

## PROJET 2022-2023 - PRÉVENTION DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX – FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT COLLECTIF

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 si possible **au format Word** à [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 : [Cliquez ici](#).

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

COMPLÉTEZ LE  
FORMULAIRE

### FICHE SIGNALETIQUE DE VOTRE ASBL

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

COCHEZ LES  
RÉPONSES

### **Organe(s) de concertation sociale présent(s) au sein de votre association**

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 asbl ?  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 voulez-vous réaliser un accompagnement collectif concernant la prévention des risques psychosociaux ? :

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

Si oui, lesquelles ?

Votre institution connaît-elle actuellement des situations à risques psychosociaux (agressivité, burn-out, conflits, crise, sous-effectif, stress, surcharge de travail, violence...), ou estimez-vous qu'elle risque d'en rencontrer prochainement ?

Oui  Non

Si oui : des causes ont-elles pu être identifiées, et de quelle manière (via une analyse de risques, via une autre démarche...) ?

Quelles sont, selon vous, les professions ou fonctions les plus menacées ? Quelles explications voyez-vous à cela ?

COMPLÉTEZ LE  
FORMULAIRE

## 2. Implication des différentes parties

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

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

Comment le personnel a-t'il été impliqué dans cette démarche visant la mise en place d'un accompagnement dans votre institution ? Explicitez.

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'accompagnement à l'ensemble du personnel ?

COMPLÉTEZ LE  
FORMULAIRE

### 3. Thématique(s) envisagée(s) pour cet accompagnement

Quelles sont les thématiques que vous souhaitez particulièrement aborder dans le cadre de cet accompagnement ? (3 choix possibles)

- Absentéisme
- Accueil et accompagnement de nouveaux membres du personnel
- Agressivité, conflits, harcèlement, violence
- Cohésion d'équipe
- Diversité au sein des équipes
- Epuisement professionnel (burn-out), stress, surcharge de travail
- Gestion des compétences
- Gestion du changement

- Réintégration du personnel après un arrêt de travail
- Sens du travail, culture et valeurs institutionnelles
- Situations de crise
- Télétravail
- Autre, à préciser :

Explicitez ces choix :

COMPLÉTEZ LE  
FORMULAIRE

#### 4. Objectifs de votre accompagnement

Quels sont les objectifs de l'accompagnement que vous souhaitez mettre en place ? A quoi voulez-vous que l'accompagnement puisse aboutir ?

COMPLÉTEZ LE  
FORMULAIRE

#### 5. Choix de la formule d'accompagnement

Sélectionnez la formule d'accompagnement que vous souhaiteriez mettre en place :

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

Choisissez un élément.

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

Combien d'heures d'accompagnement souhaitez-vous mettre en place ?

*Merci de choisir un nombre d'heures correspondant à votre choix d'accompagnement ; le nombre d'heures minimum et maximum varient selon l'opérateur et la thématique sélectionnée.*

*Pour donner un ordre d'idée : un minimum de 10 participant·e·s est requis pour 20h d'accompagnement, 15 pour 30h, et 20 pour 40h et plus.*

COMPLÉTEZ LE  
FORMULAIRE

#### 6. 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) regroupant différentes asbl participant à ce projet :

En quoi ces personnes ont-elles un rôle dans les questions de bien-être au travail au sein de l'asbl ?

**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'institution 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

---

---

**Représentation des travailleur·euse·s (s'il y a un organe de concertation sociale au sein de l'asbl)**

---

Nom : Prénom : Syndicat : Signature :

---



### 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'ASBL	NOM/PRÉNOM	STATUT	GENRE (F/M/X)	NIVEAU DE DIPLÔME	NATIONALITÉ	DATE DE NAISSANCE	CAT 1*	CAT 2**
1					Choisir	Choisir		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2					Choisir	Choisir		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3					Choisir	Choisir		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4					Choisir	Choisir		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5					Choisir	Choisir		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6					Choisir	Choisir		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7					Choisir	Choisir		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8					Choisir	Choisir		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9					Choisir	Choisir		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

STATUT : SA (SALARIE) – DE (DEMANDEUR D'EMPLOI) – CA (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'ASBL	PARTICIPANT	STATUT	GENRE (F/M/X)	NIVEAU DE DIPLÔME	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 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.

<b>Nom de l'institution concernée</b>

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

**OUI**

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

**NON**

⇩ Compléter l'attestation sur l'honneur par le responsable ⇩		
NOM et Prénom	Fonction	Signature
<p><b>Atteste que:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>l'ensemble du personnel de l'institution a été informé du projet,</li> <li>les participants au projet ont marqué leur accord</li> </ul>		