	Entr.
Rangement des lieux encombrés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dégagement des passages	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entretien des locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signalisation des sols glissants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signa. des sols inégaux (dénivelés)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signa. des sols défectueux (trou)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signa. des obstacles (plafond bas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eclairage suffisant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Balissage des zones d'intervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information sur risques d'interférence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Port de chaussures antidérapantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Risque de chute de hauteur ? Oui Non

Moyens de prévention	Coll.	Entr.
Matériel télescopique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Garde-corps sur mezzanines, avec :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ lisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ sous-lisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ plinthe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nacelle (PEMP), avec :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ autorisation de conduite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ agent en surveillance au sol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ vérif. périodique tous les 6 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ port du harnais si point d'ancrage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Echafaudage, avec :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ conformité HD 1000 ou HD 1004	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ notice à disposition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ vérification tous les 3 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plate-forme de travail indiv., avec :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ conformité NF P 93-352 (PIR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ conformité NF P 93-353 (PIRL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harnais antichute, avec :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ système antichute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ formation à l'utilisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ travail sur 2 cordes le cas échéant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ arrimage des outils	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ vérif. annuelle des EPI antichute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ vérif. annuelle des ancrages	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marchepied, avec :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ conformité NF EN 14183	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Echelle ou escabeau, avec :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ justification de leur utilisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ « Conf. aux exigences de sécur. »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ conformité NF EN 131	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ bon état des barreaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ bon état des patins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sur toiture : plan de circulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Risque d'effondrement ? Oui Non

Moyens de prévention	Coll.	Entr.
Signalisation des fosses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blindage des tranchées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limitation des hauteurs de stockage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Filet si surplomb de voie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Port du casque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Port de chaussures de sécurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2nd pers. en surface si souterrains	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etalement si travaux souterrains	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Risque électrique ? Oui Non

Moyens de prévention	Coll.	Entr.
Décl. d'Inten. Commenc. de Tr. (DICT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vérif. annuelle des instal. électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levée des observations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habilitation élec. niveau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compatibilité puiss. demandée / dispo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matériel de classe II ou III	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prises électriques non surchargées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disjoncteurs différentiels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plan des installations électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consignation avt inter. par	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect dist. : 3m ≤ 50000 volts < 5m	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Détecteur de lignes électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suivi médical adapté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANALYSE DES RISQUES (SUITE)
Risque lié aux équipements ? Oui Non

Moyens de prévention	Coll.	Entr.
Marquage CE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déclaration CE de conformité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dispositifs de protect. (caches, carters)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poignées sécur. (machines poussées)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siège de sécur. s/ engins à cond. porté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arrêts d'urgence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspiration des émissions à la source	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bon état des raccordements électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interdict. d'inter. s/ machine en marche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disjonctage avant tte inter. sur machine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pas de vêtement flottant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cheveux longs attachés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Port de lunettes ou écrans de protection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Port de masque à souder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Port de masque à poussières	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Port de gants de protection mécanique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Port de tablier (soudure, débrouss.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Risque incendie / explosion ? Oui Non

Moyens de prévention	Coll.	Entr.
Décl. d'Intent. Commenc. de Tr. (DICT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Isolation des produits inflammables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dégagement de l'aire de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ventil. des locaux de charge batteries	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Point chaud interdit lors charge batt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vérif. flexibles & mano postes à souder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Permis de feu si point chaud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extincteurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Robinets d'Incendie Armés (RIA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alarme incendie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formation à l'utilisation des extincteurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Risque lié au levage ? Oui Non

Moyens de prévention	Coll.	Entr.
Signalisation des zones de levage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marquage CE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Charge Maxi d'Utilis. (CMU) indiquée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elingues stockées suspendues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vérif. annuelle des palans, élingues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vérif. semestrielle des grues auxiliaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Risque autre : ? Oui Non

Moyens de prévention	Coll.	Entr.
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Risque lié aux manutentions ? Oui Non

Moyens de prévention	Coll.	Entr.
Charges légères	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procédés évitant/diminuant les manut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chariot type diable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moy. préhension s/ charges (poignées)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chariot de service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chariot de ménage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tire / trans-palettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipements sur roulettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consigne limitant le poids des charges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formation gestes et postures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ceinture lombaire (s/ avis du médecin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Risque lié au milieu confiné ? Oui Non

Moyens de prévention	Coll.	Entr.
Détection préalable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ventilation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protection respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dispositif auto-sauveteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harnais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trépid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Surveillant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Risque routier ? Oui Non

Moyens de prévention	Coll.	Entr.
Engins adaptés :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ autorisation de conduite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ CACES :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ vérif. annuelle engins terrassement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ bon état des sols	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ guidage par un agent au sol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signa. du chantier (panneaux, cônes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gyrophares sur véhicules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bandes rouges & blanches rétro-réfl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Panneau AK5 et tri-flash sur véhicules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arrêté de voirie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Permis de conduire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formation au balisage de chantier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vêtement haute visibilité classe 2 ou 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Risque lié à la température ? Oui Non

Moyens de prévention	Coll.	Entr.
Diminution du travail aux intempéries	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pauses régulières	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boissons chaudes / froides à dispo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chauffage des locaux en saison froide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Climatisation locaux en saison chaude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ventilateurs en saison chaude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observations / instructions spécifiques :

.....

.....

SURVEILLANCE MEDICALE PARTICULIERE
Liste des postes susceptibles d'être concernés :

Poste : NOM Prénom des travailleurs :

Poste : NOM Prénom des travailleurs :

Poste : NOM Prénom des travailleurs :

Observations :

.....

ORGANISATION DES SECOURS

Secouristes présents sur site :
 NOM Prénom : lieu : téléphone :
 NOM Prénom : lieu : téléphone :
 NOM Prénom : lieu : téléphone :

Matériel de premiers secours :
 Trousses de secours, emplacement :
 Défibrillateurs, emplacement :
 Autre :

Moyens d'alerte en cas d'urgence :
 Téléphone portable Téléphone fixe, emplacement :
 Dispositif d'Alerte du Travailleur Isolé (DATI) en cas de perte de verticalité
 Autre dispositif :

<p>Numéros de téléphone en cas d'urgence :</p>	 Numéro d'urgence européen	 Pompiers	 SAMU	 Centre Antipoison 04 91 75 25 25 (Marseille)
---	--	---	--	---

Autres :

REPARTITION DES RESPONSABILITES

- | | |
|---|---|
| <p>Le donneur d'ordre de la Ville :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ assure la coordination des mesures de prévention qu'il prend et de celles que prend le chef d'entreprise extérieure sous sa propre responsabilité ▪ a le pouvoir de suspendre ou d'arrêter une opération si les mesures de prévention ne sont pas respectées ▪ s'assure que ses agents sur site aient été informés des dates, de la nature des travaux et des dérangements éventuels | <p>Le chef d'entreprise :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ veille à la mise en œuvre des mesures de prévention de son propre personnel ▪ s'assure que son personnel ait pris connaissance des consignes de sécurité du site <p>Le plan de prévention :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ doit être établi pour chaque entreprise, y compris en cas de sous-traitance ▪ doit être complété en fonction de l'évolution des travaux et des risques, ainsi que de la présence de tout nouvel intervenant |
|---|---|

Mentions spécifiques :

VALIDATION DU PLAN DE PREVENTION

<p>Le représentant de la Collectivité sur site : NOM Prénom : en sa qualité de : Date : Signature :</p>	<p>Le représentant de l'entreprise sur site : NOM Prénom : en sa qualité de : Date : Signature :</p>
--	---

<p>Le représentant légal de la Collectivité : [Maire/Président ou Adjoint ou DGS] NOM Prénom : en sa qualité de : Date : Cachet / signature :</p>	<p>Le représentant légal de l'entreprise : [Chef d'entreprise ou délégataire] NOM Prénom : en sa qualité de : Date : Cachet / signature :</p>
---	---

Avis des représentants du personnel au CST / F3SCT (s'ils le souhaitent) :

 Décret n°92-158 du 20/02/92 intégré au code du travail dans les articles R4511-1 à R4514-10, arrêté du 19/03/93 fixant la liste des travaux dangereux et circulaire DRT n°93-14 du 18/03/93