Projet 2022-2023 - prévention des risques psychosociaux – Formulaire de demande d’ANALYSE DE RISQUES EN GROUPE

Ce formulaire vous permet d’introduire à l’APEF une demande d’accompagnement collectif, dans le cadre du projet 2022-2023 portant sur la prévention des risques psychosociaux.

Ce formulaire est à transmettre par mail ([bet@apefasbl.org](mailto:bet@apefasbl.org)). L’APEF vous informera de sa décision au plus tard 2 mois après la réception de votre demande.

Pour plus d’informations concernant cette action : page web du projet : [ICI](https://www.apefasbl.org/lapef/actions-en-partenariats/projets-rps/projet-de-prevention-des-risques-psychosociaux-au-travail-rps)

Complétez le formulaire

FICHE SIGNALETIQUE DE VOTRE organisation

Nom de votre asbl :

Numéro d’immatriculation ONSS :       Numéro d’entreprise :

Commission paritaire :       Secteur d’activité :

Adresse :       Code postal :      Localité :

Tél :       E-mail général :

Je souhaite inscrire cet e-mail à la newsletter de mon Fonds social   Oui  Non

Numéro de compte bancaire : BE

Votre association est-elle assujettie à la TVA ?  Oui  Non

Cochez les réponses

Organe(s) de concertation sociale présent(s) au sein de votre organisation

Conseil d’Entreprise (CE)  Délégation syndicale (DS)

Comité pour la Prévention et la Protection au Travail (CPPT)  Aucun

Y a-t-il un conseiller en prévention désigné au sein de votre organisation ?  Oui  Non

Y a-t-il une personne de confiance désignée au sein de votre asbl (concernant les risques psychosociaux) ?  Oui  Non

Personne de contact

Nom :       Prénom :       Fonction :

E-mail :       Téléphone :

Je souhaite m’inscrire à la newsletter de mon Fonds social   Oui  Non

DESCRIPTIF DE VOTRE demande

Complétez le formulaire

1. Origine de votre demande

Pourquoi voulez-vous réaliser une analyse des risques psychosociaux ?

Avez-vous déjà réalisé une analyse des risques globale abordant tous les domaines du bien-être au travail ?  Oui  Non

Avez-vous déjà mené des actions de prévention des risques psychosociaux dans votre organisation ?  Oui  Non

Si oui, lesquelles ?

2. Implication des différentes parties

Complétez le formulaire

Le personnel a-t-il été impliqué dans cette démarche visant à mettre en place une analyse des risques psychosociaux ? Explicitez.

Comment la direction et le conseil d’administration sont-ils impliqués ?

Comment les organes de concertation sociale (délégation syndicale, CE, CPPT) sont-ils impliqués ?

Combien de personnes salariées participeront à l’accompagnement ?

Si toutes les personnes salariées de l’asbl ne participent pas à l’accompagnement, quels sont les critères de choix du personnel participant ?

Comment allez-vous organiser la diffusion et la mise en œuvre des résultats de l’analyse des risques psychosociaux à l’ensemble de votre organisation?

3. Objectifs de l’analyse des risques

Complétez le formulaire

Quels sont les objectifs de l’analyse des risques psychosociaux que vous souhaitez mettre en place ?

4. Choix de l’opérateur d’analyse des risques

Complétez le formulaire

|  |  |
| --- | --- |
| Analyse des risques psychosociaux via Focus group | Cohezio |
| Approche participative des risques et de la qualité de vie au travail : la méthode Team’Act | **PSDD** |

Sélectionnez l’opérateur :

Cohézio :  Oui  Non

**Promotion santé et développement durable (PSDD)** :  Oui  Non

Quels sont les motifs du choix de cet opérateur ? Avez-vous déjà travaillé avec celui-ci ?

Combien d’heures d’animation souhaitez-vous prévoir avec cet opérateur afin de réaliser l’analyse de risques collective ?

5. Engagement de participation à l’évaluation de ce projet

Complétez le formulaire

Nom et fonction des personnes qui pourraient participer aux réunions de travail transversales (1 à 2 en 2023) regroupant différentes organisations participant à ce projet :

En quoi ces personnes ont-elles un rôle dans les questions de bien-être au travail au sein de votre organisation ?

En signant ce document, la direction atteste que les informations reprises dans ce formulaire sont exactes et conformes à la réalité.

* •

Pour les organisations disposant d’un organe de concertation sociale (délégation syndicale, Comité pour la prévention et la protection au travail ou Conseil d’entreprise), une information doit être réalisée auprès de l’ensemble du personnel au sujet de ce projet. **L’avis de la représentation syndicale est à joindre à ce formulaire.**

Pour les organisations ne disposant pas d’organe de concertation sociale, **les documents suivants doivent être annexés à ce formulaire** :

* Une attestation sur l’honneur de l’information à l’ensemble personnel et de l’accord du personnel participant
* La preuve d’envoi par mail (avec copie à [bet@apefasbl.org](mailto:bet@apefasbl.org)) de l’acte de candidature aux 3 permanents syndicaux de la région de l’organisation qui introduit la demande.

Complétez  
le tableau

Direction

Nom :       Prénom :      Signature :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Représentation du personnel**  (s’il y a un organe de concertation sociale au sein de l’organisation) | | | |
| Nom : | Prénom : | Syndicat : | Signature : |
| Nom : | Prénom : | Syndicat : | Signature : |
| Nom : | Prénom : | Syndicat : | Signature : |
| Nom : | Prénom : | Syndicat : | Signature : |
| Avis syndical |  | | |

TABLEAU DU PERSONNEL PARTICIPANT AU PROJET

Ce tableau n’est pas une attestation de participation. Les données demandées permettent à l’APEF et au Fonds de compléter les rapports d’activité demandés par le SPF Emploi.

Ces informations sont traitées dans le respect de la vie privée de chaque personne.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| # | Nom de l’ORGANISATION | nom/prénom | Statut | Genre (F/M/X) | Niveau de diplôme | Nationalité | Date de naissance | Cat 1\* | Cat 2\*\* |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

STATUT : SALARIE – DEMANDEUR D’EMPLOI – MEMBRE CA – AUTRE : …

NIVEAU DE DIPLÔME : CEB : Certificat d’études de base (études primaires) ; CESI : Certificat d’études secondaires inférieures ; CESS : Certificat d’études secondaires supérieures ; > CESS : enseignement supérieur

NATIONALITE : BE (Belgique)– UE (Union Européenne) – Hors UE (Hors Union Européenne)

\*Cat. 1 : cochez cette case si la personne a moins d’un an d’ancienneté et était inoccupée au moment de son entrée en fonction dans l’organisation.

\*\*Cat. 2 : cochez cette case si la personne a une aptitude au travail réduite.

TABLEAU DU PERSONNEL PARTICIPAnt AU PROJET

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| # | Nom de l’ORGANISATION | nom/prénom | Statut | Genre (F/M/X) | Niveau de diplôme | Nationalité | Date de naissance | Cat 1\* | Cat 2\*\* |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

STATUT : SALARIE – DEMANDEUR D’EMPLOI – MEMBRE CA – AUTRE : …

NIVEAU DE DIPLÔME : CEB : Certificat d’études de base (études primaires) ; CESI : Certificat d’études secondaires inférieures ; CESS : Certificat d’études secondaires supérieures ; > CESS : enseignement supérieur

NATIONALITE : BE (Belgique)– UE (Union Européenne) – Hors UE (Hors Union Européenne)

\*Cat. 1 : cochez cette case si la personne a moins d’un an d’ancienneté et était inoccupée au moment de son entrée en fonction dans l’organisation.

\*\*Cat. 2 : cochez cette case si la personne a une aptitude au travail réduite.