ASSOCIATION BRUXELLOISE POUR LE BIEN-ÊTRE AU TRAVAIL **ABBET**

asss

Analyse participative des risques – Dossier de candidature 2022-2024

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 en collaboration avec l'Association Bruxelloise pour le Bien-Être au Travail, ABBET, pour soutenir les associations du secteur Social santé ambulatoire reconnues par la COCOF.

Une action est concernée par le présent formulaire :

- Analyse participative des risques

Toutes les modalités de ces actions BIEN-ETRE AU TRAVAIL sont disponibles dans cette brochure (lien) et pour soumettre votre candidature, nous vous invitons à remplir le Dossier de candidature « inscriptible »
ci-dessous et à le renvoyer à bet@apefasbl.org.

Il s'agit d'un dossier de candidature dit « **inscriptible** ».
Vous pouvez donc directement le compléter sans devoir l'imprimer.
À envoyer au plus tard 1 novembre 2024.

1. Coordonnées de l'institution

Nom de l'asbl			
ONSS			
Nom du service			
Agrément / sous-secteur			
Commission paritaire			
N° de téléphone		Adresse électronique	
Adresse postale			
# de travailleur·euses salarié·es au moment de la demande		# de travailleur·euses en équivalent temps plein	

☐ Déclare vouloir bénéficier d'un soutien financier dans le cadre d'une Analyse participative des risques

Type d'analyse :

- ○ Globale
- ○ Incendie
- ○ Electricité
- ○ Risques psychosociaux
- ○ Autre :

→ Le dossier doit être introduit au moins 1 mois avant le début de l'action et celle-ci peut être entreprise avant l'accord du Fonds.

ASSOCIATION BRUXELLOISE POUR LE BIEN-ÊTRE AU TRAVAIL ABBET

asss

2. Coordonnées des personnes de contact

Personne chargée du suivi de la demande	
Prénom	
Nom	
Fonction	
N° de téléphone	
Adresse électronique	
Conseiller.ère en prévention	
Prénom	
Nom	
Fonction	
N° de téléphone	
Adresse électronique	

3. Obligations légales mises en place au sein de l'institution

Y a-t-il au sein de l'institution un Conseiller.ère en prévention interne ?	Oui – Non
Dans l'affirmative, dispose-t-il.elle des connaissances de base sur le bien-être au travail ?	Oui – Non
Dans l'affirmative, a-t-il.elle suivi une formation reconnue par le SPF Emploi ?	Oui – Non
Y a-t-il au sein de votre institution une ou plusieurs personne(s) assumant le rôle de secouriste ?	Oui – Non
Sont-elles formées ?	Oui – Non
Y a-t-il au sein de votre institution au service interne de lutte contre l'incendie ?	Oui – Non
Dans l'affirmative, la personne a-t-elle suivi une formation ?	Oui – Non
Avez-vous réalisé une Analyse des risques globale au sein de votre institution ?	Oui – Non
Quelle est la date de réalisation de cette analyse ?	

4. Description et objectifs de l'analyse des risques

Motivation(s) de l'Analyse des risques[1]	
Intitulé/Sujet	
Contenu	
Méthode utilisée	
Objectifs	

[1] Exemple : injonction du contrôle Bien-être, demande d'intervention formelle au service externe, etc.

ASSOCIATION BRUXELLOISE POUR LE BIEN-ÊTRE AU TRAVAIL ABBET

asss

5. Identification de l'organisme externe menant l'analyse des risques et données financières

Nom et statut de l'organisme externe			
Motivations du choix			
Prénom de la personne intervenante		Nom de la personne intervenante	
Date de début		Date de fin	
# heures sur site prévues		# de séances prévues	
Coût de l'intervention		Montant demandé au Fonds	
Numéro de compte (IBAN)			

6. Si l'ensemble du personnel de l'institution ne participe pas à l'analyse des risques :

a. Pour quelle(s) raison(s), l'ensemble du personnel ne participe pas ?
b. Comment allez-vous les associer aux résultats de l'accompagnement ?

7. Consultation du personnel et concertation paritaire

→ En cas de présence, dans votre institution, d'une délégation syndicale interne, ou du Comité de Prévention et de Protection au Travail (CPPT), ou d'un Conseil d'Entreprise (CE).

► Informer l'ensemble du personnel et faire compléter par les représentants syndicaux l'avis suivant :

Avis syndical		Date :
NOM et Prénom	NOM et Prénom	NOM et Prénom
Signature	Signature	Signature
Mandat DS Interne ☐ - DS Inter-Centres ☐	Mandat DS Interne ☐ - DS Inter-Centres ☐	Mandat DS Interne ☐ - DS Inter-Centres ☐
Organisation syndicale CSC/CNE ☐ - SETCA/FGTB ☐ - CGSLB ☐	Organisation syndicale CSC/CNE ☐ - SETCA/FGTB ☐ - CGSLB ☐	Organisation syndicale CSC/CNE ☐ - SETCA/FGTB ☐ - CGSLB ☐

→ En cas d'absence, dans votre institution, d'une délégation syndicale interne, ou du Comité de Prévention et de Protection au Travail (CPPT), ou d'un Conseil d'Entreprise (CE).

► Compléter l'attestation sur l'honneur (ci-après) et envoyer le Dossier de demande à la délégation syndicale inter-centres par mail avec en copie bet@apefasbl.org.

Attestation sur l'honneur	
Prénom et NOM de la personne responsable	
☐ atteste sur l'honneur que l'ensemble du personnel de l'institution a été informé de la demande.	
Signature	

9. Annexes à fournir

☐ Lise du personnel participant à l'accompagnement

☐ Offre du service de l'organisme externe

☐ CV de la personne intervenante

Fait à ……., le … / … / …

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

ASSOCIATION BRUXELLOISE POUR LE BIEN-ÊTRE AU TRAVAIL **ABBET**

asss

Annexe 1 - Liste du personnel participant à l'analyse des risques (minimum 4 personnes salariées)

Nom	Prénom	Fonction	Niveau diplôme[2]	Statut[3]	Genre[4]	Nationalité[5]	D.d.n.[6]	Date d'entrée en service[5]	Régime de travail[7]	Région du domicile[8]	GAR[9]	# d'h prévues

[2] Niveau de diplôme : **CEB** (Certificat d'études de base - études primaires) ; **CESI** (Certificat d'études secondaires inférieures) ; **CE1D** (Certificat d'étude secondaire du 1er degré) ; **CE2D** (Certificat d'étude secondaire du 2ème degré) ; **CESS** (Certificat d'études secondaires supérieures) ; **SUP COURT** (Diplôme de l'Enseignement Supérieur de type court) ; **SUP LONG** (Diplôme de l'Enseignement Supérieur de type long).
[3] Statut : **SA** (salarié), **IND** (indépendant), **CA** (membre du conseil d'administration), **VT** (volontaire de terrain), **ST** (stagiaire). En cas de double statut, veuillez l'indiquer.
[4] Genre : **F** / **H** / **X**
[5] Nationalité : **B** (Belge), **UE** (Union européenne), **Hors UE** (hors Union européenne)
[6] Date de naissance : **JJ/MM/AAAA** (exemple : 15/03/2002)
[7] Régime de travail : **TP** (Temps plein) ; **MT** (Mi-temps) ; **MT < …< TP** (entre un mi-temps et un temps plein) ; **< MT** (moins qu'un mi-temps)
[8] Région du domicile : **B** (Bruxelles-Capitale) ; **W** (Région wallonne) ; **F** (Région flamande) ; **HBE** (Hors Belgique)
[9] Groupes à risque visées par l'arrêté royal du 19/02/13 : **A** (+ 50 ans) ; **B** (+ 40 ans et en préavis) ;**C** (moins d'1 an d'ancienneté et demandeur d'emploi inoccupé avant l'engagement) ; **D** (avec aptitude réduite au travail - handicap reconnu, inaptitude au travail définitive d'au moins 33%, bénéficiaire indemnité invalidité ou indemnité accident travail ou maladie professionnelle) ; **E** (moins de 26 ans qui suivent une formation en alternance (CEFA ou IFAPME) ou sont sous contrat PFI ou FPI ou en stage de transition ou en formation qualifiante de promotion sociale donnant max accès au CESS) **.**

ASSOCIATION BRUXELLOISE POUR LE BIEN-ÊTRE AU TRAVAIL ABBET

asss

Annexe 2 – Offre du service de l'organisme externe

Identité de l'organisme	
Adresse de l'organisme	
Statut de l'organisme (asbl, …)	
Identité de la personne intervenante	
Adresse électronique de la personne de contact	
Statut de la personne intervenante (salariée – indépendante- …)	
Contenu de l'intervention concernant l'analyse des risques	
Méthodologie de l'intervention	
Expérience de l'opérateur et de la personne intervenante par rapport à l'analyse des risques	
Planning de l'intervention (# heures et durée des séances, # total d'heures, dates de début et de fin)	
Nombre d'heures prestées au sein de l'institution pour préparer, réaliser l'analyse des risques et présenter les résultats	
Montant demandé pour les frais de prestation	
Montant demandé pour les frais de déplacement	