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 (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 ce projet : <https://apefasbl.org/lapef/actions-en-partenariats/projets-rps/projet-de-prevention-des-risques-psychosociaux-au-travail-rps>

Complétez le formulaire

FICHE SIGNALETIQUE DE VOTRE ASBL

Nom de votre asbl :

Numéro d’immatriculation ONSS :       Numéro d’entreprise :

Secteur d’activité :

Adresse :       Code postal :      Localité :

Tél :       E-mail général :

Je souhaite inscrire cet e-mail à la newsletter du Fonds 4S  [ ]  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 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 m’inscrire à la newsletter du Fonds 4S  [ ]  Oui [ ]  Non

DESCRIPTIF DE VOTRE demande

Complétez le formulaire

1. Origine de votre demande

Des actions d’accompagnement ou de réflexion institutionnelle sont-elles déjà en cours au sein de l’asbl ?[ ]  Oui [ ]  Non

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

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

Si oui, lesquelles ?

Votre institution connait-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…) ?

2. Implication des différentes parties

Complétez le formulaire

Comment allez-vous organiser la diffusion et la mise en œuvre des résultats de l’accompagnement à l’ensemble de l’institution/entreprise ?

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

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

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 ?

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

Complétez le formulaire

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 :

4. Objectifs de votre accompagnement

Complétez le formulaire

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

5. Choix de la formule d’accompagnement

Complétez le formulaire

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

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 ?

6. 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 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 asbl 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 des représentant·e·s syndicaux·ales est à joindre à ce formulaire.**

Pour les asbl ne disposant pas d’organe de concertation sociale, une attestation sur l’honneur de l’information du personnel et de l’accord des participant·e·s doit être annexée à ce formulaire.

Complétez
le tableau

Direction

Nom :       Prénom :      Signature :

|  |
| --- |
| Représentation des travailleur·euse·s (s’il y a un organe de concertation sociale au sein de l’asbl) |
| Nom :       | Prénom :       | Syndicat :       | Signature :  |
| Nom :       | Prénom :       | Syndicat :       | Signature :  |
| Nom :       | Prénom :       | Syndicat :       | Signature :  |
| Nom :       | Prénom :       | Syndicat :       | Signature :  |

TABLEAU DES PARTICIPAnt·e·S 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 chacun.

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

\*Cat. 1 : cochez cette case si le·la participant·e a moins d’un an d’ancienneté et était inoccupé·e au moment de son entrée en fonction dans l’asbl.

\*\*Cat. 2 : cochez cette case si le·la participant·e a une aptitude au travail réduite.

TABLEAU DES PARTICIPAnt·e·S AU PROJET

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| # | Nom de l’asbl | participant·e nom/prénom | Statut / CONTRAT | 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 |       |       |  |       |  |  |       | [ ]  | [ ]  |

\*Cat. 1 : cochez cette case si le·la participant·e a moins d’un an d’ancienneté et était inoccupé·e au moment de son entrée en fonction dans l’asbl.

\*\*Cat. 2 : cochez cette case si le·la participant·e a une aptitude au travail réduite.