|  |  |
| --- | --- |
| DAX-SPF | i-sergen |

**Rapport annuel** **du** **service interne pour la prévention et la protection au travail**

#### Formulaire A - Exercice 2020

*Attention!*

*Ce formulaire A est destiné à être utilisé par un employeur ayant un service interne sans sections.*

*Le formulaire B est desiné à être utilisé par un employeur ayant un service interne au sein duquel sont créées des sections.*

*Le formulaire C est destiné au groupe d’employeurs qui organisent un service commun pour la prévention et la protection au travail, soit en application d’un arrêté royal pris sur base de l’article 38 de la loi du bien-être, soit en application de l’art. 50 de cette loi leur permettant de constituer une unité technique d’exploitation. Ce service commun peut avoir des sections ou non.*

*Pour remplir correctement ce formulaire, il est recommandé de lire attentivement la* [*notice explicative*](https://www.emploi.belgique.be/sites/default/files/content/documents/Bien-%C3%AAtre%20au%20travail/Proc%C3%A9dures%20et%20formulaires/note%20explicative_2020.pdf)*.*

*Tous les formulaires, ainsi que la notice explicative, sont disponibles sur* [*https://www.emploi.belgique.be/fr/rapport-annuel-du-service-interne-de-prevention-et-de-protection-au-travail-exercice-2020*](https://www.emploi.belgique.be/fr/rapport-annuel-du-service-interne-de-prevention-et-de-protection-au-travail-exercice-2019)

1 Données générales

* 1. Données d’identification de l'employeur

Dénomination officielle:

Raison sociale *(S.A. ou S.P.R.L. ou A.S.B.L. … )*:

Rue + n°:

Code postal:  Commune:

Numéro d’identification *(10 chiffres – n° TVA + «0» en avant)*:

🕿:  Fax:

Adresse électronique: **@**

Activité principale *(description)*:

Code NACE-BEL *(5 chiffres)*:

**Nombre de travailleurs** *(en 2020)*:

Gestionnaire *(nom et fonction)*:

*Si l’employeur a* ***plusieurs unités d’établissement****, remplir le tableau de l’annexe "unités"*

* 1. Données relatives au service interne pour la prévention et la protection au travail
     1. **Qui dirige le service interne de prévention et de protection au travail?**

Nom et prénom:

Tél.:

* + 1. **Quelle est la qualité de cette personne?** *(cocher la réponse adéquate)*

Gestionnaire de l’entreprise

Conseiller en prévention "sécurité du travail"

Conseiller en prévention "médecin du travail".

Donnez le nom du conseiller en prévention coordinateur "sécurité du travail":

* + 1. **Quel est le niveau de formation du conseiller en prévention "sécurité du travail"?** *(cocher la réponse adéquate)*

Formation de base

Niveau 2

Niveau 1

* + 1. **Quelle est la durée minimale des prestations comme conseiller en prévention de la personne qui dirige le service interne** *(en % équivalent temps plein)***?       %**
    2. **Le service compte-t-il d’autres conseillers en prévention?** *(cocher la réponse adéquate)*

Non

Oui

Si oui, nombre:

Durée totale de leurs prestations comme conseiller en prévention *(en % d'équivalent temps plein)*: **%**

* + 1. **Nom du médecin du travail:** *(cocher la réponse adéquate)*

Membre du personnel du service **interne** pour la prévention et la protection au travail

Membre du personnel du service **externe** pour la prévention et la protection au travail

* + 1. Donner l’adresse du service interne si elle diffère de l’adresse de l'employeur

Rue + n°:

Code postal:  Commune:

* + 1. Identité du service externe de prévention et de protection au travail:

1.3 Données relatives à l’organe de concertation pour la prévention et la protection au travail

1.3.1 Nature de l’organe de concertation: *(cocher la réponse adéquate)*

Comité pour la prévention et la protection au travail.

Délégation syndicale *(s’il n’y a pas de comité)*

Comité de concertation *(dans les services publics)*.

### Qui est le président du comité? *(cocher la réponse adéquate)*

Gestionnaire mentionné au point 1.1

Autre personne *(nom* *et fonction)*:

1.3.3 Nombres de réunions de l’organe de concertation:

2. Données statistiques

2.1 Nombre d’heures de travail réellement prestées:       (A)

2.2 Renseignements relatifs aux accidents sur le lieu de travail:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Accidents mortels | Accidents avec incapacité permanente | Accidents avec incapacité temporaire | Total | Formule |
| Nombre |  |  |  | (B) | = |
| Nombre de journées- calendrier perdues |  |  |  | (C) | = |
| Nombre de journées forfaitaires d’incapacité |  |  |  | (D) | = |

Nombre d’autres accidents ayant entraîné exclusivement des frais médicaux ou autres dans le cadre de la législation relative aux accidents de travail:

Nombre d’accidents bénins:

2.3 Renseignements relatifs aux accidents survenus sur le chemin du travail:

Nombre total: , dont  mortels

*Remplir l’annexe "statistiques" avec les statistiques détaillées concernant les accidents dans les différents unités d’établissement renseignés dans l’annexe "unités", où ont été prestées au moins* ***80.000*** *heures.*

2.4 Nombre d’heures de travail et d’accidents du travail de certaines catégories de travailleurs:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Heures de travail | Accidents du travail |
| a. Etudiants travailleurs |  |  |
| b. Travailleurs intérimaires |  |  |
| c. Travailleurs d’employeurs externes (travail par contrat) |  |  |

3 Renseignements relatifs à la sécurité du travail

3.1 Donner les mesures les plus importantes prises en 2020 pour promouvoir ou assurer la sécurité du travail *(consulter la note explicative)*:

|  |  |
| --- | --- |
| Mesures prises | Initiateur |
| a. |  |
| b. |  |
| c. |  |
| d. |  |
| e. |  |

3.2 Renseignements relatifs aux contrôles obligatoires:

|  |  |
| --- | --- |
| Genre des appareils et installations contrôlés | Nombre de visites de contrôle |
| Appareils de levage *(ascenseurs, grues, élévateurs ... )* |  |
| Installations électriques haute tension |  |
| Installations électriques basse tension |  |
| Appareils à vapeur |  |
| Autres *(préciser: harnais ou ceintures ou ...)*: |  |

3.3 Plan d'action annuel pour l’exercice en 2021

Donnez un aperçu des **cinq** principaux thèmes repris au plan d’action avec leur délai de réalisation *(consulter la note explicative)*:

|  |
| --- |
| a. |
| b. |
| c. |
| d. |
| e. |

3.4 Plan global de prévention

Disposez-vous d’un plan global de prévention écrit? *(cocher la réponse adéquate)*

Oui

Non

4 Renseignements relatifs à la santé et à l’hygiène au travail

4.1 Existe-t-il un inventaire amiante? *(cocher la réponse adéquate)*

Oui

Non

4.2 Les rapports suivants existent-ils (prière de les annexer)? *(cocher la réponse adéquate)*

Le(s) rapport(s) de visite des lieux de travail établis par le médecin du travail

Le(s) rapport(s) du service chargé de la surveillance médicale

5. Renseignements relatifs à la formation

**5.1 Principales initiatives prises par le service interne****:**

**5.2 Principales initiatives prises pour les membres du service interne:**

6 Renseignements relatifs à l’information du personnel

6.1 Nombre de rapports mensuels établis par le service interne:

6.2 A-t-on rédigé d'autres documents et a-t-on mené des actions d’information?

Non

Oui

Si oui, les citer:

# 7 Renseignements relatifs à la prévention des risques psychosociaux au travail

**7.1 Mesures de prévention collectives prises pour prévenir les risques psychosociaux au travail:**

* 1. **Nombre de demandes d’analyse de risques de situations de travail spécifiques**:

**7.3 Incidents de nature psychosociale communiqués directement à la personne de confiance ou au conseiller en prévention aspects psychosociaux:**

**7.3.1 Interventions psychosociales informelles:**

1. Nombre d’interventions de la personne de confiance:
2. Nombre d’interventions du conseiller en prévention aspects psychosociaux:
3. Nombre en fonction du type d’intervention:

c.1. Conseil - accueil:

c.2. Intervention:

c.3.Conciliation:

**7.3.2 Interventions psychosociales formelles:**

1. Nombre de demandes:

a.1. à caractère principalement collectif:

a.2. à caractère principalement individuel (hors faits de violence ou de harcèlement):

a.3. pour faits de violence ou de harcèlement au travail:

1. Nombre total de demandes d’intervention psychosociales formelles déposées à la suite d’une intervention informelle:
2. Nombre de mesures:

c.1. Mesures individuelles:

c.2. Mesures collectives:

c.3. Pas de mesures:

c.4. Intervention de l’inspection du Contrôle du Bien-être au travail:

**7.4 Registre des faits de tiers visé à l’article I.3-3 du code du bien-être au travail**

1. Nombre de faits enregistrés:
2. Nombre selon la nature des faits:

b.1. Violence physique:

b.2. Violence psychique:

b.3. Harcèlement moral:

b.4. Harcèlement sexuel:

b.5. Autres:

Date:

Le gestionnaire, Le conseiller en prévention

(chargé de la direction)

nom:  nom:

Annexe "unités": Liste des unités d’établissement de 10 travailleurs ou plus

| Numéro d'ordre de l’unité d’établisse-ment | Nom commercial | Adresse de l’unité d’établissement  *(rue - code postal - commune)* | Nombre de travailleurs | Code NACE-BEL ou description de l’activité principale | 🕿 - Fax – e-mail Gestionnaire  *(nom et fonction)* |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. |  |  |  |  | 🕿:  Fax:  E-mail:  Gestionnaire: |
| 2. |  |  |  |  | 🕿:  Fax:  E-mail:  Gestionnaire: |
| 3. |  |  |  |  | 🕿:  Fax:  E-mail:  Gestionnaire: |
| 4. |  |  |  |  | 🕿:  Fax:  E-mail:  Gestionnaire: |
| 5. |  |  |  |  | 🕿:  Fax:  E-mail:  Gestionnaire: |
| 6. |  |  |  |  | 🕿:  Fax:  E-mail:  Gestionnaire: |
| 7. |  |  |  |  | 🕿:  Fax:  E-mail:  Gestionnaire: |
| 8. |  |  |  |  | 🕿:  Fax:  E-mail:  Gestionnaire: |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 9. |  |  |  |  | 🕿:  Fax:  E-mail:  Gestionnaire: |

Annexe "statistiques": Liste détaillée des accidents du travail par unité d’établissement *(à donner seulement pour les unités d’établissement dans lesquelles sont prestées par tous les travailleurs de l’unité 80.000 heures de travail ou plus)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Numéro d'ordre de l’unité d’établissement | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | 1. Nombre d’heures prestées (A) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | 2. Nombre d’accidents mortels | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  | 3. Nombre d’accidents avec incapacité permanente | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 4. Nombre d’accidents avec incapacité temporaire | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 5. Nombre total d’accidents (B) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 6. Taux de fréquence (B x 1.000.000 / A) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 7. Nombre de journées-calendrier réellement perdues (accidents mortels) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 8. Nombre de journées-calendrier réellement perdues (accidents avec incapacité permanente) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | 9. Nombre de journées-calendrier réellement perdues (acc. avec incapacité temporaire) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | 10. Nombre de journées-calendrier réellement perdues (C) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | 11. Taux de gravité réel (C x 1.000 / A) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | 12. Nombre de journées forfaitaires d'incapacité (accidents mortels) | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 13. Nombre de journées forfaitaires d'incapacité (incapacité permanente) | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 14. Nombre total de journées forfaitaires d'incapacité (D) | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | 15. Taux de gravité global (C + D) x 1.000) / A | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | 16. Nombre d’autres accidents | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | 17. Nombre d’accidents bénins | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | 18. Nombre d’accidents sur le chemin du travail | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | 19. Nombre d’accidents mortels sur le chemin du travail | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |