

- Une garantie de qualité pour la collecte et l'exploitation des données économiques et sociales.
- Une restitution d'informations vers les entreprises partenaires.
- La Dares et l'Insee s'engagent au service de la collectivité et des entreprises.

Numéro identifiant :

Cette enquête a pour objectif de décrire l'organisation du travail et les conditions de travail dans votre établissement, notamment les risques physiques et psychiques auxquels sont exposés les salariés ainsi que les pratiques de prévention de ces risques.

**ATTENTION : ce questionnaire concerne votre ETABLISSEMENT\* (service ou direction). Les personnes les plus qualifiées pour répondre sont le responsable du personnel et/ou la direction générale.**

La notice explicative jointe peut vous aider dans votre réponse, vous y trouverez la définition des mots suivis d'une\*.

**Merci de compléter ou rectifier si nécessaire les informations ci-dessous :**

**Établissement :**

**Numéro Siret :**

**Si le Siret est incorrect, rectifiez =>**

**Activité en clair**

**Code APET**  **Si le code APET est incorrect, rectifiez =>**

**Statut juridique :**  Entreprise  Association  Autre, précisez :

**Convention collective majoritaire**

**Si incorrect, rectifiez =>**

**Si pas de convention collective, cochez**

Vu l'avis favorable du Conseil national de l'information statistique, cette enquête, reconnue d'intérêt général et de qualité statistique, est obligatoire, en application de la loi n° 51-711 du 7 juin 1951 modifiée sur l'obligation, la coordination et le secret en matière de statistiques. Visa n°2012X057TV du Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, valable pour la période de collecte 2012 - 2013. Aux termes de l'article 6 de la loi n° 51-711 du 7 juin 1951 modifiée sur l'obligation, la coordination et le secret en matière de statistiques, les renseignements transmis en réponse au présent questionnaire ne sauraient en aucun cas être utilisés à des fins de contrôle fiscal ou de répression économique. L'article 7 de la loi précitée stipule d'autre part que tout défaut de réponse ou une réponse sciemment inexacte peut entraîner l'application d'une amende administrative.

- Questionnaire confidentiel destiné à la DARES.

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, garantit aux personnes physiques concernées un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant. Ce droit peut être exercé auprès d'IPSOS.

#### A - Caractéristiques générales de l'établissement

**A1SP Depuis combien d'années cet établissement est-il en activité à cette adresse ?**

moins de 2 ans  2 à 4 ans  5 à 9 ans  10 à 19 ans  20 à 49 ans  50 ans ou plus

**A2SP Votre établissement ... (plusieurs réponses possibles)**

	Oui	Non
1. exerce en franchise*, appartient à un réseau d'enseignes*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. est lié à un groupement (GIE, association d'entreprises, centrale d'achat, concession, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. appartient à un groupe* français	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. appartient à un groupe* international	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. est totalement indépendant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. vous ne savez pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A3SP Dans son activité principale, diriez-vous que le marché ou le public de votre établissement est plutôt ...**  
(une seule réponse)

régional ou local ?  national ?  européen ?  international ?  Ne sait pas

**A4aSP Votre établissement travaille-t-il en sous-traitance\* pour un ou plusieurs clients donneurs d'ordres ?**

Oui  Non

**➤ Si oui : A4bSP Quelle est la part du chiffre d'affaires effectuée en sous-traitance\* ?**

90% ou plus  50 % à 89 %  25 % à 49 %  10 % à 24 %  Moins de 10 %  Ne sait pas

**A5SP Les trois principaux clients de votre établissement représentent-ils plus de 30 % de votre chiffre d'affaires ?**

Oui  Non  Sans objet (pas de client)  Ne sait pas

**A6SP Votre établissement fournit-il ses produits ou services directement à des particuliers ?**

Oui  Non

**A7aSP Votre établissement fournit-il ses produits ou services à d'autres établissements ou entreprises ?**

Oui  Non

**➤ Si oui : A7bSP Le plus gros client\* de votre établissement appartient-il au même groupe ou réseau que votre établissement ?**

Oui  Non  Sans objet (n'appartient pas à un groupe)

**A8SP Les trois principaux fournisseurs de votre établissement représentent-ils plus de 30 % des montants de vos achats (hors frais fixes) ?**

Oui  Non  Ne sait pas

**A9SP** Le plus gros fournisseur\* de votre établissement appartient-il au même groupe ou au même réseau que votre établissement ?

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Sans objet (n'appartient pas à un groupe)
------------------------------	------------------------------	--

**A10aSP** Votre établissement a-t-il eu lui-même recours à la sous-traitance l'année dernière pour votre activité principale (cœur de métier) ?

Oui  Non

► Si recours à la sous-traitance (A10aSP = « Oui »)

**A10bSP** Quelle est approximativement la part des dépenses de sous-traitance relativement à votre chiffre d'affaires ?

<input type="checkbox"/> Plus de 20 %	<input type="checkbox"/> Entre 2 % et 9 %	<input type="checkbox"/> Sans objet (pas de sous-traitance pour le cœur de métier)
<input type="checkbox"/> Entre 10 % et 19 %	<input type="checkbox"/> Moins de 2 %	<input type="checkbox"/> Ne sait pas

## B - Gestion de la main d'œuvre

**B0SP** Combien votre établissement emploie-t-il de personnes ?  
(effectif rémunéré le mois précédant l'enquête)

□ □ □ □ □ □

**B1SP** Cet établissement fonctionne-t-il...

	Jamais	Parfois	Régulièrement	==>Si régulièrement : part approximative du personnel concerné
1. le samedi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□ □ □ □ %
2. le dimanche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□ □ □ □ %

**B2SP** Certaines catégories de personnel (à l'exception du personnel de gardiennage et de maintenance) sont-elles soumises, en dehors des horaires habituels, à ...

	Oui	Non
1. des permanences sur le site pour répondre à la clientèle, aux usagers ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. des permanences sur le site pour surveiller un processus de production, une activité de l'établissement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. des astreintes en dehors du lieu habituel de travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B3aSP** Au cours des douze derniers mois, cet établissement a-t-il connu un plan de réduction des effectifs ou des licenciements collectifs ?

Oui  Non

► Si oui : **B3bSP** Ces licenciements collectifs ou ce plan de réduction d'effectifs ont-ils donné lieu à un accompagnement spécifique des salariés concernés, financé par l'établissement (formation, aide à la recherche d'emploi, etc.) ?

<input type="checkbox"/> Oui, mis en œuvre uniquement par le service du personnel (DRH...)
<input type="checkbox"/> Oui, avec un appui extérieur à l'entreprise (cellule de reclassement,...)
<input type="checkbox"/> Non

**B3cSP** Combien de postes ont-ils été supprimés ?

□ □ □ □ □ □

**B4SP** Dans votre établissement ou votre entreprise y a-t-il un service des ressources humaines ou de gestion du personnel ?

<input type="checkbox"/> Oui, dans l'établissement
<input type="checkbox"/> Oui, au siège social (si entreprise multi-établissement)
<input type="checkbox"/> Non

**B5aSP** Dans votre établissement les salariés ont-ils un entretien annuel d'évaluation ?

<input type="checkbox"/> Oui, tous les salariés	<input type="checkbox"/> Oui, certains salariés (cadres...)	<input type="checkbox"/> Non ► passez à la question à B6SP
---	---	--

► Si oui : **B5bSP** Ces entretiens comportent-ils un objectif individuel ?

<input type="checkbox"/> Oui, pour tous les salariés	<input type="checkbox"/> Oui, pour certains salariés	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
--	--	------------------------------	--------------------------------------

**B5cSP** Ces entretiens comportent-ils un objectif au niveau de l'équipe ?

<input type="checkbox"/> Oui, pour tous les salariés	<input type="checkbox"/> Oui, pour certains salariés	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
--	--	------------------------------	--------------------------------------

**B6SP Les salariés de votre établissement sont-ils couverts par ...**

1. un accord d'intéressement/participation ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non, mais en cours
2. un plan d'épargne d'entreprise ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non, mais en cours

**B7aSP Certains de vos salariés travaillent-ils en forfait-jour\* ?** Oui  Non**► Si oui :** **B7bSP Quel est approximativement le nombre de salariés concernés** (y compris étudiants en forfait heures annualisées) ?

en effectif absolu       **ou bien** en pourcentage    %

**B8SP L'année dernière, quelle a été approximativement l'importance des dépenses globales de formation par rapport à la masse salariale de l'établissement ?**

<input type="checkbox"/> Moins de 1,5%	<input type="checkbox"/> De 1,5 à 2%	<input type="checkbox"/> De 2,1 à 3%	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
<input type="checkbox"/> De 3,1 à 4%	<input type="checkbox"/> De 4,1 à 6%	<input type="checkbox"/> Plus de 6%	

**B9aSP Au cours des 12 derniers mois, avez-vous connu des difficultés à recruter sur certains postes vacants ?** Oui  Non  
 Sans objet (pas de postes vacants)**► Si oui :** **B9bSP Pour quelles raisons ?**

	Oui	Non
1. Il y a pénurie de personnes qualifiées pour le type de poste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le salaire que vous proposiez n'était pas attractif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Les conditions de travail étaient jugées difficiles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Pour d'autres raisons, précisez : .....		

**C - Organisation du travail/Dispositifs organisationnels****C1SP L'activité de cet établissement connaît-elle des fluctuations ?**

	Oui	Non
1. Annuelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Saisonnières	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hebdomadaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**C2SP Au cours des douze derniers mois, avez-vous eu à faire face à des variations importantes de votre activité ?**

<input type="checkbox"/> Oui, uniquement une variation à la hausse	<input type="checkbox"/> Oui, des variations à la hausse et à la baisse
<input type="checkbox"/> Oui, uniquement une variation à la baisse	<input type="checkbox"/> Non

**C3SP Au cours des douze derniers mois, avez-vous eu recours aux outils d'ajustement du volume de travail suivants** (plusieurs réponses possibles) :**C3aSP • Outils permettant de diminuer la durée du travail**

	Oui	Non
1. Réduction du volume d'heures supplémentaires et/ou complémentaires*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Périodes basses de modulation/annualisation*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Obligation pour les salariés de prendre des jours de congés, de RTT ou des jours sur un compte épargne-temps (CET)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Chômage partiel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**• Outils impliquant une diminution des effectifs**

	Oui	Non
5. Non remplacement des départs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Licenciements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Non-renouvellement ou baisse des embauches en CDD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Diminution du recours à l'intérim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Diminution du nombre d'équipes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Diminution de la sous-traitance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**C3bSP • Outils permettant d'augmenter la durée du travail**

	Oui	Non
1. Recours accru aux heures supplémentaires et/ou complémentaires*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Périodes hautes de modulation/annualisation*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jours de congés ou de RTT refusés aux salariés, obligation d'alimenter leur compte épargne-temps (CET)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• **Outils impliquant une augmentation des effectifs**

	Oui	Non
4. Augmentation du nombre de salariés en CDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Augmentation du nombre de CDD (dont « extras », vacataires, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Recours accru à l'intérim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mise en place d'équipes ponctuelles ou supplémentaires (de nuit) ou de suppléance (VSD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Recours accru à la sous-traitance*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Recours accru au portage salarial*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Filtre : Etablissements de moins de 20 salariés, passer à C5SP**

**C4SP Qui, dans votre établissement ... (plusieurs réponses possibles)**

	La hiérarchie	Les salariés eux-mêmes	Des intervenants extérieurs	Des clients	Autres	Non concerné
1. définit les procédures et les modes opératoires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. détermine les horaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. détermine la durée et les types d'aménagement du temps de travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. répartit le travail au sein des équipes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. effectue la maintenance des machines et des outils ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. forme les salariés ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. contrôle les résultats du travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**C5SP Dans son activité courante, votre établissement utilise-t-il les dispositifs organisationnels suivants, et depuis combien de temps ?**

	Oui, depuis 3 ans ou plus	Oui, depuis - de 3 ans	Non
1. La certification ou l'accréditation portant sur le système qualité, les compétences techniques ou la sécurité (ex : ISO9001*, EAQF*, )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Des normes ou des référentiels formalisés sur le management de la santé et de la sécurité au travail (Ex : BS 8800, OHSAS 18001, ILO/OHS 2001)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. La certification portant sur l'environnement ou label éthique (ex : ISO 14001*, AB-agriculture biologique, commerce équitable, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Les méthodes formalisées de résolution de problèmes, analyse de la valeur, analyse fonctionnelle*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Les équipes ou groupes de travail autonomes*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le flux tendu*, juste à temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Les outils de traçabilité* (des produits, des processus, RFID*)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Un outil/logiciel d'optimisation de la chaîne logistique*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Rotation des postes de travail, polyvalence systématisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**C6SP Au cours des trois dernières années, l'entreprise à laquelle appartient votre établissement a-t-elle connu ...**

	Oui	Non
1. une fusion ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. une restructuration ayant induit un changement d'organigramme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. un changement d'actionnaire majoritaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. un déménagement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. d'autres changements ? Précisez : .....		

**D - Informatique - utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC)**

**D1SP Quel est le pourcentage de salariés qui utilisent pour leur travail ...**

	non utilisé	moins de 10%	10% à 50%	50% et +	ne sait pas
1. un ordinateur non connecté à un réseau	<input type="checkbox"/>				
2. un écran dédié à certaines fonctions seulement (terminal de banque, de caisse...)	<input type="checkbox"/>				
3. un ordinateur en réseau	<input type="checkbox"/>				
4. un accès Internet	<input type="checkbox"/>				
5. un progiciel de gestion intégré (PGI* ou ERP en anglais), un workflow*	<input type="checkbox"/>				

**D2aSP L'établissement fournit-il à certains salariés des outils de travail à distance (smartphone, clé 3G, connexion à distance) ?**

Oui  Non  Ne sait pas

► **Si oui : D2bSP Combien approximativement de salariés sont-ils concernés ?**

en effectif absolu       **ou** en pourcentage     %

**D3aSP** Certains salariés pratiquent-ils le télétravail, c'est-à-dire effectuent leurs tâches à distance, pendant leurs horaires habituels de travail, en se connectant au système informatique de l'établissement ?

Oui  Non

► **Si oui :** **D3bSP** Quelle est approximativement le nombre de salariés concernés par le télétravail ?

en effectif absolu       **ou** en pourcentage     %

**D4SP** Utilisez-vous un dispositif informatique de suivi de l'activité des salariés ? (géolocalisation, reporting\*, enregistrement de l'activité - ne pas prendre en compte les dispositifs uniquement dédiés au suivi des horaires)

Oui  Non

## E - Gestion générale de la santé et de la sécurité dans l'établissement

**E1SP** Certains des salariés de l'établissement ont-ils été exposés au cours des 12 derniers mois (qu'ils utilisent ou non des protections) ...

	+ de 50% des salariés	10 à 50% des salariés	très peu de salariés	aucun salarié	ne sait pas
1. à la manutention manuelle de charges lourdes	<input type="checkbox"/>				
2. à des postures pénibles	<input type="checkbox"/>				
3. à des agents chimiques dangereux (y compris poussières, fumées...)	<input type="checkbox"/>				
4. à des températures extrêmes	<input type="checkbox"/>				
5. à des bruits supérieurs à 85 dB, des vibrations mécaniques	<input type="checkbox"/>				
6. au travail de nuit (entre 21h et 6h)	<input type="checkbox"/>				
7. au travail en équipes alternantes	<input type="checkbox"/>				
8. au travail à la chaîne, à un travail répétitif	<input type="checkbox"/>				
9. à au moins une de ces expositions	<input type="checkbox"/>				

**E2SP** Au cours des douze derniers mois avez-vous délivré à certains salariés une fiche ou une attestation d'exposition à un produit chimique dangereux ?

Oui  Non  Ne sait pas

**E3aSP** Les salariés de votre établissement ont-ils accès à des équipements de protection individuelle (EPI) ? (par exemple : gants, lunettes, casques, chaussures de sécurité...)

Oui  Non  Ne sait pas

► **Si oui :** **E3bSP** A votre connaissance, les salariés utilisent-ils ces protections individuelles quand ce serait nécessaire ?

Toujours  Souvent  Parfois  Jamais  Ne sait pas

**E4aSP** Dans votre établissement, existe-t-il des protections collectives ?

(par exemple : barrières de sécurité, aspiration de fumées, carter sur une machine, capot insonorisant...)

Oui  Non  Sans objet (Non concerné)  Ne sait pas

► **Si oui :** **E4bSP** A votre connaissance, les salariés utilisent-ils ces protections collectives quand ce serait nécessaire ?

Toujours  Souvent  Parfois  Jamais  Ne sait pas

**E5aSP** Au cours des 12 derniers mois votre établissement a-t-il remplacé un équipement de travail dangereux ou une matière première dangereuse par un équipement ou une matière moins dangereuse ?

Oui  Non  Ne sait pas

► **Si oui :** **E5bSP** Précisez : .....

**E6aSP** Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il eu un ou plusieurs accidents du travail ayant occasionné un arrêt de travail ? (y compris accidents routiers mais hors accidents de trajet domicile-travail)

Oui  Non

► **Si oui :** **E6bSP** Combien d'accidents ?

Ne sait pas

**E6cSP** Concernant l'accident du travail le plus grave (en nombre de jours d'arrêt), intervenu au cours des 12 derniers mois, avez-vous procédé à une analyse formalisée des causes de l'accident ? (plusieurs réponses possibles)

Avec le salarié et/ou des collègues de son équipe  Avec le personnel d'encadrement  Non, pas d'analyse des causes  Ne sait pas  
 Avec le CHSCT\* ou un délégué du personnel  Avec un organisme de prévention

**E6dSP** Quelle(s) mesure(s) avez-vous prise(s) pour que ce type d'accident de travail ne se reproduise pas ?

**en clair :** .....

**E7SP** Au cours des 12 derniers mois, l'un de vos salariés a-t-il bénéficié d'une reconnaissance de maladie professionnelle par la sécurité sociale ?

Oui  Non

► **Si oui :** **E7bSP** A la suite de cela avez-vous pris des mesures nouvelles pour limiter le risque de maladie ?

Oui  Non  
 Ne sait pas

► **Si oui, lesquelles ?** **E7cSP** .....

**E8SP** En matière de médecine du travail, votre établissement bénéficie-t-il ...

	Oui	Non
1. d'un service autonome de médecine du travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. d'un service inter-entreprise de médecine du travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. autre ? Précisez : .....		

**E9SP** Dans votre établissement, combien de salariés sont-ils soumis à une surveillance médicale renforcée\* ?

□ □ □ □ □

**E10SP** Au cours des 12 derniers mois, un ou des salariés ont-ils interrompu ou refusé une tâche pour préserver leur santé ou leur sécurité (droit de retrait) ?

<input type="checkbox"/> Oui, à plusieurs reprises	<input type="checkbox"/> Oui, une fois	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
--	--	------------------------------	--------------------------------------

**E11SP** Quelles sont les motivations qui incitent votre établissement à développer la prévention des risques professionnels ?

	C'est une motivation primordiale	C'est une motivation secondaire	Cela ne joue pas
1. Respect des obligations légales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Demandes des salariés ou de leurs représentants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fidélisation du personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Cotisations sociales majorées en cas d'accident ou maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Désorganisation, absentéisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Exigences de clients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Réputation de l'entreprise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Exigences d'autorités supérieures (siège social, tutelle, groupe...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Autres, précisez : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**E12SP** Au cours des 12 derniers mois votre établissement a-t-il bénéficié de conseils sur la santé et la sécurité de la part des organismes ou institutions suivants ?

	Oui	Non
1. Organisme de prévention de la sécurité sociale (INRS*, CARSAT (ex-CRAM)*)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Services de santé au travail/médecine du travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Inspection du travail, inspection des installations classées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Organisation patronale, OPPBTP*, chambre des métiers, CCI*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ANACT/ARACT*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Spécialistes externes en matière de santé et sécurité (OPRI*, consultants, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**E13aSP** Un document unique d'évaluation des risques a-t-il été élaboré ou actualisé pour votre établissement au cours des 12 derniers mois ?

Oui  Non

► **Si oui :** **E13bSP** Qui a coordonné la rédaction de ce document ? (une seule réponse possible)

<input type="checkbox"/> Vous ou quelqu'un de votre établissement/entreprise
<input type="checkbox"/> Un préventeur institutionnel (médecin du travail-service de santé au travail, OPPBTP*, CARSAT (ex-CRAM)*)
<input type="checkbox"/> Un consultant privé
<input type="checkbox"/> Un conseiller de votre fédération professionnelle, de la chambre des métiers, d'un groupement d'employeur, ...
<input type="checkbox"/> Autre, précisez : .....

**E13cSP** L'évaluation des risques psychosociaux a-t-elle été intégrée à ce document ?

Oui  Non

**E13dSP** Avez-vous porté ce document à la connaissance de l'ensemble du personnel ?

Oui  Non

**E14SP Par rapport aux risques professionnels dans votre établissement, avez-vous, au cours des 12 derniers mois ...**  
(plusieurs réponses possibles)

<input type="checkbox"/> 1. poursuivi les actions antérieures de prévention
<input type="checkbox"/> 2. élaboré un nouveau plan de prévention
<input type="checkbox"/> 3. modifié l'organisation du travail
<input type="checkbox"/> 4. modifié les locaux de travail, les équipements de travail ou les produits utilisés
<input type="checkbox"/> 5. mis à disposition de nouveaux équipements de protection individuelle
<input type="checkbox"/> 6. développé la formation à la sécurité du personnel
<input type="checkbox"/> 7. autre, précisez : .....
.....

## F - Les risques psychosociaux et leur gestion dans l'établissement

**F1SP Selon vous, combien de salariés de votre établissement sont exposés à ...**

	+ de 50% des salariés	10 à 50% des salariés	très peu de salariés	aucun salarié	ne sait pas
1. la nécessité de travailler dans l'urgence	<input type="checkbox"/>				
2. le sentiment de ne pas pouvoir faire un travail de qualité	<input type="checkbox"/>				
3. des tensions entre collègues	<input type="checkbox"/>				
4. des tensions avec la hiérarchie	<input type="checkbox"/>				
5. des tensions avec le public, la clientèle	<input type="checkbox"/>				
6. la crainte de se retrouver au chômage	<input type="checkbox"/>				
7. des horaires de travail imprévisibles	<input type="checkbox"/>				
8. une charge de travail trop importante	<input type="checkbox"/>				

**F2aSP Concernant le stress ou le mal-être au travail, au cours des 3 dernières années, votre établissement a-t-il mis en place une ou plusieurs des procédures suivantes ?**

	Oui	Non
1. Signalement de salariés en situation de risque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Assistance aux salariés, de manière confidentielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Signalement de salariés ayant des conduites addictives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Audit, expertise d'un cabinet spécialisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Formation spécifique des managers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Formation spécifique des salariés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Aménagement des horaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Modification de l'organisation du travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Procédures de résolution des conflits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Autres, précisez : .....		
.....		

➤ **S'il y a eu une ou plusieurs formations du personnel encadrant et/ou des salariés :**

**F2bSP Par qui cette ou ces formations ont-elles été dispensées ?** (une ou plusieurs réponses)

	Oui	Non
1. Un organisme de prévention de la sécurité sociale (INRS*, CARSAT (ex-CRAM)*)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. L'OPPBT*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Les services de santé au travail/la médecine du travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. L'inspection du travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Les organisations patronales, chambre des métiers, CCI*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. L'ANACT/ARACT*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Un spécialiste externe en matière de santé et sécurité (consultants,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## G - Représentation des salariés

### G1SP Cet établissement est-il couvert par...

	Oui	Non
1. un comité d'entreprise ou d'établissement (ou une délégation unique du personnel) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. des délégués du personnel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. un ou des délégués syndicaux (ou représentant de section syndicale) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**G1bSP Cet établissement est-il couvert par un CHSCT (Comité Hygiène Sécurité Conditions de Travail) ?**  Oui  Non

► **Si oui:** **G2SP Combien de fois s'est-il réuni au cours des 12 derniers mois ?**

<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> 1 fois	<input type="checkbox"/> 2 fois	<input type="checkbox"/> 3 fois	<input type="checkbox"/> 4 fois	<input type="checkbox"/> Plus de 4 fois	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---	--------------------------------------

### G3SP La direction adresse-t-elle au CHSCT un tableau ou une note écrite de suivi de la prévention ?

<input type="checkbox"/> Oui, régulièrement	<input type="checkbox"/> Oui, occasionnellement	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
---	---	------------------------------	--------------------------------------

**G4SP Au cours des 12 derniers mois, y-a-t-il eu une négociation, dans l'établissement ou dans l'entreprise, concernant la question des conditions de travail ?**  Oui  Non  Ne sait pas

### G5SP Comment qualifieriez-vous le climat social dans l'établissement ?

<input type="checkbox"/> Très calme	<input type="checkbox"/> Plutôt calme	<input type="checkbox"/> Plutôt tendu	<input type="checkbox"/> Très tendu	<input type="checkbox"/> Autre, précisez : .....
-------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	--

### G6SP Au cours des 12 derniers mois, des salariés de votre établissement ont-ils fait grève ...

	Oui	Non
1. en raison de conflits internes à l'établissement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. en raison d'un mot d'ordre extérieur à l'établissement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### G7aSP Au cours des 12 derniers mois, des propositions sur les conditions de travail ou la sécurité ont-elles été exprimées par les représentants du personnel en CHSCT ou en réunion de délégués du personnel ?

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Sans objet (pas de représentation du personnel)	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
------------------------------	------------------------------	--	--------------------------------------

► **Si oui:** **G7bSP Ont-elles été adoptées et mises en œuvre ?**

<input type="checkbox"/> Oui, la plupart des propositions	<input type="checkbox"/> Oui, certaines propositions	<input type="checkbox"/> Non, aucune proposition	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
---	--	--	--------------------------------------

### G8SP L'année dernière, quel a été approximativement le nombre moyen en équivalent temps plein \* ...

1. de salariés intérimaires ?	_ _ _ ,  _ _
2. de salariés d'entreprises sous-traitantes travaillant dans votre établissement (sous-traitance sur site) ?	_ _ _ ,  _ _

### G9SP Sur les 12 derniers mois, l'effectif total de l'établissement ...

<input type="checkbox"/> a diminué	<input type="checkbox"/> a augmenté	<input type="checkbox"/> est resté à peu près le même
------------------------------------	-------------------------------------	---

### MERCİ D'AVOİR RÉPONDU À CE QUESTIONNAİRE.

#### Pour la personne ayant rempli la majeure partie du questionnaire :

- fonction au sein de l'établissement .....
- ancienneté dans l'établissement |\_|\_| années |\_|\_| mois
- Sexe  H  F
- Age  moins de 30 ans  30 à 49 ans  50 ans ou plus

#### Si une ou plusieurs autres personnes ont contribué à répondre :

- Personne 1 : quelle est sa fonction ? .....
- Cette personne travaille  dans ce même établissement  non, mais dans l'entreprise  est extérieure à l'entreprise.
- Personne 2 : quelle est sa fonction ? .....
- Cette personne travaille  dans ce même établissement  non, mais dans l'entreprise  est extérieure à l'entreprise.

**G18SP Veuillez indiquer le temps que vous a pris la réponse à ce questionnaire.** |\_|\_| heures |\_|\_| minutes.  
(y compris la recherche des données)

**Merci de retourner ce document à IPSOS dans l'enveloppe T jointe.**