



<b>A5M.</b> Les trois principaux clients de votre établissement représentent-ils plus du quart de votre chiffre d'affaires ?	1 <input type="checkbox"/> Oui	2 <input type="checkbox"/> Non	3 <input type="checkbox"/> Sans objet (Pas de client)	4 <input type="checkbox"/> Ne sait pas
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------------------------	----------------------------------------

<b>A6M.</b> Votre établissement fournit-il ses produits ou services directement à des particuliers ?	Oui 1 <input type="checkbox"/>	Non 2 <input type="checkbox"/>
------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

<b>A7Ma.</b> Votre établissement fournit-il ses produits ou services à d'autres établissements ou entreprises ?	Oui 1 <input type="checkbox"/>	Non 2 <input type="checkbox"/>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

► **Si Oui :**

<b>A7Mb.</b> Le plus gros client* de votre établissement appartient-il au même groupe ou réseau que votre établissement ?	1 <input type="checkbox"/> Oui	2 <input type="checkbox"/> Non	3 <input type="checkbox"/> Sans objet (n'appartient pas à un groupe)
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	----------------------------------------------------------------------

<b>A8M.</b> Pour entrer en relation avec vos clients, utilisez-vous les services d'une plateforme numérique extérieure qui apporte plus du quart de votre chiffre d'affaires ?	Oui 1 <input type="checkbox"/>	Non 2 <input type="checkbox"/>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

<b>A9M.</b> Les trois principaux fournisseurs de votre établissement représentent-ils plus du quart des montants de vos achats (hors frais fixes) ?	1 <input type="checkbox"/> Oui	2 <input type="checkbox"/> Non	3 <input type="checkbox"/> Ne sait pas	4 <input type="checkbox"/> Non concerné
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	----------------------------------------	-----------------------------------------

<b>A10M.</b> Le plus gros fournisseur* de votre établissement appartient-il au même groupe ou au même réseau que votre établissement ?	1 <input type="checkbox"/> Oui	2 <input type="checkbox"/> Non	3 <input type="checkbox"/> Sans objet (n'appartient pas à un groupe)
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	----------------------------------------------------------------------

<b>A11Ma.</b> Votre établissement a-t-il eu lui-même recours à la sous-traitance l'année dernière pour votre activité principale (cœur de métier) ?	Oui 1 <input type="checkbox"/>	Non 2 <input type="checkbox"/>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

► **Si Oui :**

<b>A11Mb.</b> Quelle est approximativement la part des dépenses de <u>sous-traitance</u> relativement à votre chiffre d'affaires ?	1 <input type="checkbox"/> Plus de 20%	2 <input type="checkbox"/> Entre 10% et 19%	3 <input type="checkbox"/> Entre 2% et 9%	4 <input type="checkbox"/> Moins de 2%	5 <input type="checkbox"/> Sans objet (pas de sous-traitance pour le cœur de métier)	6 <input type="checkbox"/> Ne sait pas
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------	---------------------------------------------	-------------------------------------------	----------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------

## B - Gestion de la main d'œuvre

<b>B1M.</b> Combien votre établissement emploie-t-il de personnes ? (effectif rémunéré le mois précédant l'enquête)	_ _ _ _ _
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

<b>B2M.</b> L'année dernière, quel a été <u>approximativement</u> le nombre moyen en équivalent temps plein* :	
1. De salariés intérimaires ?	_ _ _
2. De salariés en portage salarial* ?	_ _ _
3. De salariés d'entreprises sous-traitantes travaillant dans votre établissement (sous-traitance sur site) ?	_ _ _

<b>B3Ma.</b> Au cours de l'année 2018, avez-vous eu des prestataires travaillant pour votre établissement en tant qu'auto-entrepreneurs ?	Oui 1 <input type="checkbox"/>	Non 2 <input type="checkbox"/>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

► **Si Oui :** **B3Mb.** Combien de prestataires ? |\_|\_|\_|

<b>B4Ma.</b> Cet établissement (à cette adresse) fonctionne-t-il le dimanche ?	Oui 1 <input type="checkbox"/>	Non 2 <input type="checkbox"/>
--------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

► **Si Oui :** **B4Mb.** Combien de dimanche par an ? |\_|\_|\_|

<b>B5M.</b> Au cours des 12 derniers mois, l'effectif total de l'établissement :	1 <input type="checkbox"/> A diminué	2 <input type="checkbox"/> A augmenté	3 <input type="checkbox"/> Est resté à peu près le même
----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------------------------

<b>B6M.</b> Au cours des 12 derniers mois, votre établissement a-t-il connu un plan de réduction des effectifs ou des licenciements collectifs ?	Oui 1 <input type="checkbox"/>	Non 2 <input type="checkbox"/>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

<b>B7Ma.</b> Dans votre établissement y a-t-il un service de ressources humaines ou de gestion du personnel ?	1 <input type="checkbox"/> Oui, dans le service / la direction	2 <input type="checkbox"/> Oui, au siège social (si l'établissement n'est pas le siège)	3 <input type="checkbox"/> Non, mais ce service est externalisé	4 <input type="checkbox"/> Non, il n'y a pas de service RH
► <b>Si Oui :</b> <b>B7Mb.</b> La DRH est-elle représentée dans le comité de direction ?	1 <input type="checkbox"/> Oui	2 <input type="checkbox"/> Non		

**B8Ma.** Dans votre établissement les salariés ont-ils un entretien annuel d'évaluation ?  
 1  Oui, tous les salariés      2  Oui, certains salariés (*cadres, etc.*)      3  Non      ➤ *Si Non, allez à la question B9Ma*

➤ *Si Oui :* **B8Mb.** Ces entretiens comportent-ils un ou des objectif(s) individuel(s) chiffré(s) ?  
 1  Oui, pour tous les salariés      2  Oui, pour certains salariés      3  Non      4  Ne sait pas

➤ *Si Oui :* **B8Mb2.** Ces objectifs individuels sont-ils :  
 (*1 seule réponse possible*)  
 1  décidés principalement par la hiérarchie ou le client      2  discutés entre le salarié et sa hiérarchie      3  décidés principalement par le salarié      4  Ne sait pas

➤ *Si Oui :* **B8Mc.** Ces entretiens comportent-ils un ou des objectif(s) chiffré(s) au niveau de l'équipe ?  
 1  Oui, pour tous les salariés      2  Oui, pour certains salariés      3  Non      4  Ne sait pas

➤ *Si Oui :* **B8Mc2.** Ces objectifs au niveau de l'équipe sont-ils :  
 (*1 seule réponse possible*)  
 1  décidés principalement par la hiérarchie ou le client      2  discutés entre l'équipe et sa hiérarchie      3  décidés principalement au sein de l'équipe      4  Ne sait pas

**B9Ma.** Au cours des 12 derniers mois, avez-vous connu des difficultés à recruter sur certains postes vacants ?  
 1  Oui      2  Non      3  Sans Objet (pas de recrutement)

➤ *Si Oui :* **B9Mb.** Pour quelles raisons ?  
 (*Plusieurs réponses possibles*)

1. Il y a pénurie de personnes qualifiées pour le type de poste      1  Oui      2  Non  
 2. Le salaire que vous proposiez n'était pas attractif      1  Oui      2  Non  
 3. Les conditions de travail étaient jugées difficiles      1  Oui      2  Non  
 4. Pour d'autres raisons      1  Oui      2  Non

➤ *Si pour d'autres raisons :* **B9Mc.** Précisez : .....

	Oui	Non
<b>B10Ma</b> Avez-vous eu des difficultés à retenir certains profils de salariés présents dans cet établissement ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
➤ <i>Si Oui :</i> <b>B10Mb.</b> Quels types de profils sont concernés ?..... ..... ..... .....		

**B11M.** L'année dernière, quelle a été approximativement l'importance des dépenses globales de formation par rapport à la masse salariale de l'établissement ?

1  Moins de 1,5%      3  De 2,1 à 3%      5  De 4,1 à 6%      7  Ne sait pas  
 2  De 1,5 à 2%      4  De 3,1 à 4%      6  Plus de 6%

## C - Organisation du travail et dispositifs organisationnels

**C1M.** L'activité de cet établissement connaît-elle des fluctuations ?

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

**C2M.** Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu à faire face à des variations importantes de votre activité ?

1  Oui, uniquement une variation à la hausse      3  Oui, des variations à la hausse et à la baisse  
 2  Oui, uniquement une variation à la baisse      4  Non

➤ *Pour les établissements de moins de 20 salariés, passez directement à la question C4M.*

**C3M.** 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 ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
2. détermine les horaires ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
3. répartit le travail au sein des équipes ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
4. effectue la maintenance des machines et des outils ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
5. forme les salariés ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
6. contrôle les résultats du travail ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

<b>C4M. Dans son activité courante, votre établissement utilise-t-il les dispositifs organisationnels suivants, et depuis combien de temps ?</b>	Oui, depuis 3 ans ou plus	Oui, depuis moins de 3 ans	Non
1. La certification ou l'accréditation portant sur le système qualité, les compétences techniques ou la sécurité (ex : ISO9001*, EAQF*)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <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, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
3. La certification portant sur l'environnement ou label éthique (ex : ISO 14001*, AB, commerce équitable, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4. Les méthodes formalisées d'amélioration continue de la qualité (Kaisen)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
5. Les équipes ou groupes de travail autonomes*	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
6. Les outils de traçabilité* (des produits, des processus, RFID*)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
7. Un outil / logiciel d'optimisation de la chaîne logistique*	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
8. Un progiciel de gestion intégré (PGI* ou ERP en anglais, un workflow*)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
9. La rotation des postes de travail, la polyvalence systématisée	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
10. Un réseau social d'entreprise, ouvert aux clients et usagers (ex : facebook)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
11. Un blog interne, un forum d'entreprise	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
12. Un système « lean* » de production ou de gestion	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
13. Un dispositif formalisé d'implication des salariés	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

► Pour les établissements de moins de 20 salariés, passez directement à la question C6M.

	Oui	Non
<b>C5M. Dans votre établissement, des réunions régulières sont-elles organisées entre les salariés et leur encadrement pour discuter des améliorations possibles de l'organisation du travail (espace de discussion sur le travail, accord Qualité de Vie au Travail) ?</b>	1 <input type="checkbox"/> Oui	2 <input type="checkbox"/> Non

<b>C6M. Combien d'indicateurs-clef de performance sont suivis dans cet établissement ? (par exemple : indicateurs sur la production ou l'activité, les coûts, les déchets, la qualité, les stocks, l'énergie, l'absentéisme, les délais de livraison et les livraisons à temps)</b>	1 <input type="checkbox"/> Aucun (pas de suivi d'indicateurs-clef)	2 <input type="checkbox"/> 1 ou 2	3 <input type="checkbox"/> 3 à 9	4 <input type="checkbox"/> 10 ou plus	5 <input type="checkbox"/> Ne sait pas
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------	----------------------------------------

<b>C7M. Quel est l'horizon temporel des objectifs de production ou d'activité dans cet établissement ? (par exemple, volume d'activité, qualité, rendement) : (Plusieurs réponses possibles)</b>
1 <input type="checkbox"/> Court terme (< 1 an)
2 <input type="checkbox"/> 1 an
3 <input type="checkbox"/> Long terme (> 1 an)
4 <input type="checkbox"/> Combinaison court et long terme
5 <input type="checkbox"/> Pas d'objectif de production
6 <input type="checkbox"/> Ne sait pas

<b>C8M. Votre établissement (ou votre entreprise) analyse-t-il (elle) les données issues de sources suivantes ?</b>	Oui	Non	Non concerné
1. Données en propre issues d'objets intelligents ou connectés, ou de capteurs (ex : communications entre machines – M2M, capteurs numériques, étiquettes RFID*)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
2. Données de géolocalisation issues d'appareils portables (ex : appareils portables utilisant le réseau de téléphonie mobile, connexions sans fil ou GPS)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
3. Données générées par le site internet ou les médias sociaux (ex : réseaux sociaux, blogs, sites de partage de contenu multimédia)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

► Si au moins un « Oui » en C8M répondre à C9M sinon aller à C10M.

<b>C9M. Quel est le degré d'utilisation des données pour appuyer la prise de décisions dans cet établissement ?</b>	1 <input type="checkbox"/> Aucun (les décisions ne s'appuient pas sur les données)	2 <input type="checkbox"/> Très faible	3 <input type="checkbox"/> Modéré	4 <input type="checkbox"/> Fort	5 <input type="checkbox"/> Très fort
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------

<b>C10M. Quelle autonomie a le directeur de cet établissement...</b>	Très faible	Faible	Assez importante	Très importante
1. par rapport à l'organisation du travail	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2. par rapport aux recrutements	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
3. par rapport au choix d'investissements	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
4. par rapport à la politique santé-sécurité	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>



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

**E1M.** Certains des salariés de votre 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	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2. à des postures pénibles	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3. à des agents chimiques dangereux (y compris poussières, fumées, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4. à des températures extrêmes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5. à des bruits supérieurs à 85 dB, des vibrations mécaniques	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6. au travail de nuit (entre 21h et 6h)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
7. au travail en équipes alternantes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
8. au travail à la chaîne, à un travail répétitif	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
9. à au moins une de ces expositions	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

**E2M.** Pour combien de salariés avez-vous déclaré une exposition à une pénibilité au titre de l'année 2018 ? (Déclaration DADS-DSN) |\_|\_|\_|\_|  Ne sait pas

**E3Ma.** Dans votre établissement, existe-t-il des protections collectives ?  
(par exemple : barrières de sécurité, une aspiration de fumées, un carter sur une machine, un capot insonorisant)

1  Oui                      2  Non                      3  Sans objet (Non concerné)                      4  Ne sait pas

➤ **Si Oui :**

**E3Mb.** À votre connaissance, les salariés utilisent-ils ces protections collectives ?

1  Toujours                      2  Souvent                      3  Parfois                      4  Jamais                      5  Ne sait pas

**E4Ma.** 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 ?

1  Oui                      2  Non                      3  Ne sait pas

➤ **Si Oui :** **E4Mb.** Précisez : .....

**E5M.** En ce moment, 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	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2. le sentiment de ne pas pouvoir faire un travail de qualité	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3. des tensions entre collègues	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4. des tensions avec la hiérarchie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5. des tensions avec le public, la clientèle	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6. la crainte de se retrouver au chômage	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
7. des horaires de travail imprévisibles	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
8. une charge de travail trop importante	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

**E6Ma.** En matière de médecine du travail, votre établissement bénéficie-t-il...

	Oui	Non
1. d'un service autonome de santé au travail	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
2. d'un service inter-entreprise de santé au travail	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3. autre	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

➤ **Si autre :** **E6Mb.** Précisez : .....

➤ **Si service inter-entreprise de santé au travail :**

**E6Mc.** Disposez-vous d'une fiche d'établissement élaborée par ce service inter-entreprise décrivant les risques professionnels dans votre établissement ?

	Oui	Non
1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

**E7Ma.** En matière de Santé-Sécurité au travail, votre établissement (ou entreprise) emploie-t-il (en interne) un ou des professionnels spécialisés (hors médecine du travail) ? (Service Hygiène-Sécurité-Environnement, intervenant en prévention des risques professionnels, animateur de prévention...)

	Oui	Non
1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

➤ **Si Oui :** **E7Mb.** Combien en équivalent temps plein\* ? |\_|\_|\_|\_|  Ne sait pas

**E8Ma.** Au cours des 12 derniers mois, dans l'établissement, avez-vous procédé à un aménagement ou un changement de poste en faveur de salariés handicapés ou présentant des problèmes de santé ?

1  Oui                      2  Non                      3  Sans objet (pas de salariés concernés)

➤ **Si Oui :** **E8Mb.** Pour combien de salariés ? |\_|\_|\_|\_|

**E9M.** 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) ?

1  Oui, à plusieurs reprises                      2  Oui, une fois                      3  Non                      4  Ne sait pas

**E10M.** 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*)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
2. Services de santé au travail/médecine du travail	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3. Inspection du travail, inspection des installations classées	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
4. Organisation patronale, OPPBTP*, chambre des métiers et de l'artisanat, CCI*	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
5. ANACT/ARACT*	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
6. Spécialistes externes en matière de santé et sécurité (OPRI*, consultants, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

**E11Ma.** Le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) a-t-il été élaboré ou actualisé pour votre établissement au cours des 12 derniers mois ?

Oui	Non
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

► **Si Oui :**

**E11Mb.** Qui a coordonné la rédaction de ce document ?

*(Une seule réponse possible)*

- 1  Vous ou quelqu'un de votre établissement / entreprise
- 2  Un préventeur institutionnel (médecin du travail-service de santé au travail, OPPBTP\*, CARSAT\*)
- 3  Un consultant privé
- 4  Un conseiller de votre fédération professionnelle, de la chambre des métiers et de l'artisanat, d'un groupement d'employeur, etc.
- 5  Autre

► **Si Autre :** **E11Mc.** Précisez : .....

**E11Md.** L'évaluation des risques psychosociaux\* a-t-elle été intégrée à ce document ?

Oui	Non
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

**E11Me.** Avez-vous porté ce document à la connaissance de l'ensemble du personnel ?

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
----------------------------	----------------------------

**E12Ma.** Par rapport aux risques professionnels dans votre établissement, avez-vous, au cours des 12 derniers mois :

*(Plusieurs réponses possibles) :*

- 1  Poursuivi les actions antérieures de prévention
- 2  Élaboré un nouveau plan de prévention
- 3  Modifié l'organisation du travail
- 4  Modifié les locaux de travail, les équipements de travail ou les produits utilisés
- 5  Mis à disposition de nouveaux équipements de protections individuelles
- 6  Développé la formation à la sécurité du personnel
- 7  Recours à un expert extérieur
- 8  Autre

► **Si Autre :** **E12Mb.** Précisez : .....

**E13Ma.** 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 pour prévenir ces souffrances ?

*(Plusieurs réponses possibles) :*

- 1  Signalement de salariés en situation de risque
- 2  Assistance aux salariés, de manière confidentielle
- 3  Signalement de salariés ayant des conduites addictives
- 4  Audit, expertise d'un cabinet spécialisé
- 5  Formation spécifique du personnel encadrant
- 6  Formation spécifique des salariés
- 7  Aménagement des horaires
- 8  Enquête qualitative ou quantitative sur les risques psychosociaux
- 9  Procédure de résolution des conflits
- 10  Plan de prévention des risques psychosociaux
- 11  Autre

► **Si Autre :** **E13Mb.** Précisez : .....

**E14Ma.** Au cours des 12 derniers mois, votre établissement a-t-il pris des initiatives visant à protéger la santé des salariés vis-à-vis de risques non-professionnels (obésité, alcool, tabac, dépression, etc.) ?

Oui	Non
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

► **Si Oui :** **E14Mb.** Quelles mesures avez-vous prises ?

.....  
 .....  
 .....

