

PROJET 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'analyse des risques en groupe, dans le cadre du projet portant sur la prévention des risques psychosociaux.

Ce formulaire est à transmettre par mail si possible au format Word à 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 : [Cliquez ici.](#)

Pour consulter le catalogue en détail : [Cliquez ici.](#)

COMPLÉTEZ LE FORMULAIRE

FICHE SIGNALÉTIQUE DE VOTRE ORGANISATION

Nom de votre asbl :

Numéro d'immatriculation ONSS : Numéro d'entreprise :

Commission paritaire : Secteur d'activité : Choisissez un élément.

Adresse : Code postal : Localité :

Tél : E-mail général : Nombre de salariés :

Numéro de compte bancaire : BE

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

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 recevoir des informations par mail concernant le projet Oui Non

COMPLÉTEZ LE
FORMULAIRE

DESCRIPTIF DE VOTRE DEMANDE

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 ?

COMPLÉTEZ LE
FORMULAIRE

2. Implication des différentes parties

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'analyse** ? Choisissez un élément.

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** ?

COMPLÉTEZ LE
FORMULAIRE

3. Objectifs de l'analyse des risques

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

COMPLÉTEZ LE
FORMULAIRE

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

Pour consulter le catalogue en détail : [Cliquez ici.](#)

Sélectionnez l'opérateur :

- Analyse des risques psychosociaux via Focus group - Cohezio
- Approche participative des risques et de la qualité de vie au travail : la méthode Team'Act - Promotion santé et développement durable (PSDD)

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 ?

Merci de tenir compte du nombre d'heure minimum et maximum proposées par chaque opérateur. Pour Cohezio, il est possible de faire entre 10h et 16h d'analyse, et pour PSDD entre 04h et 16h.

Pour donner un ordre d'idées, il faut minimum 6 participant·e·s pour 10h d'analyse, et minimum 8 pour 16h.

COMPLÉTEZ LE
FORMULAIRE

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

Nom et fonction des personnes qui pourraient participer aux réunions de travail transversales (1 à 2) 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 ?



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			Choisir		Choisir	Choisir		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2			Choisir		Choisir	Choisir		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3			Choisir		Choisir	Choisir		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4			Choisir		Choisir	Choisir		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5			Choisir		Choisir	Choisir		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6			Choisir		Choisir	Choisir		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7			Choisir		Choisir	Choisir		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8			Choisir		Choisir	Choisir		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9			Choisir		Choisir	Choisir		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 DIPLOME	NATIONALITÉ	DATE DE NAISSANCE	CAT 1*	CAT 2**
10			Choisir		Choisir	Choisir		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11			Choisir		Choisir	Choisir		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12			Choisir		Choisir	Choisir		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13			Choisir		Choisir	Choisir		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14			Choisir		Choisir	Choisir		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15			Choisir		Choisir	Choisir		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16			Choisir		Choisir	Choisir		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17			Choisir		Choisir	Choisir		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18			Choisir		Choisir	Choisir		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19			Choisir		Choisir	Choisir		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20			Choisir		Choisir	Choisir		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

STATUT : SALARIE – DEMANDEUR D'EMPLOI – MEMBRE CA – AUTRE : ...

NIVEAU DE DIPLOME : 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.

Nom de l'institution concernée

Présence de représentants syndicaux au sein de l'institution (ou délégation inter-centres compétente) ?

OUI

NON

⇩ Transmettre l'avis syndical ⇩

⇩ Transmettre l'avis syndical ⇩		
NOM et Prénom	NOM et Prénom	NOM et Prénom
Mandat <input type="checkbox"/> DS <input type="checkbox"/> DSI <input type="checkbox"/> CPPT <input type="checkbox"/> CE	Mandat <input type="checkbox"/> DS <input type="checkbox"/> DSI <input type="checkbox"/> CPPT <input type="checkbox"/> CE	Mandat <input type="checkbox"/> DS <input type="checkbox"/> DSI <input type="checkbox"/> CPPT <input type="checkbox"/> CE
Organisation syndicale <input type="checkbox"/> CNE/CSC <input type="checkbox"/> SETCa/FGTB <input type="checkbox"/> CGSLB	Organisation syndicale <input type="checkbox"/> CNE/CSC <input type="checkbox"/> SETCa/FGTB <input type="checkbox"/> CGSLB	Organisation syndicale <input type="checkbox"/> CNE/CSC <input type="checkbox"/> SETCa/FGTB <input type="checkbox"/> CGSLB
Signature	Signature	Signature

⇩ Compléter l'attestation sur l'honneur par le responsable ⇩

NOM et Prénom	Fonction	Signature
<p>Atteste que:</p> <ul style="list-style-type: none"> l'ensemble du personnel de l'institution a été informé du projet, les participants au projet ont marqué leur accord 		