CAHIER DES CHARGES FONCTIONNELS

1. ***Description générale du projet concerné***

Le projet consiste à créer une application mobile pour simplifier les visites de sécurités dans les différents bâtiments et Locaux techniques de chaque site EDF.

1. ***Objet du marché/appel d’offre concerné***

Application Compatible mobile/tablette sur Android.

1. ***Description des processus informatiques et non informatiques concernés***

Utilisation du langage C#, langage universel. Il est compatible avec tous terminaux. L’application sera utilisée par le service CHSCT et les managers de pôles.

1. ***Spécifications applicatives de l’***[***application informatique***](http://www.cahierdescharges.com/blog/?tag=application-informatique)***concernée***

L’application marchera sur Tablette et Mobile Android enrôlés dans le réseau EDF.   
Besoin d’un serveur pour la base de données situé dans l’EGA du CNPE de Fessenheim.  
Réseau utilisé : SWAT / SWIT / SWAT PKI

1. ***Spécifications techniques de l’application informatique concernée***

**Reproduction du formulaire dynamiquement : voir annexe**

1. ***Spécifications de réalisation de l’application informatique concernée***

**L’application sera disponible dans le E-store EDF.**

**La base de production sera hébergée par EDF sur un serveur oracle.**

**La base de test pour le développement sera hébergée en local sur un serveur ubuntu.**

**Les applications seront connectées par le réseau Atlas de EDF.**

1. ***Méthodologie, plan et outils des tests de l’application informatique concernée***

L’application ne demande pas de coût particulier pour son développement.

Partenariat avec EDF sur le projet.

1. ***Evaluation des réponses à l’appel d’offre concerné***

**Annexe :**

# Pôle :

# Bâtiment : N° du bureau ou local : Date de la visite :

# Agent(s) ou prestataire (s) occupant ce bureau :

# Noms Prénoms Signatures

# \* \* \*

# \* \* \*

# \* \* \*

# \* \* \*

# \* \* \*

# \* \* \*

# \* \* \*

# Le visiteur :

# Nom/prénom : Fonction : Signature :

# Accompagné de :

# Nom/prénom : Fonction : Signature :

# Nom/prénom : Fonction : Signature :

# Nom/prénom : Fonction : Signature :

**Eventuellement : thème particulier retenu pour cette visite de sécurité**

|  |
| --- |
| **Commentaires des agents ou prestataires visités :** |

### Cette visite conduit à des actions correctives : OUI/NON

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LE MILIEU (l’environnement)** | OUI | NON | Sans  Objet | Nécessite  Corrections |
| 1. L’impression générale «au premier abord » est-elle bonne ? |  |  |  |  |
| 1. Le rangement du plan de travail est-il correct, les tiroirs fermés ? |  |  |  |  |
| 1. Aucun objet, meuble, plante verte… ne gêne l’éclairement, les interventions du personnel de nettoyage et des laveurs de carreaux ? |  |  |  |  |
| 1. Y a-t-il des risques identifiables dans les domaines suivants ? |  |  |  |  |
| - Les revêtements des sols |  |  |  |  |
| - L’éclairage |  |  |  |  |
| - Le bruit |  |  |  |  |
| - La température ambiante |  |  |  |  |
| - Les câbles de téléphone, de micro-ordinateur… |  |  |  |  |
| - Objet, meuble devant les radiateurs et/ou aérateurs de clim |  |  |  |  |
| 1. Les chemins de circulation dans le bureau sont-ils dégagés (dégagements suffisants, pas d’obstacles, pas de risques de chutes) ? |  |  |  |  |
| 1. Y a -t-il des risques de chute d’objets (cartons sur les armoires, rangement ...) ? |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LES MOYENS (matériels mis en œuvre)** | OUI | NON | Sans objet | Nécessité  Corrections |
| 1. L’ergonomie générale du poste de travail est-elle correcte ? |  |  |  |  |
| 1. L’état, la qualité de l’ensemble du mobilier présentent-ils un risque ? |  |  |  |  |
| 1. L’emplacement de l’écran informatique est-il correct ? (Fenêtre, lumière, reflet) |  |  |  |  |
| 1. Y a-t-il des matériels particuliers (massicots, agrafeuses, relieuse) ? |  |  |  |  |
| 1. Si oui, sont-ils en bon état, les dispositifs de protection (capots, outils de changements des lames ...) sont-ils en place ? |  |  |  |  |
| 1. Le mode d’emploi et les consignes de sécurité de ces matériels sont-ils affichés ? |  |  |  |  |
| 1. Les agents ou prestataires connaissent-ils les risques et les mesures de prévention adaptés à ces matériels ? |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LA MAIN D'OEUVRE (l'agent dans son activité)** | OUI | NON | Sans  Objet | Nécessite  Corrections |
| 1. Y a-t-il eu récemment des exercices d’évacuation ? |  |  |  |  |
| 1. Les agents ou prestataires ont-ils participé à un exercice d’évacuation ? |  |  |  |  |
| 1. Connaissent-ils le plan d’évacuation ? |  |  |  |  |
| 1. Que doivent-ils faire en cas d’alerte sonore |  |  |  |  |
| 1. Savent-ils où se trouve l’armoire à pharmacie ? |  |  |  |  |
| 1. Connaissent-ils les secouristes et leurs rôles ? |  |  |  |  |
| 1. Savent-ils comment les prévenir ? |  |  |  |  |
| 1. Connaissent-ils les équipiers d’étage et leur rôle ? |  |  |  |  |
| 1. Ont-ils participé à un exercice extinction incendie ? |  |  |  |  |
| 1. Savent-ils reconnaître et choisir l’extincteur approprié à un type de feu ? |  |  |  |  |
| 1. Connaissent-ils des lieux présentant un risque ? |  |  |  |  |
| 1. Les nouveaux arrivants dans le service ont-ils suivi une formation de sécurité, une formation au poste de travail, aux consignes d’évacuation ...) ? |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LA METHODE, LES ORGANISATIONS**  **(Méthodes, procédures de travail)** | OUI | NON | Sans  Objet | Nécessite  Corrections |
| 1. Y-a-t ‘il des procédures de travail particulières en matière de prévention (travaux dangereux, travaux au voisinage d’installations électriques, utilisation de produits dangereux ...) ? |  |  |  |  |
| 1. Ces procédures sont-elles connues et appliquées ? |  |  |  |  |
| 1. Certaines procédures de travail conduisent-elles à l’exposition à un risque ? |  |  |  |  |
| 1. Les procédures en cas d’accident ou presqu’accident sont-elles connues ? |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LA MATIERE MISE EN OEUVRE** | OUI | NON | Sans  Objet | Nécessite  Corrections |
| 1. Des produits toxiques sont-ils utilisés ? |  |  |  |  |
| 1. Si oui lesquels ? (A lister en synthèse) |  |  |  |  |
| 1. Les agents connaissent-ils la toxicité de ces produits ? |  |  |  |  |
| 1. Comment se procurent-ils ces produits ? |  |  |  |  |
| 1. Les agents disposent-ils des protections individuelles ou collectives nécessaires ? |  |  |  |  |
| 1. Les agents réalisent-ils des manutentions de charges ? |  |  |  |  |
| 1. Si oui, disposent-ils des moyens et des protections individuelles nécessaires ? |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **AUTRES SITUATIONS A RISQUES MISES EN EVIDENCE** | OUI | NON | Sans  Objet | Nécessite  Corrections |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **SUJETS A ABORDER AVEC LES AGENTS AU TITRE DE LA PREVENTION** | OUI | NON | Sans  Objet | Nécessite  Corrections |
| 1. Les occupants des bureaux se sentent-ils responsables et acteurs de leur sécurité ? |  |  |  |  |
| 1. Les agents sont-ils actifs sur le sujet ? |  |  |  |  |
| 1. Les agents exercent-ils des activités nécessitant des habilitations, des formations, des recyclages (secouristes, équipiers d’étage, risques électriques, radio protection, pont roulant ...) ? |  |  |  |  |
| 1. Sont-ils à jour en matière de formation, de recyclage, d’habilitation ? |  |  |  |  |
| 1. Quel moyen de transport utilisent-ils pour les trajets domicile / travail ? (Transports en commun, voiture, 2 roues ...) ? |  |  |  |  |
| 1. Ont-ils conscience des risques liés à ces trajets ? |  |  |  |  |
| 1. Des réunions de sensibilisation ont-elles été réalisées sur ces risques ? |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

#### SYNTHESE DE VISITE

|  |  |
| --- | --- |
| **N° Indice** | **Observations** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

#### ACTIONS CORRECTIVES

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N°**  **Indice** | **Actions prévues** | **Responsable de l'action** | **Echéance** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

#### POINTS FORTS ET/OU BONNES PRATIQUES A FAIRE CONNAITRE

|  |
| --- |
|  |

#### POINTS FAIBLES A AMELIORER

|  |
| --- |
|  |