



Fonds Social Aide Sociale et Soins de Santé
Square Saintelette 13-15 | 1 000 Bruxelles
02/229.20.24 | asss@apefasbl.org

Embauche complémentaire Conseil en Prévention

Dossier de candidature 2024

à renvoyer à asss@apefasbl.org au plus tard le 1^{er} octobre 2024

1. De quoi s'agit-il ?

Dans le cadre d'une politique menée en faveur du bien-être au travail, le Fonds social Aide Sociale et Soins de Santé, ASSS, met en place des actions BIEN-ETRE AU TRAVAIL.

Quelles conditions ?

- Respecter les profils prévus par la législation
- Etablir un avenant au contrat de travail avec la personne salariée qui prend en charge la fonction de conseil en prévention
- Suivre la formation de base avant l'embauche et s'engager à suivre le recyclage annuel
- Conditions supplémentaires pour l'embauche de conseil en prévention :
 - être une personne salariée hors direction
 - réaliser une analyse participative de risques et un plan de prévention avant la fin du financement.

Modalités financières :

Durée de financement : entre 12 et 18 mois

| Nombre de personnes salariées dans l'institution | Temps de travail financé et plafond |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 5 à 14 | 5% ETP = 3.500 €/an |
| Au moins 15 | 10% ETP = 7.000 €/an |

2. Coordonnées de l'institution

| | | | |
|-------------------------------------------------------|--|--------------------------------------|--|
| Nom de l'asbl | | | |
| ONSS | | | |
| Nom du service | | | |
| Agrément / sous-secteur | | | |
| Commission paritaire | | | |
| N° de téléphone | | Adresse électronique | |
| Adresse postale | | | |
| Nombre de personnes salariées au moment de la demande | | Nombre de personnes salariées en ETP | |

Demande d'une embauche complémentaire pour la fonction de Conseil en prévention

3. Coordonnées de la personne de contact

| | | | |
|-----------------|--|----------------------|--|
| Prénom | | | |
| Nom | | | |
| Fonction | | | |
| N° de téléphone | | Adresse électronique | |

4. Différents services concernés au sein de l'institution (et implantations)

| Service | Adresse postale | Activités | # de personnes salariées |
|---------|-----------------|-----------|--------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

5. Coordonnées de l'employeur

- La demande concerne une seule institution
- La demande concerne différentes institutions

Liste des institutions concernées :

| Institution(s) | Adresse postale | ONSS |
|----------------|-----------------|------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

6. Profil de la personne

- Conseil en prévention

| | | | |
|-------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------|---------|
| Prénom | | Nom | |
| N° de téléphone | | Adresse électronique | |
| Fonction | | Membre du personnel de Direction ? | Oui non |
| Date d'entrée en fonction auprès de cette institution | | Dispose-t-elle d'une formation de base concernant la fonction ? | Oui Non |
| | | Si non, quelle programmation de la formation ? | |
| Temps de travail (au moment de la demande) | | % du temps de travail dédié à la fonction | |

7. Motivations de la candidature

a. Problématiques liées au bien-être au travail rencontrées dernièrement dans l'(es) institution(s) ?

b. Avez-vous déjà réalisé une analyse de risques au cours des 5 dernières années ?
Si oui, quand ? Et avec quel organisme ?

c. Avez-vous déjà réalisé des actions liées au bien-être au travail? Si oui, pour quelle(s)
démarches(s) ?

d. Quelles sont les problématiques de l'exercice actuel de la fonction de Conseil en prévention rencontrées dans votre institution ?

e. Quels sont les résultats attendus du soutien aux fonctions de Conseil en prévention?

8. Mise en œuvre de l'embauche complémentaire

→ Informations à propos de la personne qui va bénéficier de l'embauche complémentaire

| | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------|--|
| Prénom | | Nom | |
| Fonction | | Régime de travail | |
| La personne bénéficiant de l'embauche complémentaire va exercer elle-même une des fonctions prévues de Conseil en prévention ? | | | |
| Si OUI, Comment cette personne va commencer à prendre en charge la fonction ? | | | |
| | | | |
| Si NON, comment la personne bénéficiant de l'embauche complémentaire va alléger la charge de travail de la personne qui va exercer la fonction de Conseil en prévention (de sorte qu'elle puisse davantage se consacrer à cette fonction) ? | | | |
| | | | |
| Volume de temps de travail dédié à la fonction pour laquelle un financement est demandé : % en ETP | | | |
| Nombre d'heures par semaine | | | |
| Date de début de l'embauche | | | |
| Date de fin de l'embauche | | | |
| Motivations du volume de temps de financement | | | |
| | | | |

9. Montant de l'embauche complémentaire

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------|
| Coût salarial (incluant pécule de vacances et prime de fin d'année) demandé pour la durée totale de l'embauche complémentaire | | |
| | Coût horaire | Nombre d'heures |
| Conseil en prévention | | |
| Total heures x coût salarial/heure | | |
| Montant total de l'embauche | | |

10. Tableau global des coûts

| | 2024 | 2025 | 2026 | TOTAL |
|-----------------------|------|------|------|-------|
| Conseil en prévention | | | | |
| Montant de l'embauche | | | | |

11. Positionnement par rapport au cahier des charges

1. Affecter le temps de travail supplémentaire financé aux activités de Conseil en prévention.
→ Joindre une copie de l'avenant au contrat de travail reprenant le temps de travail de la personne dédié à sa fonction de Conseil en prévention dans le mois qui suit l'accord du Fonds.
2. Avoir suivi au préalable une formation de base de Conseil en prévention.
→ Joindre une copie de l'attestation.
3. Ne pas faire partie du personnel de Direction.
4. Entamer une analyse participative des risques dans les 9 mois qui suivent le début du financement.
5. Transmettre le plan annuel d'action défini suite à l'analyse de risques ainsi que le plan global de prévention actualisé.
6. Transmettre un rapport financier concernant l'année 2024 pour le 31 janvier 2025.
7. Transmettre un rapport financier concernant l'année 2025 pour le 31 janvier 2026
8. Transmettre un rapport financier concernant l'année 2026 pour le 31 janvier 2027
10. Réaliser un rapport final au plus tard un mois après la fin du financement.

Positionnement de l'institution quant au respect de ce cahier des charges

Accord de principe

Ou difficultés pressenties quant à l'un ou l'autre aspect :

11. Concertation sociale

→ Veuillez joindre l'avis des représentants syndicaux :

- en cas de présence dans votre institution d'une délégation syndicale interne (DS interne)
- ou si une délégation syndicale intercentres est compétente pour votre institution (DS intercentres)

| Avis syndical | | Date : |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOM et Prénom | NOM et Prénom | NOM et Prénom |
| Signature | Signature | Signature |
| Mandat DS Interne <input type="checkbox"/> - DS Inter-Centres <input type="checkbox"/> | Mandat DS Interne <input type="checkbox"/> - DS Inter-Centres <input type="checkbox"/> | Mandat DS Interne <input type="checkbox"/> - DS Inter-Centres <input type="checkbox"/> |
| Organisation syndicale CSC/CNE <input type="checkbox"/> - SETCA/FGTB <input type="checkbox"/> - CGSLB <input type="checkbox"/> | Organisation syndicale CSC/CNE <input type="checkbox"/> - SETCA/FGTB <input type="checkbox"/> - CGSLB <input type="checkbox"/> | Organisation syndicale CSC/CNE <input type="checkbox"/> - SETCA/FGTB <input type="checkbox"/> - CGSLB <input type="checkbox"/> |

→ A défaut, veuillez envoyer votre dossier par mail aux permanents syndicaux régionaux (avec asss@apefasbl.org en copie)

12. Annexes à fournir

- Attestation de réussite de la formation de base
- Copie de l'avenant au contrat de travail reprenant le temps de la personne dédié à la fonction

Fait à, le ... / ... / ...

Prénom, NOM, fonction et signature de la personne responsable de l'institution (+ cachet).

