Projet RPS 2023 - prévention des risques psychosociaux – Formulaire de demande d’ANALYSE DE RISQUES par questionnaire

Ce formulaire vous permet d’introduire à l’APEF une demande d’analyse des risques par questionnaire, dans le cadre du projet 2023 portant sur la prévention des risques psychosociaux.

Ce formulaire est à transmettre par mail **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.](https://www.apefasbl.org/lapef/actions-en-partenariats/projets-rps/prevention-rps-volet-intersectoriel)

Pour consulter le catalogue en détail : [Cliquez ici.](https://www.cjoint.com/doc/23_02/MBBlfIMYau4_Catalogue-RPS-2023.pdf)

Complétez le formulaire

FICHE SIGNALETIQUE 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 :

Nombre de salariés :

Tél :       E-mail général :

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 recevoir des informations par mail concernant le projet  [ ]  Oui [ ]  Non

DESCRIPTIF DE VOTRE demande

Complétez le formulaire

**1**. Origine de votre demande

Pourquoi souhaitez-vous réaliser une analyse des risques par questionnaire ?

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 par questionnaire ? 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 ?

Complétez le formulaire

Combien de personnes salariées seront invitées à répondre au questionnaire ?

*(Pour rappel un pourcentage significatif de réponses est attendu pour une analyse qualitative – voir les pourcentages sur la fiche informative)*

Si toutes les personnes salariées de l’asbl ne sont pas invitées à participer à cette analyse, 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 par questionnaire

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

Complétez le formulaire

4. 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 en 2023 ou 2024) 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.

Date – cachet - signature

* •

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.

Pour les organisations ne disposant pas d’organe de concertation sociale, **le document ci-après doit être annexé à ce formulaire** :

* **Pour les institutions relevant de la CP 319.02 et 332 :** L’envoi par mail (avec copie à bet@apefasbl.org) de l’acte de candidature aux 3 permanents syndicaux de la région de l’organisation qui introduit la demande.

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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Une image contenant texte, Police, Graphique, logo  Description générée automatiquement** | **PROJET RPS****Analyse des risques par questionnaire****Annexe B ⇨ Concertation sociale**(Un document par institution) | Une image contenant Police, Graphique, texte, logo  Description générée automatiquement |

|  |
| --- |
| **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 ⇩** |  | **⇩ Compléter l’attestation sur l’honneur par le responsable ⇩** |
|  |  | **NOM et Prénom** | **Fonction** | **Signature** |
|  |  |  |
| **NOM et Prénom** | **NOM et Prénom** | **NOM et Prénom** |  | **Attest*e que*:**l’ensemble du personnel de l’institution a été informé du projet,les participants au projet ont marqué leur accord |
|  |
|  |
| **Mandat**[ ]  DS [ ]  DSI [ ]  CPPT [ ]  CE | **Mandat**[ ]  DS [ ]  DSI [ ]  CPPT [ ]  CE | **Mandat**[ ]  DS [ ]  DSI [ ]  CPPT [ ]  CE |  |
|  |
| **Organisation syndicale**[ ] CNE/CSC [ ]  SETCa/FGTB[ ]  CGSLB  | **Organisation syndicale**[ ] CNE/CSC [ ]  SETCa/FGTB[ ]  CGSLB  | **Organisation syndicale**[ ] CNE/CSC [ ]  SETCa/FGTB[ ]  CGSLB  |  |
| **Signature** | **Signature** | **Signature** |  |