

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

Numéro identifiant :

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°2015X073TV du Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, valable pour la période de collecte 2015 - 2016. 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'IPROS.

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 agents/ les salariés ainsi que les pratiques de prévention de ces risques. C'est une enquête statistique qui s'inscrit dans un dispositif continu d'observation des conditions de travail et ne peut en aucun cas servir à un contrôle des obligations légales des établissements.

ATTENTION : ce questionnaire concerne votre ÉTABLISSEMENT*. 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 *.

Si votre établissement ne fait pas partie du secteur Marchand et associatif, vous devez choisir le questionnaire adapté à votre activité en téléchargeant soit un questionnaire « Secteur hospitalier (public et privé) » soit un questionnaire « État et Collectivités territoriales » à l'adresse suivante :

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

Établissement :

Numéro Siret :

Si le Siret est incorrect, rectifiez =>

Activité

Code APET si incorrect rectifiez =>

Activité (en clair)

Code APET

Statut juridique : 1 Entreprise 2 Association 3 Autre, précisez :

Convention collective majoritaire

Code IDCC

si incorrect rectifiez =>

Convention collective (en clair)

Code IDCC

Si pas de convention collective, cochez

A - Caractéristiques générales de l'établissement

A1SM. Depuis combien d'années cet établissement est-il en activité à cette adresse ?

1 Moins de 2 ans 2 2 à 4 ans 3 5 à 9 ans 4 10 à 19 ans 5 20 à 49 ans 6 50 ans ou plus

A2SM. Votre établissement...

(Plusieurs réponses possibles)

	Oui	Non
1. Exerce en franchise*, appartient à un réseau d'enseignes*	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
2. Est lié à un groupement (GIE-groupement d'intérêt économique, association d'entreprises, centrale d'achat, concession, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3. Appartient à un groupe*	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
4. Est totalement indépendant	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
5. Ne sait pas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

A2bSM. Votre entreprise ou le groupe auquel elle appartient est-il coté en bourse ?

1 Oui 2 Non 3 Ne sait pas

A3SM. Dans son activité principale, diriez-vous que le marché ou le public de votre établissement est plutôt...

(Une seule réponse possible)

1 Régional ou local 2 National 3 Européen 4 International 5 Ne sait pas

A4aSM. Votre établissement travaille-t-il en sous-traitance* pour un ou plusieurs clients donneurs d'ordres ?

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

► Si Oui : **A4bSM. Quelle est la part du chiffre d'affaires effectuée en sous-traitance ?**

1 90% ou plus 2 50% à 89% 3 25% à 49% 4 10% à 24% 5 Moins de 10% 6 Ne sait pas

A5SM. Les trois principaux clients de votre établissement représentent-ils plus de 30 % de votre chiffre d'affaires ?

1 Oui 2 Non 3 Sans objet (Pas de client) 4 Ne sait pas

	Oui	Non
A6SM. Votre établissement fournit-il ses produits ou services directement à des particuliers ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

	Oui	Non
A7aSM. Votre établissement fournit-il ses produits ou services à d'autres établissements ou entreprises ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

► **Si Oui :**

A7bSM. Le plus gros client* de votre établissement appartient-il au même groupe ou réseau que votre établissement ?

1 Oui 2 Non 3 Sans objet (n'appartient pas à un groupe)

A8SM. Les trois principaux fournisseurs de votre établissement représentent-ils plus de 30 % des montants de vos achats (hors frais fixes) ?

1 Oui 2 Non 3 Ne sait pas

A9SM. Le plus gros fournisseur* de votre établissement appartient-il au même groupe ou au même réseau que votre établissement ?

1 Oui 2 Non 3 Sans objet (n'appartient pas à un groupe)

	Oui	Non
A10aSM. Votre établissement a-t-il eu lui-même recours à la sous-traitance l'année dernière pour votre activité principale (cœur de métier) ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

► **Si Oui :**

A10bSM. Quelle est approximativement la part des dépenses de sous-traitance relativement à votre chiffre d'affaires ?

1 Plus de 20 % 3 Entre 2 % et 9 % 5 Sans objet (pas de sous-traitance pour le cœur de métier)

2 Entre 10 % et 19 % 4 Moins de 2 % 6 Ne sait pas

B - Gestion de la main d'œuvre

B1SM. Combien votre établissement emploie-t-il de personnes ?
(effectif rémunéré le mois précédant l'enquête)

	Oui	Non
B2SM. Au cours des 12 derniers mois, votre établissement a-t-il connu un plan de réduction des effectifs ou des licenciements collectifs ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

B3SM. Dans votre établissement ou votre entreprise y a-t-il un service de ressources humaines ou de gestion du personnel ?

1 Oui, dans l'établissement 2 Oui, au siège social (si l'établissement n'est pas le siège) 3 Non

B4aSM. Dans votre établissement les salariés ont-ils un entretien annuel d'évaluation ?

1 Oui, tous les salariés 2 Oui, certains salariés 3 Non

B4bSM. Les salariés ont-ils un ou des objectif(s) individuel(s) chiffré(s) ?

1 Oui, tous les salariés 2 Oui, certains salariés 3 Non 4 Ne sait pas

► **Si Oui :** **B4b2SM.** Ces objectifs individuels sont-ils :
(Une 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

B4cSM. Les salariés ont-ils un ou des objectif(s) chiffré(s) au niveau de l'équipe ?

1 Oui, tous les salariés 2 Oui, certains salariés 3 Non 4 Ne sait pas

► **Si Oui :** **B4c2SM.** Ces objectifs au niveau de l'équipe sont-ils :
(Une seule réponse possible)

1 décidés principalement par la hiérarchie ou le client 2 discutés entre l'équipe et la hiérarchie 3 décidés principalement au sein de l'équipe 4 ne sait pas

B5SM. 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

C1SM. L'activité de votre 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"/>

C2SM. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu à faire face à des variations importantes de votre activité? 1 <input type="checkbox"/> Oui, uniquement une variation à la hausse 3 <input type="checkbox"/> Oui, des variations à la hausse et à la baisse 2 <input type="checkbox"/> Oui, uniquement une variation à la baisse 4 <input type="checkbox"/> Non
--

C3SM. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu recours aux outils d'ajustement du volume de travail suivants :
(Plusieurs réponses possibles)

C3aSM. Ajustement à la baisse :

• **Outils permettant de diminuer la durée du travail**

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

• **Outils impliquant une diminution des effectifs**

	Oui	Non
5. Non-remplacement des départs	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
6. Licenciements	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
7. Ruptures conventionnelles	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
8. Non-renouvellement ou baisse des embauches en CDD	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
9. Diminution du recours à l'intérim	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
10. Diminution du nombre d'équipes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
11. Diminution de la sous-traitance*	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

C3bSM. Ajustement à la hausse :

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

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

• **Outils impliquant une augmentation des effectifs**

	Oui	Non
4. Augmentation du nombre d'agents/salariés en CDI	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
5. Embauches en CDD (dont « extras », vacataires, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
6. Recours à l'intérim	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
7. Mise en place d'équipes ponctuelles ou supplémentaires (de nuit) ou de suppléance (VSD)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
8. Recours à la sous-traitance*	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
9. Recours au portage salarial*	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

➤ **Pour les établissements de moins de 20 salariés, passez directement à la question C5SM.**

C4SM. Qui, dans votre établissement... <i>(Plusieurs réponses possibles)</i>	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. détermine la durée et les types d'aménagement du temps de 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"/>
4. 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"/>
5. 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"/>
6. 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"/>
7. 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"/>

C5SM. 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 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 de résolution de problèmes, analyse de la valeur, analyse fonctionnelle*	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. Le flux tendu*, le juste à temps*	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
7. Les outils de traçabilité* (des produits, des processus, RFID*)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
8. Un outil / logiciel d'optimisation de la chaîne logistique*	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 système « lean* » de production ou de gestion	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

C6aSM. Au cours des 3 dernières années, l'entreprise à laquelle appartient votre établissement a-t-elle connu...	Oui	Non
1. un rachat par une autre entreprise (ou un groupe)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
2. un achat par votre entreprise (ou groupe) d'une autre entreprise (ou groupe)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3. une diversification, création d'une ou plusieurs nouvelles activités	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
4. une cessation d'activité, un recentrage	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
5. un changement d'équipe de direction	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
6. une restructuration ou réorganisation ayant induit un changement d'organigramme	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
7. un déménagement (du siège ou d'un autre établissement)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
8. d'autres changements ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

➤ **Si Autres changements : C6bSM. Précisez :**

C7aSM. Au cours des 12 derniers mois, votre entreprise a-t-elle ouvert une négociation sur la compétitivité et l'emploi (en application de l'accord national interprofessionnel de janvier 2013*) ?			
	1 <input type="checkbox"/> Oui	2 <input type="checkbox"/> Non	3 <input type="checkbox"/> Ne sait pas
➤ Si Oui : C7bSM. Y a-t-il eu un accord sur...	Oui	Non	
1. un changement des horaires de travail	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
2. un plan de mobilité interne	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
3. un gel ou une baisse de salaires	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
4. autres	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	

➤ **Si autres : C7b1SM. Précisez :**

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

D1SM. 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	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2. un écran dédié à certaines fonctions seulement (terminal de banque, de caisse...)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3. un ordinateur en réseau, Intranet, Extranet	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4. un accès Internet	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5. un progiciel de gestion intégré (PGI* ou ERP en anglais), un workflow*	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6. une plateforme de travail collaboratif, un groupware*	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

D2aSM. L'établissement fournit-il à certains salariés des outils de travail à distance (smartphone, clé 3G, connexion à distance)?			
	1 <input type="checkbox"/> Oui	2 <input type="checkbox"/> Non	3 <input type="checkbox"/> Ne sait pas
➤ Si Oui : D2bSM. Combien approximativement de salariés sont-ils concernés ?			
en effectif absolu	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ou	en pourcentage <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %

	Oui	Non
D3aSM. 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 ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<p>► Si Oui: D3bSM. Quel est <u>approximativement</u> le nombre de salariés concernés par le télétravail ?</p> <p>en effectif absolu <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ou en pourcentage <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %</p>		

	Oui	Non
D4SM. 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 pointage des horaires)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

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

E1SM. Au cours des 12 derniers mois, certains des salariés de votre établissement ont-ils été exposés... (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"/>

E2SM. Pour combien de salariés avez-vous déclaré une exposition à la pénibilité <u>au titre de l'année 2015</u> ? (Déclaration DADS-DSN)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
---	---	--------------------------------------

E3aSM. 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 <input type="checkbox"/> Oui	2 <input type="checkbox"/> Non	3 <input type="checkbox"/> Sans objet (Non concerné)	4 <input type="checkbox"/> Ne sait pas
► Si Oui:				
E3bSM. À votre connaissance, les salariés utilisent-ils ces protections collectives ?				
1 <input type="checkbox"/> Toujours	2 <input type="checkbox"/> Souvent	3 <input type="checkbox"/> Parfois	4 <input type="checkbox"/> Jamais	5 <input type="checkbox"/> Ne sait pas

E4aSM. 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 <input type="checkbox"/> Oui	2 <input type="checkbox"/> Non	3 <input type="checkbox"/> Ne sait pas
► Si Oui: E4bSM. Précisez :			

E5aSM. 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 accident routier mais hors accidents de trajet domicile-travail)	1 <input type="checkbox"/> Oui	2 <input type="checkbox"/> Non	3 <input type="checkbox"/> Ne sait pas
► Si Oui: E5bSM. Combien d'accidents ?			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
			<input type="checkbox"/> Ne sait pas

E6aSM. 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: E6bSM. Précisez :		
► Si service inter-entreprise de santé au travail :		
E6cSM. Disposez-vous d'une fiche d'établissement élaborée par ce service inter-entreprise décrivant les risques professionnels dans votre établissement ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

	Oui	Non
E7aSM. En matière de Santé-Sécurité au travail, votre établissement 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...)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
► Si Oui : E7bSM. Combien en équivalent temps plein* ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 <input type="checkbox"/> Ne sait pas

E8SM. Dans votre établissement, combien de salariés sont-ils soumis à une surveillance médicale renforcée* ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 <input type="checkbox"/> Ne sait pas
---	--	--

E9SM. 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 <input type="checkbox"/> Oui, à plusieurs reprises	2 <input type="checkbox"/> Oui, une fois	3 <input type="checkbox"/> Non	4 <input type="checkbox"/> Ne sait pas	

E10SM. 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"/>

E11aSM. 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
1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
► Si Oui :		
E11bSM. Qui a coordonné la rédaction de ce document ? (Une seule réponse possible)		
1 <input type="checkbox"/> Vous ou quelqu'un de votre établissement / entreprise		
2 <input type="checkbox"/> Un préventeur institutionnel (médecin du travail-service de santé au travail, OPPBTP*, CARSAT*)		
3 <input type="checkbox"/> Un consultant privé		
4 <input type="checkbox"/> Un conseiller de votre fédération professionnelle, de la chambre des métiers et de l'artisanat, d'un groupement d'employeur, etc.		
5 <input type="checkbox"/> Autre		
► Si Autre : E11cSM. Précisez :		
E11dSM. L'évaluation des risques psychosociaux a-t-elle été intégrée à ce document ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
E11eSM. Avez-vous porté ce document à la connaissance de l'ensemble du personnel ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

E12aSM. Par rapport aux risques professionnels dans votre établissement, avez-vous, au cours des 12 derniers mois : (Plusieurs réponses possibles) :
1 <input type="checkbox"/> Poursuivi les actions antérieures de prévention
2 <input type="checkbox"/> Élaboré un nouveau plan de prévention
3 <input type="checkbox"/> Modifié l'organisation du travail
4 <input type="checkbox"/> Modifié les locaux de travail, les équipements de travail ou les produits utilisés
5 <input type="checkbox"/> Mis à disposition de nouveaux équipements de protections individuelles
6 <input type="checkbox"/> Développé la formation à la sécurité du personnel
7 <input type="checkbox"/> Recours à un expert extérieur
8 <input type="checkbox"/> Autre
► Si Autre : E12bSM. Précisez :

E13aSM. 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"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
► Si Oui : E13bSM. Quels types d'initiatives avez-vous pris ?		
.....		
.....		
.....		

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

F1SM. 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"/>

F2aSM. Concernant le stress ou le mal-être au travail, <u>au cours des 3 dernières années</u> , votre établissement a-t-il mis en place une ou plusieurs des procédures suivantes pour prévenir ces difficultés ?	Oui	Non
1. Signalement de salariés en situation de risque	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
2. Assistance aux salariés, de manière confidentielle	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3. Signalement de salariés ayant des conduites addictives	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
4. Audit, expertise d'un cabinet spécialisé	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
5. Formation spécifique de l'encadrement	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
6. Formation spécifique des salariés	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
7. Aménagement des horaires	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
8. Enquête sur les risques psychosociaux	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
9. Procédures de résolution des conflits	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
10. Autres	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

➤ Si Autres, F2bSM. Précisez :

➤ S'il y a eu une ou plusieurs formations du personnel encadrant (F2SM.5) et/ou des agents ou salariés (F2SM.6) :

F2cSM. Par qui cette formation a-t-elle été dispensée ?
(Une ou plusieurs réponses)

	Oui	Non
1. Un organisme de prévention de la sécurité sociale (INRS*, CARSAT*)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
2. Les services de santé au travail, la médecine du travail	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3. Une organisation patronale, l'OPPBT*, la chambre des métiers et de l'artisanat, la CCI*	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
4. L'ANACT/ARACT*	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
5. Un spécialiste externe en matière de santé et sécurité (consultants, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

F3aSM. Pour prévenir les risques psychosociaux, avez-vous introduit un ou des changements dans l'organisation du travail <u>au cours des 12 derniers mois</u> ?	Oui	Non
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

➤ Si Oui : F3bSM. Quel a été le changement le plus significatif ?
.....
.....

G - Représentation des salariés

G1SM. Cet établissement est-il couvert par...	Oui	Non
1. un comité d'entreprise ou d'établissement (ou une délégation unique du personnel) ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
2. des délégués du personnel ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3. un ou des délégués syndicaux (ou représentant de section syndicale) ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

G2aSM. Cet établissement est-il couvert par un CHSCT (Comité Hygiène Sécurité Conditions de Travail) ?
1 Oui 2 Non 3 Ne sait pas ➤ Si non ou ne sait pas, passez à la question G3aSM.

➤ Si Oui :

G2bSM. Combien de fois le CHSCT s'est-il réuni au cours des 12 derniers mois ?

1 Aucune 2 1 fois 3 2 fois 4 3 fois 5 4 fois 6 Plus de 4 fois 7 Ne sait pas

G2cSM. La direction adresse-t-elle au CHSCT un tableau ou une note écrite de suivi de la prévention ?

1 Oui, régulièrement 2 Oui, occasionnellement 3 Non 4 Ne sait pas

G2dSM. Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il eu un audit déclenché par le CHSCT ? 1 Oui 2 Non

➤ Si Oui : G2eSM. Sur quel(s) thème(s) ?

G3aSM. Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il eu une négociation, dans votre établissement ou dans l'entreprise, concernant la question des conditions de travail ?

1 Oui 2 Non 3 Ne sait pas

► Si Oui :

G3bSM. Cette négociation a-t-elle abordé la question des risques psychosociaux* ? 1 Oui 2 Non 3 Ne sait pas

G3cSM. Cette négociation a-t-elle abouti à...

1 un accord 2 une décision unilatérale 3 rien

G4aSM. Comment qualifieriez-vous le climat social dans votre établissement ?

1 Très calme 2 Plutôt calme 3 Plutôt tendu 4 Très tendu 5 Autre

► Si Autre : **G4bSM.** Précisez :

G5SM. 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 ?

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

2. en raison d'un mot d'ordre extérieur à l'établissement ?

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

G6aSM. Au cours des 12 derniers mois, des propositions sur les conditions de travail ou la sécurité ont-elles été exprimées par vos représentants du personnel en CHSCT ou en réunion de délégués du personnel ?

1 Oui 2 Non 3 Sans objet (pas de représentation du personnel) 4 Ne sait pas

► Si Oui :

G6bSM. Ces propositions concernaient-elles notamment les risques psychosociaux* ? 1 Oui 2 Non

G6cSM. Avez-vous adopté et mis en œuvre les propositions exprimées ?

1 Oui, la plupart des propositions 2 Oui, certaines propositions 3 Non, aucune proposition 4 Ne sait pas

G7SM. 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) ?

|_|_|_|, |_|_|_|

Oui	Non
-----	-----

G8aSM. Au cours de l'année 2014, avez-vous eu des prestataires travaillant pour votre établissement en tant qu'auto-entrepreneurs ?

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

► Si Oui : **G8.bSM.** Combien de prestataires ?

|_|_|_|

G9SM. Au cours des 12 derniers mois, comment a évolué l'effectif total de votre établissement ?

1 Il a diminué 2 Il a augmenté 3 Il est resté à peu près le même

MERCI D'AVOIR RÉPONDU À CE QUESTIONNAIRE.

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

Veuillez indiquer le temps que vous a pris la réponse à ce questionnaire (y compris la recherche de données)

|_|_| heures |_|_| minutes

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