

Voici les étapes à suivre pour présenter une demande d'aide financière pour le PAOSST :

Étape 1 – Prenez connaissance du [Guide du Programme d'aide financière](#) et du [Guide de présentation d'une demande de subvention et de reddition de comptes du PAOSST](#) de la CNESST.

Étape 2 – Remplissez le présent formulaire de demande, accessible sur la [page du PAOSST](#) sur le site Web de la CNESST.

Étape 3 – Achetez le formulaire et l'ensemble des documents requis par courriel à l'adresse suivante : paosst@cnesst.gouv.qc.ca.

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Nom officiel de l'association ou de l'organisme		Type d'organisation Organisme sans but lucratif <input type="checkbox"/> Association <input type="checkbox"/>		Numéro d'entreprise du Québec (NEQ)	
Nom de la personne dirigeante (Civilité, Nom de famille, Prénom)			Titre ou fonction de la personne dirigeante		
Adresse complète de l'organisme					
Numéro civique		Rue		Bureau	Ville
				Province	Code postal
Téléphone principal		Adresse courriel principale de l'organisme		Adresse Web de l'organisme	
Nom du siège social :					
Adresse du siège social – même adresse que l'organisme <input type="checkbox"/>					
Numéro civique		Rue		Bureau	Ville
				Province	Code postal
Nom du principal établissement :					
Adresse du principal établissement – même adresse que l'organisme <input type="checkbox"/>					
Numéro civique		Rue		Bureau	Ville
				Province	Code postal

RENSEIGNEMENTS SUR LE REPRÉSENTANT AUTORISÉ AUPRÈS DE LA CNESST

Nom (Civilité, Nom de famille, Prénom)		Titre ou fonction du représentant autorisé	
Adresse professionnelle du représentant autorisé – même adresse que l'organisme <input type="checkbox"/>			
Numéro civique		Rue	
		Bureau	Ville
		Province	
Téléphone (bureau), Poste		Autre téléphone, Poste (optionnel)	Adresse courriel du représentant autorisé

DESCRIPTION DE L'ORGANISME

Brève description de l'organisme		Mission		Vision																			
Principales activités et principaux services		Secteurs d'activité économique couverts par l'organisme																					
Clientèles actuelles de l'organisme (<i>plus d'un choix possible</i>)		Territoire actuellement desservi par l'organisme		<table border="0"> <tr> <td>01 – Bas-Saint-Laurent <input type="checkbox"/></td> <td>09 – Côte-Nord <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>02 – Saguenay–Lac-Saint-Jean <input type="checkbox"/></td> <td>10 – Nord-du-Québec <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>03 – Capitale-Nationale <input type="checkbox"/></td> <td>11 – Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>04 – Mauricie <input type="checkbox"/></td> <td>12 – Chaudière-Appalaches <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>05 – Estrie <input type="checkbox"/></td> <td>13 – Laval <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>06 – Montréal <input type="checkbox"/></td> <td>14 – Lanaudière <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>07 – Outaouais <input type="checkbox"/></td> <td>15 – Laurentides <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>08 – Abitibi-Témiscamingue <input type="checkbox"/></td> <td>16 – Montérégie <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>17 – Centre-du-Québec <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		01 – Bas-Saint-Laurent <input type="checkbox"/>	09 – Côte-Nord <input type="checkbox"/>	02 – Saguenay–Lac-Saint-Jean <input type="checkbox"/>	10 – Nord-du-Québec <input type="checkbox"/>	03 – Capitale-Nationale <input type="checkbox"/>	11 – Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine <input type="checkbox"/>	04 – Mauricie <input type="checkbox"/>	12 – Chaudière-Appalaches <input type="checkbox"/>	05 – Estrie <input type="checkbox"/>	13 – Laval <input type="checkbox"/>	06 – Montréal <input type="checkbox"/>	14 – Lanaudière <input type="checkbox"/>	07 – Outaouais <input type="checkbox"/>	15 – Laurentides <input type="checkbox"/>	08 – Abitibi-Témiscamingue <input type="checkbox"/>	16 – Montérégie <input type="checkbox"/>		17 – Centre-du-Québec <input type="checkbox"/>
01 – Bas-Saint-Laurent <input type="checkbox"/>	09 – Côte-Nord <input type="checkbox"/>																						
02 – Saguenay–Lac-Saint-Jean <input type="checkbox"/>	10 – Nord-du-Québec <input type="checkbox"/>																						
03 – Capitale-Nationale <input type="checkbox"/>	11 – Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine <input type="checkbox"/>																						
04 – Mauricie <input type="checkbox"/>	12 – Chaudière-Appalaches <input type="checkbox"/>																						
05 – Estrie <input type="checkbox"/>	13 – Laval <input type="checkbox"/>																						
06 – Montréal <input type="checkbox"/>	14 – Lanaudière <input type="checkbox"/>																						
07 – Outaouais <input type="checkbox"/>	15 – Laurentides <input type="checkbox"/>																						
08 – Abitibi-Témiscamingue <input type="checkbox"/>	16 – Montérégie <input type="checkbox"/>																						
	17 – Centre-du-Québec <input type="checkbox"/>																						
Travailleuses/Travailleurs non syndiqués <input type="checkbox"/> Autres (précisez): Employeurs <input type="checkbox"/> Jeunes (24 ans et moins) <input type="checkbox"/> Personnes issues de l'immigration <input type="checkbox"/> Personnes en situation de handicap <input type="checkbox"/> Femmes <input type="checkbox"/>		Local (MRC) <input type="checkbox"/> Régional (<i>plus d'un choix possible</i>) <input type="checkbox"/> Province de Québec <input type="checkbox"/> Autres (précisez):																					

Votre organisme a-t-il déjà obtenu une aide financière à la CNESST dans les 3 dernières années?

Si oui, laquelle? Indiquez l'année de la plus récente contribution dans chacun des domaines et programmes suivants, ainsi que le montant de la contribution versée par la CNESST.

	Année	Montant versé
Santé et sécurité du travail (PAOSST)		\$
Santé et sécurité du travail (PAFISST ou autre)		\$
Normes du travail (PAFNT ou autre)		\$
Commandites		\$

Admissibilité de la demande

Seuls les dossiers répondant aux critères d'admissibilité seront évalués par les membres du personnel de la CNESST.

Pour connaître les critères d'admissibilité du PAOSST, consulter le Guide du Programme d'aide financière.

Votre organisme répond-il à tous les critères d'admissibilité du PAOSST?

Oui Non

Précisions particulières:

RENSEIGNEMENTS SUR LE PROJET (si plus d'un projet est soumis par le demandeur, utilisez les ANNEXES A-1 et A-2)

Nom officiel du projet	Description sommaire du projet
Nombre de projets soumis	
Ordre de priorité accordé à ce projet parmi les projets soumis <i>exemple: 1/3</i>	

Pertinence du projet (situation problématique à laquelle le projet répond, raison d'être, etc.)

Territoire de déploiement du projet

Local (MRC)

Régional

(plus d'un choix possible)

Province de Québec

Autres (précisez):

- | | |
|---|---|
| 01 – Bas-Saint-Laurent <input type="checkbox"/> | 09 – Côte-Nord <input type="checkbox"/> |
| 02 – Saguenay–Lac-Saint-Jean <input type="checkbox"/> | 10 – Nord-du-Québec <input type="checkbox"/> |
| 03 – Capitale-Nationale <input type="checkbox"/> | 11 – Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine <input type="checkbox"/> |
| 04 – Mauricie <input type="checkbox"/> | 12 – Chaudière-Appalaches <input type="checkbox"/> |
| 05 – Estrie <input type="checkbox"/> | 13 – Laval <input type="checkbox"/> |
| 06 – Montréal <input type="checkbox"/> | 14 – Lanaudière <input type="checkbox"/> |
| 07 – Outaouais <input type="checkbox"/> | 15 – Laurentides <input type="checkbox"/> |
| 08 – Abitibi-Témiscamingue <input type="checkbox"/> | 16 – Montérégie <input type="checkbox"/> |
| | 17 – Centre-du-Québec <input type="checkbox"/> |

Durée totale du projet

Date prévue de début

Date prévue de fin

* La durée maximale des projets est de 3 ans

Montant demandé au PAOSST**Coût total du projet**

Le projet a-t-il fait l'objet d'une autre demande d'aide financière à la CNESST? Si oui, indiquez l'année la plus récente.

	Année	Montant demandé
Santé et sécurité du travail (PAOSST)		\$
Santé et sécurité du travail (PAFISST ou autre)		\$
Normes du travail (PAFNT ou autre)		\$
Commandites		\$

Le projet a-t-il fait l'objet d'une autre demande d'aide financière à un autre partenaire? Si oui, indiquez le noms des organisations auxquelles une demande a été déposée.

* L'ensemble des contributions au projet devra être détaillé dans le budget de projet.

Nom du partenaire	Montant demandé
	\$
	\$
	\$
	\$

Objectifs du projet

Objectifs du PAOSST (plus d'un choix possible)

- Soutien au milieu de travail pour accroître la connaissance, la compréhension et l'application des lois et des règlements visant la prévention des lésions professionnelles.
- Contribution à rejoindre les clientèles qui ne sont pas couvertes par les programmes de subvention en matière de santé et de sécurité du travail.
- Promotion des bonnes pratiques liées à la prise en charge de la prévention en SST par les milieux de travail, à l'identification à la source des dangers, à l'évaluation des risques et à la mise en place des mécanismes de prévention pour éliminer ou, à défaut, contrôler ces risques, ainsi qu'à la participation des Travailleuses/Travailleurs dans ces démarches
- Arrimage avec les priorités en prévention identifiées par la CNESST dans sa Planification pluriannuelle en prévention-inspection 2024-2027

Justification de la **corrélation avec les objectifs du PAOSST**

Priorités en prévention en santé et sécurité du travail identifiées par la CNESST (plus d'un choix permis)

- 1- La prise en charge**
- 2- Les catégories de priorités**
 - Cibles de tolérance zéro**
 - Chutes de hauteur de plus de 3 mètres
 - Chutes de hauteur à partir d'une échelle
 - Effondrement d'un échafaudage
 - Effondrement des parois d'un creusement non étançonné
 - Exposition aux poussières d'amiante
 - Exposition aux poussières de silice
 - Exposition au monoxyde de carbone
 - Exposition aux zones dangereuses d'une machine lorsque les pièces sont en mouvement
 - Exposition aux zones dangereuses d'une machine lorsque les énergies ne sont pas contrôlées
 - Électrisation attribuable à un contact avec une ligne électrique aérienne sous tension
 - Électrisation attribuable à une exposition à de l'énergie électrique non contrôlée
 - Roches instables
 - Risques prédominants**
 - Risques ergonomiques – Efforts excessifs
 - Risques ergonomiques – Postures contraignantes
 - Risques psychosociaux liés au travail – Violence
 - Risques psychosociaux liés au travail – Harcèlement
 - Risques psychosociaux liés au travail – Exposition à un événement potentiellement traumatique
 - Risque d'exposition au bruit
 - Risque de chutes de même niveau
 - Risque d'être frappé, coincé ou écrasé par un objet ou de l'équipement
 - Risques émergents, avérés ou connus**
 - Risques liés à la sécurité – Batteries au lithium-ion
 - Risques liés à la sécurité – Véhicules électriques
 - Risques liés aux changements climatiques – Indice de qualité de l'air extérieur
 - Risques liés aux changements climatiques – Vague de chaleur
 - Risques biologiques – Exposition aux piqûres de tiques – Maladie de Lyme
 - Risques liés à l'organisation du travail – Télétravail

- 3- Clientèles particulières en matière de SST** → **Votre projet s'adresse-t-il à d'autres clientèles parmi les suivantes?**
 - Personnes issues de l'immigration
 - Jeunes (24 ans et moins)
 - Aux femmes
 - Aux personnes en situation de handicap
 - Aux Travailleuses/Travailleurs non syndiqués
 - À d'autres clientèles particulières, précisez :

Moyens de communication pour rejoindre les clientèles visées par le projet

Secteurs d'activité économique visés

Nombre anticipé de personnes rejointes par le projet : _____ Travailleuses/Travailleurs _____ Autres, *précisez* :
_____ Employeurs

Quelles sont les retombées anticipées par la réalisation du projet?

Quels sont les livrables de ce projet?
(Nommez les livrables avec chacune des dates de livraison ciblées)

Comment votre organisme assurera-t-il la pérennité des livrables développés ou bonifiés dans le cadre du projet?

Est-ce que les livrables élaborés dans le cadre du projet seraient transférables à d'autres professions ou secteurs d'activité?

Oui Non Précisez :

EXPERTISES ET PARTENARIATS

Votre organisme détient-il l'expertise nécessaire pour la réalisation du projet (ex. : développeur Web)

Oui Non Partiellement

Décrivez comment votre organisme détient cette expertise

Indiquez avec qui et comment vous obtiendrez cette expertise

Votre organisme a-t-il établi des partenariats pour la réalisation du projet?

Oui Non

Si oui, remplissez la section de droite →

*** Si plus d'un partenaire participe à la réalisation d'un projet, veuillez remplir l'Annexe B à la fin du formulaire.**

Nom de l'organisme

Type d'organisation

Personne à contacter

Nom, Prénom

Titre/Fonction au sein de l'organisme

Rôle dans la réalisation du projet

Expertises

DÉCLARATION ET SIGNATURE

Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et complets.

Prénom, Nom

► Signature

Date

Liste des documents à joindre à la demande :

- Gabarit de budget de projet (un budget par projet)
- Lettres patentes (chartes et règlements)
- Composition à jour du conseil d'administration et liste des fonctions occupées par ses membres
- Résolution du conseil d'administration dûment signée appuyant la demande et désignant le représentant autorisé du demandeur auprès de la CNESST
- Dernier rapport annuel
- Dernier rapport financier vérifié et adopté par une de vos instances officielles
- À moins d'en être exempté, le document délivré par l'Office québécois de la langue française qui démontre, selon votre situation, que votre organisme respecte l'exigence de francisation de la Charte de la langue française
 - **Je certifie que mon organisme en est exempté.** Oui Non
- Échéancier détaillé du projet (optionnel)
- Stratégie de promotion ou de diffusion (optionnel)
- **Autre document jugé pertinent, précisez**
→

Les renseignements transmis dans le présent formulaire sont utilisés par le personnel de la CNESST et conservés dans les banques de données de la CNESST aux fins de production de statistiques, d'évaluations et de consultations.

Toute demande sera traitée dans un délai maximal de 60 jours à compter de sa date de réception, dans la mesure où elle est complète. Des renseignements complémentaires pourraient vous être demandés.

RENSEIGNEMENTS SUR LE DEUXIÈME PROJET

Nom officiel du projet	Description sommaire du projet	
Nombre de projets soumis		
Ordre de priorité accordé à ce projet parmi les projets soumis <i>exemple: 1/3</i>		
Pertinence du projet (situation problématique à laquelle le projet répond, raison d'être, etc.)		

Territoire de déploiement du projet	Local (MRC) <input type="checkbox"/>	01 – Bas-Saint-Laurent <input type="checkbox"/>	09 – Côte-Nord <input type="checkbox"/>	Durée totale du projet
	Régional (plus d'un choix possible) <input type="checkbox"/>	02 – Saguenay–Lac-Saint-Jean <input type="checkbox"/>	10 – Nord-du-Québec <input type="checkbox"/>	
Province de Québec <input type="checkbox"/>	03 – Capitale-Nationale <input type="checkbox"/>	11 – Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine <input type="checkbox"/>	Date prévue de début <input type="text"/>	Date prévue de fin <input type="text"/>
Autres (précisez):	04 – Mauricie <input type="checkbox"/>	12 – Chaudière-Appalaches <input type="checkbox"/>	* La durée maximale des projets est de 3 ans	
	05 – Estrie <input type="checkbox"/>	13 – Laval <input type="checkbox"/>		
	06 – Montréal <input type="checkbox"/>	14 – Lanaudière <input type="checkbox"/>		
	07 – Outaouais <input type="checkbox"/>	15 – Laurentides <input type="checkbox"/>		
	08 – Abitibi-Témiscamingue <input type="checkbox"/>	16 – Montérégie <input type="checkbox"/>		
		17 – Centre-du-Québec <input type="checkbox"/>		

Montant demandé au PAOSST

Coût total du projet

Le projet a-t-il fait l'objet d'une autre demande d'aide financière à la CNESST?

Si oui, indiquez l'année la plus récente.

	Année	Montant demandé
Santé et sécurité du travail (PAOSST)		\$
Santé et sécurité du travail (PAFISST ou autre)		\$
Normes du travail (PAFNT ou autre)		\$
Commandites		\$

Le projet a-t-il fait l'objet d'une autre demande d'aide financière à un autre partenaire?

Si oui, indiquez le noms des organisations auxquelles une demande a été déposée.

* L'ensemble des contributions au projet devra être détaillé dans le budget de projet.

Nom du partenaire	Montant demandé
	\$
	\$
	\$
	\$

Objectifs du projet

Objectifs du PAOSST (plus d'un choix possible)

- Soutien au milieu de travail pour accroître la connaissance, la compréhension et l'application des lois et des règlements visant la prévention des lésions professionnelles.
- Contribution à rejoindre les clientèles qui ne sont pas couvertes par les programmes de subvention en matière de santé et de sécurité du travail.
- Promotion des bonnes pratiques liées à la prise en charge de la prévention en SST par les milieux de travail, à l'identification à la source des dangers, à l'évaluation des risques et à la mise en place des mécanismes de prévention pour éliminer ou, à défaut, contrôler ces risques, ainsi qu'à la participation des Travailleuses/Travailleurs dans ces démarches
- Arrimage avec les priorités en prévention identifiées par la CNESST dans sa Planification pluriannuelle en prévention-inspection 2024-2027

Justification de la **corrélation avec les objectifs du PAOSST**

Priorités en prévention en santé et sécurité du travail identifiées par la CNESST (plus d'un choix permis)

1- La prise en charge

2- Les catégories de priorités

Cibles de tolérance zéro

- Chutes de hauteur de plus de 3 mètres
- Chutes de hauteur à partir d'une échelle
- Effondrement d'un échafaudage
- Effondrement des parois d'un creusement non étançonné
- Exposition aux poussières d'amiante
- Exposition aux poussières de silice
- Exposition au monoxyde de carbone
- Exposition aux zones dangereuses d'une machine lorsque les pièces sont en mouvement
- Exposition aux zones dangereuses d'une machine lorsque les énergies ne sont pas contrôlées
- Électrification attribuable à un contact avec une ligne électrique aérienne sous tension
- Électrification attribuable à une exposition à de l'énergie électrique non contrôlée
- Roches instables

Risques prédominants

- Risques ergonomiques – Efforts excessifs
- Risques ergonomiques – Postures contraignantes
- Risques psychosociaux liés au travail – Violence
- Risques psychosociaux liés au travail – Harcèlement
- Risques psychosociaux liés au travail – Exposition à un événement potentiellement traumatique
- Risque d'exposition au bruit
- Risque de chutes de même niveau
- Risque d'être frappé, coincé ou écrasé par un objet ou de l'équipement

Risques émergents, avérés ou connus

- Risques liés à la sécurité – Batteries au lithium-ion
- Risques liés à la sécurité – Véhicules électriques
- Risques liés aux changements climatiques – Indice de qualité de l'air extérieur
- Risques liés aux changements climatiques – Vague de chaleur
- Risques biologiques – Exposition aux piqûres de tiques – Maladie de Lyme
- Risques liés à l'organisation du travail – Télétravail

3- Clientèles particulières en matière de SST →

Votre projet s'adresse-t-il à d'autres clientèles parmi les suivantes?

- Personnes issues de l'immigration
- Jeunes (24 ans et moins)

- Aux femmes
- Aux personnes en situation de handicap
- Aux Travailleuses/Travailleurs non syndiqués

À d'autres clientèles particulières, précisez :

Moyens de communication pour rejoindre les clientèles visées par le projet

Secteurs d'activité économique visés

Nombre anticipé de personnes rejointes par le projet : _____ Travailleuses/Travailleurs _____ Autres, précisez : _____ Employeurs

Quelles sont les retombées anticipées par la réalisation du projet?

Quels sont les livrables de ce projet?
(Nommez les livrables avec chacune des dates de livraison ciblées)

Comment votre organisme assurera-t-il la pérennité des livrables développés ou bonifiés dans le cadre du projet?

Est-ce que les livrables élaborés dans le cadre du projet seraient transférables à d'autres professions ou secteurs d'activité?

Oui Non Précisez :

EXPERTISES ET PARTENARIATS

Votre organisme détient-il l'expertise nécessaire pour la réalisation du projet (ex. : développeur Web)

Oui Non Partiellement

Décrivez comment votre organisme détient cette expertise

Indiquez avec qui et comment vous obtiendrez cette expertise

Votre organisme a-t-il établi des partenariats pour la réalisation du projet?

Oui Non

Si oui, remplissez la section de droite →

Nom de l'organisme

Type d'organisation

Personne à contacter

Nom, Prénom

Titre/Fonction au sein de l'organisme

Rôle dans la réalisation du projet

Expertises

* Si plus d'un partenaire participe à la réalisation d'un projet, veuillez remplir l'Annexe B à la fin du formulaire.

RENSEIGNEMENTS SUR LE DEUXIÈME PROJET

Nom officiel du projet	Description sommaire du projet
Nombre de projets soumis	
Ordre de priorité accordé à ce projet parmi les projets soumis <i>exemple: 1/3</i>	

Pertinence du projet (situation problématique à laquelle le projet répond, raison d'être, etc.)

Territoire de déploiement du projet

Local (MRC)

Régional
(plus d'un choix possible)

Province de Québec

Autres (précisez):

01 – Bas-Saint-Laurent <input type="checkbox"/>	09 – Côte-Nord <input type="checkbox"/>
02 – Saguenay–Lac-Saint-Jean <input type="checkbox"/>	10 – Nord-du-Québec <input type="checkbox"/>
03 – Capitale-Nationale <input type="checkbox"/>	11 – Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine <input type="checkbox"/>
04 – Mauricie <input type="checkbox"/>	12 – Chaudière-Appalaches <input type="checkbox"/>
05 – Estrie <input type="checkbox"/>	13 – Laval <input type="checkbox"/>
06 – Montréal <input type="checkbox"/>	14 – Lanaudière <input type="checkbox"/>
07 – Outaouais <input type="checkbox"/>	15 – Laurentides <input type="checkbox"/>
08 – Abitibi-Témiscamingue <input type="checkbox"/>	16 – Montérégie <input type="checkbox"/>
	17 – Centre-du-Québec <input type="checkbox"/>

Durée totale du projet

Date prévue de début Date prévue de fin

* La durée maximale des projets est de 3 ans

Montant demandé au PAOSST

Coût total du projet

Le projet a-t-il fait l'objet d'une autre demande d'aide financière à la CNESST?

Si oui, indiquez l'année la plus récente.

	Année	Montant demandé
Santé et sécurité du travail (PAOSST)		\$
Santé et sécurité du travail (PAFISST ou autre)		\$
Normes du travail (PAFNT ou autre)		\$
Commandites		\$

Le projet a-t-il fait l'objet d'une autre demande d'aide financière à un autre partenaire?

Si oui, indiquez le noms des organisations auxquelles une demande a été déposée.

* L'ensemble des contributions au projet devra être détaillé dans le budget de projet.

Nom du partenaire	Montant demandé
	\$
	\$
	\$
	\$

Objectifs du projet

Objectifs du PAOSST (plus d'un choix possible)

- Soutien au milieu de travail pour accroître la connaissance, la compréhension et l'application des lois et des règlements visant la prévention des lésions professionnelles.
- Contribution à rejoindre les clientèles qui ne sont pas couvertes par les programmes de subvention en matière de santé et de sécurité du travail.
- Promotion des bonnes pratiques liées à la prise en charge de la prévention en SST par les milieux de travail, à l'identification à la source des dangers, à l'évaluation des risques et à la mise en place des mécanismes de prévention pour éliminer ou, à défaut, contrôler ces risques, ainsi qu'à la participation des Travailleuses/Travailleurs dans ces démarches
- Arrimage avec les priorités en prévention identifiées par la CNESST dans sa Planification pluriannuelle en prévention-inspection 2024-2027

Justification de la **corrélation avec les objectifs du PAOSST**

Priorités en prévention en santé et sécurité du travail identifiées par la CNESST (plus d'un choix permis)

1- La prise en charge

2- Les catégories de priorités

Cibles de tolérance zéro

- Chutes de hauteur de plus de 3 mètres
- Chutes de hauteur à partir d'une échelle
- Effondrement d'un échafaudage
- Effondrement des parois d'un creusement non étançonné
- Exposition aux poussières d'amiante
- Exposition aux poussières de silice
- Exposition au monoxyde de carbone
- Exposition aux zones dangereuses d'une machine lorsque les pièces sont en mouvement
- Exposition aux zones dangereuses d'une machine lorsque les énergies ne sont pas contrôlées
- Électrification attribuable à un contact avec une ligne électrique aérienne sous tension
- Électrification attribuable à une exposition à de l'énergie électrique non contrôlée
- Roches instables

Risques prédominants

- Risques ergonomiques – Efforts excessifs
- Risques ergonomiques – Postures contraignantes
- Risques psychosociaux liés au travail – Violence
- Risques psychosociaux liés au travail – Harcèlement
- Risques psychosociaux liés au travail – Exposition à un événement potentiellement traumatique
- Risque d'exposition au bruit
- Risque de chutes de même niveau
- Risque d'être frappé, coincé ou écrasé par un objet ou de l'équipement

Risques émergents, avérés ou connus

- Risques liés à la sécurité – Batteries au lithium-ion
- Risques liés à la sécurité – Véhicules électriques
- Risques liés aux changements climatiques – Indice de qualité de l'air extérieur
- Risques liés aux changements climatiques – Vague de chaleur
- Risques biologiques – Exposition aux piqûres de tiques – Maladie de Lyme
- Risques liés à l'organisation du travail – Télétravail

3- Clientèles particulières en matière de SST →

- Personnes issues de l'immigration
- Jeunes (24 ans et moins)

→ Votre projet s'adresse-t-il à d'autres clientèles parmi les suivantes?

- Aux femmes
- Aux personnes en situation de handicap
- Aux Travailleuses/Travailleurs non syndiqués

À d'autres clientèles particulières, précisez :

Moyens de communication pour rejoindre les clientèles visées par le projet

Secteurs d'activité économique visés

Nombre anticipé de personnes rejointes par le projet : _____ Travailleuses/Travailleurs _____ Autres, précisez : _____ Employeurs

Quelles sont les retombées anticipées par la réalisation du projet?

Quels sont les livrables de ce projet?
(Nommez les livrables avec chacune des dates de livraison ciblées)

Comment votre organisme assurera-t-il la pérennité des livrables développés ou bonifiés dans le cadre du projet?

Est-ce que les livrables élaborés dans le cadre du projet seraient transférables à d'autres professions ou secteurs d'activité?

Oui Non Précisez :

EXPERTISES ET PARTENARIATS

Votre organisme détient-il l'expertise nécessaire pour la réalisation du projet (ex. : développeur Web)

Oui Non Partiellement

Décrivez comment votre organisme détient cette expertise

Indiquez avec qui et comment vous obtiendrez cette expertise

Votre organisme a-t-il établi des partenariats pour la réalisation du projet?

Oui Non

Si oui, remplissez la section de droite →

Nom de l'organisme

Type d'organisation

Personne à contacter

Nom, Prénom

Titre/Fonction au sein de l'organisme

Rôle dans la réalisation du projet

Expertises

* Si plus d'un partenaire participe à la réalisation d'un projet, veuillez remplir l'Annexe B à la fin du formulaire.

Expertises et partenariats supplémentaires

Partenaire 1		
Nom de l'organisme		Type d'organisation
Personne à contacter		
Nom, Prénom	Titre/Fonction au sein de l'organisme	Rôle dans la réalisation du projet
Expertises		

Partenaire 2		
Nom de l'organisme		Type d'organisation
Personne à contacter		
Nom, Prénom	Titre/Fonction au sein de l'organisme	Rôle dans la réalisation du projet
Expertises		

Partenaire 3		
Nom de l'organisme		Type d'organisation
Personne à contacter		
Nom, Prénom	Titre/Fonction au sein de l'organisme	Rôle dans la réalisation du projet
Expertises		

Partenaire 4		
Nom de l'organisme		Type d'organisation
Personne à contacter		
Nom, Prénom	Titre/Fonction au sein de l'organisme	Rôle dans la réalisation du projet
Expertises		

Partenaire 5		
Nom de l'organisme		Type d'organisation
Personne à contacter		
Nom, Prénom	Titre/Fonction au sein de l'organisme	Rôle dans la réalisation du projet
Expertises		

A large empty rectangular box with a green border, intended for additional details.