

- 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.

Reportez ci-dessous votre identifiant figurant dans le courrier ou le mail que vous avez reçu

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 :

Etablissement : _____

Numéro Siret : _____

Si le Siret est incorrect, rectifiez => _____

Activité en clair _____

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

Statut juridique : Ministère Administration (autre que Ministère) Collectivité territoriale
 Autre, précisez : _____

A - Caractéristiques générales de l'établissement

A1E Votre établissement (service ou direction) a-t-il dans ses attributions les missions suivantes :

Attention : les missions de type support sont traitées plus loin dans le bloc suivant de questions. Si c'est la fonction principale de votre direction, il est normal que vous répondiez "non" à la plupart ou à toutes les questions de ce bloc.

| | Oui | Non |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Production de décrets, lois, règlements, circulaires ou arrêtés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Suivi de la mise en œuvre de politiques publiques | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Contrôle, vérification | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Conseil, expertise, soutien aux entreprises, collectivités locales ou associations | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Guichet, accueil du public (et autre « front-office ») | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Traitement, gestion de dossiers (de particuliers, d'entreprises, ou de collectivités ...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Service rendu (éducation, justice, santé, sécurité ...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Etudes, recherche, prévision | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Pilotage d'unités ou réseaux déconcentrés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

A2E Et votre établissement (service ou direction) a-t-il dans ses attributions les fonctions supports suivantes ?

| | Oui | Non |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Informatique, système d'information | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Gestion du personnel, formation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Comptabilité, finances, budget | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Juridique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Achat, approvisionnement, logistique, immobilier | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**A3E Les relations suivantes sont-elles IMPORTANTES* pour votre activité ?
Les relations de votre établissement (service ou direction) avec ...**

| | Oui | Non |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. des particuliers | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. des entreprises privées ou publiques | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. des organismes publics (agences, établissements publics ...), ou paritaires (UNEDIC, Pôle Emploi, CNAF...), des hôpitaux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. des collectivités territoriales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. d'autres administrations | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. des organismes européens ou internationaux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. des experts et professionnels (techniques, juridiques, scientifiques, médicaux ... externes à l'administration) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. des associations, chambres de métiers, syndicats, élus, etc. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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.

A4E Votre établissement (service ou direction) a-t-il une ou plusieurs activités à un échelon ...

| | Oui | Non |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. international, européen ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. national ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. régional (ou zones de taille équivalente) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. départemental (ou zones de taille équivalente) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. local ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

A5E AU COURS DES 3 DERNIÈRES ANNÉES, certaines activités de votre établissement (service ou direction) ont-elles été transférées ou sous-traitées ...

| | Oui | Non |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. à des collectivités territoriales ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. à d'autres administrations de l'Etat (y compris au sein du même ministère) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. à des organismes publics (agences, établissements publics ...)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. au secteur privé ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. au secteur associatif ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

A6E AU COURS DES 3 DERNIÈRES ANNÉES, certaines activités de votre établissement (service ou direction) ont-elles été supprimées (sans transfert), ont-elles disparu ? Oui Non**A7E AU COURS DES 3 DERNIÈRES ANNÉES, votre établissement (service ou direction) a-t-il été fusionné, pour au moins une partie de ses activités, avec un autre service ?** Oui Non**A8E Votre établissement (service/direction) est-il en partenariat avec d'autres administrations ?** Oui Non**A9E Votre établissement (service/direction) est-il en partenariat avec des prestataires, sous la forme suivante :**

| | Oui | Non |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Délégation de service public ou contrat de concession ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Contrat de partenariat* ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Autres contrats de long terme* ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

A10E L'activité de votre établissement (service ou direction) est-elle suivie à l'aide d'un ou plusieurs indicateurs de performance, établis à un rythme au moins annuel ? Oui Non

➤ **Si votre direction est en contact direct avec des usagers (particuliers ou entreprises), veuillez répondre aux questions suivantes (A11E, A12E et A13E). Sinon, allez directement à la question B1E.**

A11E AU COURS DES 3 DERNIÈRES ANNÉES, dans quelle mesure les situations suivantes ont-elles marqué les relations de votre établissement (service ou direction) avec les usagers ?

| | Pas du tout | Un peu | Fortement | Très fortement |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Précarisation, fragilisation ou marginalisation des usagers (ou d'une partie d'entre eux) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Complexité accrue des dossiers traités (en dehors des effets de la précarisation ou fragilisation des usagers) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Affaire(s) portée(s) en justice ¹ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Affaire(s) médiatisée(s), rendue(s) publique(s) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Intervention(s) d'associations d'usagers, de groupes de pression | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Augmentation de la demande | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

¹ Exclure l'activité cœur du métier. Ne prendre en compte que les affaires dont votre administration est l'une des parties.

A12E AUJOURD'HUI, votre établissement (service ou direction) utilise-t-il pour ses relations avec les usagers, les dispositifs suivants ?

| | Oui | Non/Sans objet |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Un centre de contact ou d'appel destiné au public | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. L'accueil du public ou la réponse à la demande, conjointement avec d'autres administrations (guichet unique, maison de l'emploi ...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Des horaires d'ouverture au public élargis ou adaptés (exemples : le samedi après midi, des nocturnes) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Des différenciations de tarifs selon les publics ou les horaires | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. La recherche des ayant-droits d'une prestation (afin de limiter le « non recours ») | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

A13E Votre établissement (service ou direction) utilise-t-il, concernant la qualité du service rendu aux usagers, les dispositifs suivants ?

| | Oui | Non |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. La certification ou labellisation de la qualité des services rendus (NF, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. L'établissement ou le suivi d'une charte de qualité (charte Marianne, FQP, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. L'engagement contractuel à traiter un dossier dans un délai limité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Des enquêtes de satisfaction des usagers | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Des contrôles ou audits de la qualité du service | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

B - Gestion de la main d'œuvre

B0E Combien votre établissement (service ou direction) emploie-t-il de personnes ?
(Effectif rémunéré le mois précédant l'enquête)

□□□□□

B1E Cet établissement (service ou direction) 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"/> | □□□□% |

B2E Certaines catégories de personnel (à l'exception du personnel de gardiennage et de maintenance du lieu) sont-elles soumises, en dehors des horaires habituels, à ...

| | Oui | Non |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. des permanences sur le site pour répondre aux usagers ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. des permanences sur le site pour surveiller un processus de production, une activité du service/direction ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. des astreintes en dehors du lieu habituel de travail ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

B3E Dans votre établissement (service ou direction) y a-t-il un service de ressources humaines ou de gestion du personnel ?

| | | |
|--|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui, dans le service/la direction | <input type="checkbox"/> Oui, au sein d'une autre direction | <input type="checkbox"/> Non |
|--|---|------------------------------|

B4aE Dans votre établissement (service ou direction) les agents ont-ils un entretien annuel d'évaluation ?

| | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Oui, tous les agents | <input type="checkbox"/> Oui, certains agents (cadres*...) | <input type="checkbox"/> Non ➔ passez à la question à B5E |
|---|--|---|

➔ **Si oui :** **B4bE Ces entretiens comportent-ils un objectif individuel ?**

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

B4cE Ces entretiens comportent-ils un objectif au niveau de l'équipe ?

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

B5E Au cours des trois dernières années, des agents de votre établissement (service ou direction) ont-ils perçu ...

| | Oui | Non |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. une prime liée à la performance : cadres A* ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. une prime liée à la performance : autres catégories ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. une prime liée à l'effort, la manière de servir : cadres A* ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. une prime liée à l'effort, la manière de servir : autres catégories ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. une prime liée au développement des compétences ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. une prime d'intéressement collective ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

B6aE 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 :** **B6bE 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

C1E L'activité de cet établissement (service ou direction) connaît-elle des fluctuations ?

| | Oui | Non |
|---------------|--------------------------|--------------------------|
| Annuelles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Saisonniers | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hebdomadaires | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

➤ Établissements de moins de 20 agents : passez à C3E

C2E Qui, dans votre établissement (service ou direction) ... (plusieurs réponses possibles)

| | La hiérarchie | Les agents eux-mêmes | Des intervenants extérieurs | 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"/> |
| 2. détermine les horaires ? | <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"/> |
| 4. répartit le travail au sein des équipes ? | <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"/> |
| 6. forme les salariés ? | <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"/> |

C3E Dans son activité courante, votre établissement (service ou direction) 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, ...) | <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"/> |

C4E Au cours des trois dernières années, la direction à laquelle appartient votre établissement (service ou direction) a-t-elle connu ...

| | Oui | Non |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. une restructuration ayant induit un changement d'organigramme ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. un déménagement ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. d'autres changements ? Précisez | | |

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

D1E Quel est le pourcentage d'agents 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. un ordinateur en réseau | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. un accès Internet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. un progiciel de gestion intégré (PGI* ou ERP en anglais), un workflow * | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

D2aE L'établissement (service ou direction) fournit-il à certains agents des outils de travail à distance (smartphone, clé 3G, connexion à distance) ?

Oui Non Ne sait pas

➤ Si oui : D2bE Combien approximativement d'agents sont-ils concernés ?

en effectif absolu **ou** en pourcentage %

D3aE Certains agents 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 du service ?

Oui Non

➤ **Si oui: D3bE** Quelle est approximativement la part d'agents concernés par le télétravail ?

en effectif absolu **ou** en pourcentage %

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

E1E Certains des agents de l'établissement (service ou direction) ont-ils été exposés au cours des 12 derniers mois ... (qu'ils utilisent ou non des protections)

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

E2E Au cours des douze derniers mois avez-vous délivré à certains agents une fiche ou une attestation d'exposition à un produit chimique dangereux ?

Oui Non Ne sait pas

E3aE Les agents de votre établissement (service ou direction) 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: E3bE** A votre connaissance, les agents utilisent-ils ces protections individuelles quand ce serait nécessaire ?

Toujours Souvent Parfois Jamais Ne sait pas

E4aE Dans votre établissement (service ou direction), 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: E4bE** A votre connaissance, les agents utilisent-ils ces protections collectives quand ce serait nécessaire ?

Toujours Souvent Parfois Jamais Ne sait pas

E5aE Au cours des 12 derniers mois votre établissement (service ou direction) 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: E5bE** Précisez :

E6aE 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: E6bE** Combien d'accidents ?

Ne sait pas

E6cE 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)

| | | | |
|---|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Avec l'agent et/ou des collègues de son équipe | <input type="checkbox"/> Avec le personnel d'encadrement | <input type="checkbox"/> Non, pas d'analyse des causes | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> Avec le CHSCT* ou un délégué du personnel | <input type="checkbox"/> Avec un organisme de prévention | | |

E6dE Quelle(s) mesure(s) avez-vous prise(s) pour que ce type d'accident de travail ne se reproduise pas ?

en clair :

E7E Au cours des 12 derniers mois, l'un de vos agents a-t-il bénéficié d'une reconnaissance de maladie professionnelle par la sécurité sociale ?

Oui Non

➤ **Si oui :** **E8E** 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 ? E8bE**

E9E En matière de médecine du travail ou de prévention, votre établissement (service ou direction) bénéficie-t-il ...

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

E10E Dans votre établissement (service ou direction), combien d'agents sont-ils soumis à une surveillance médicale renforcée* ?

E11E Au cours des 12 derniers mois, un ou des agents ont-t-ils interrompu ou refusé une tâche pour préserver leur santé ou leur sécurité (droit de retrait) ?

Oui, à plusieurs reprises Oui, une fois Non Ne sait pas

E12E Quelles sont les motivations qui incitent votre établissement (service ou direction) 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 agents 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. Coûts des accidents et maladies | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Désorganisation, absentéisme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Exigences des usagers | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Réputation de l'administration | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Exigences d'autorités supérieures | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Autres, précisez : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

E13E Au cours des 12 derniers mois votre établissement (service ou direction) 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 de prévention | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Inspection du travail, inspection des installations classées | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ANACT/ARACT* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Spécialistes externes en matière de santé et sécurité (OPRI*, consultants, ...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

E14E Un document d'évaluation des risques a-t-il été élaboré ou actualisé pour votre établissement (service ou direction) au cours des 12 derniers mois ?

Oui Non

➤ **Si oui :** **E14bE** Qui a coordonné la rédaction de ce document ? (une seule réponse possible)

Vous et/ou quelqu'un de votre établissement (service ou direction)

Un préventeur institutionnel (médecin du travail-médecine de prévention, OPPBTP*, CARSAT (ex- CRAM)*)

Un consultant privé

Autre, précisez :

E14cE L'évaluation des risques psychosociaux a-t-elle été intégrée à ce document ?

Oui Non

E15E Avez-vous porté ce document à la connaissance de l'ensemble du personnel ?

Oui Non

E16E Par rapport aux risques professionnels dans votre établissement (service ou direction), 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

F1E Selon vous, combien d'agents de votre établissement (service ou direction) sont exposés à ...

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

F2E 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 d'agents en situation de risque | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Assistance aux agents, de manière confidentielle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Signalement d'agents 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 du personnel encadrant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Formation spécifique des agents | <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 agents :

F2bE 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 de prévention | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. L'inspection du travail | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. L'ANACT/ARACT* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Un spécialiste externe en matière de santé et sécurité (consultants,...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

G - Représentation des agents

G1E Cet établissement (service ou direction) est-il couvert par ...

| | Oui | Non |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. des délégués du personnel ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. un ou des délégués syndicaux (ou représentant de section syndicale) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. des élus en CAP ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

G2E Cet établissement (service ou direction) est-il couvert par un CHS (Comité Hygiène Sécurité)/CHSCT (Comité Hygiène Sécurité Conditions de Travail) ?

Oui Non

► Si oui: G2bE Combien de fois s'est-il réuni au cours des 12 derniers mois ?

Aucune
 1 fois
 2 fois
 3 fois
 4 fois
 Plus de 4 fois
 Ne sait pas

G3E La direction adresse-t-elle au CHS/CHSCT un tableau ou une note écrite de suivi de la prévention ?

Oui, régulièrement
 Oui, occasionnellement
 Non
 Ne sait pas

G4E Au cours des 12 derniers mois, y-a-t-il eu une négociation, dans l'établissement (service ou direction), concernant la question des conditions de travail ?

Oui Non Ne sait pas

G5E Comment qualifieriez-vous le climat social dans l'établissement (service ou direction) ?

Très calme
 Plutôt calme
 Plutôt tendu
 Très tendu
 Autre, précisez :

G6E Au cours des 12 derniers mois, des agents 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"/> |

G7aE Au cours des 12 derniers mois, des propositions sur les conditions de travail ou la sécurité ont-elle été exprimées par les représentants du personnel (ACMO) en CHSCT ou en réunion de délégués du personnel ?

Oui
 Non
 Sans objet (pas de représentation du personnel)
 Ne sait pas

► Si oui: G7bE Ont-elles été adoptées et mises en œuvre ?

Oui, la plupart des propositions
 Oui, certaines propositions
 Non, aucune proposition
 Ne sait pas

G8E 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) ? | _ _ _ , _ _ |

G9E Sur les 12 derniers mois, l'effectif total de votre établissement (service ou direction) ...

a diminué
 a augmenté
 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 (service ou direction)
- ancienneté dans l'établissement (service ou direction) |_|_| 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 (service ou direction) ? Oui Non
- Personne 2 : quelle est sa fonction ?
- Cette personne travaille dans ce même établissement (service ou direction) ? Oui Non

G18E Veuillez indiquer le temps que vous a pris la réponse à ce questionnaire. (y compris la recherche des données)

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

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