La F4SCT (formation spécialisée santé sécurité au travail conditions de travail) contribue à la protection de la santé physique et mentale et la sécurité des personnels, participe à l’amélioration des conditions de travail, alerte l’employeur en cas de danger grave et imminent. Une des prérogatives de la F4SCT est de procéder à des visites paritaires de structures, avec des représentants de l’administration et du personnel y siégeant.

Afin de mieux connaître votre milieu et vos conditions de travail, nous vous remercions de bien vouloir remplir le questionnaire suivant et de le retourner à l’adresse suivante [f4sct.DRXXXX@inserm.fr](mailto:f4sct.DRXXXX@inserm.fr) ou le transmettre à l’Assistant de Prévention de votre structure qui le retournera aux membres du comité de visite.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Employeur** | **Vous êtes …** | | **Votre statut est …** | | | | | **Vous êtes …** | | | | | |
| **un homme** | **une femme** | **Fonctionnaire** | **CDI** | **CDD** | **Vacataire** | **Stagiaire** | **Chercheur.e ou enseignant.e-chercheur.e** | **Ingénieur.e, technicien.ne**  **ou adjoint.e technique** | **Doctorant.e** | **Stagiaire**  **(stage > 8 sem.)** | **Responsable du service**  **ou d’une équipe** | **Personnel administratif** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Si vous ne souhaitez pas compléter ce questionnaire, vous avez la possibilité d’en indiquer la.les raison.s :** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |

|  | | | | **Oui** | **Non** | **Ne sait pas** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vous êtes confronté.e / exposé.e à :** | Saleté | | |  |  |  |
| Humidité | | |  |  |  |
| Courants d’air | | |  |  |  |
| Température basse (<-18°C) | | |  |  |  |
| Température élevée (>30°C) | | |  |  |  |
| Absence de vue sur l’extérieur | | |  |  |  |
| Mauvaises odeurs | | |  |  |  |
| Fumées | | |  |  |  |
| Poussières | | |  |  |  |
| Environnement bruyant - régulier ou permanent | | |  |  |  |
| Risque du bâtiment-locaux-issues (électrique, incendie, amiante, plomb) | | |  |  |  |
| Risque biologique avec agents pathogènes conventionnels - virus, bactéries, champignons, parasites | | |  |  |  |
| Risque biologique avec agents pathogènes non conventionnels (prion, prion-like) | | |  |  |  |
| OGM | | |  |  |  |
| Risque lié à l’expérimentation animale | | |  |  |  |
| Risques chimiques | | |  |  |  |
| Atmosphère appauvrie en oxygène – présence de gaz oxyprivant (exemple : azote liquide) | | |  |  |  |
| Radioéléments et/ou rayonnements ionisants | | |  |  |  |
| Champ électromagnétique (RMN, IRM par exemple) | | |  |  |  |
| Nanoparticules – nanomatériaux | | |  |  |  |
| Rayonnements optiques artificiels (laser, UV par exemple) | | |  |  |  |
| Equipement sous pression (obus de gaz par exemple) | | |  |  |  |
| Autre (précisez) : | | |  |  |  |
| Votre temps de travail quotidien sur écran est < 4h | | | |  |  |  |
| Votre temps de travail quotidien sur écran est > 4h | | | |  |  |  |
| Vous portez des charges dont le poids est = ou > 15kg | | | |  |  |  |
| Vous faites régulièrement des répétitions des gestes identiques | | | |  |  |  |
| Vous réalisez le port de charge avec une aide à la manutention | | | |  |  |  |
| Vous êtes amené.e à tordre votre buste | | | |  |  |  |
| Vous vous tenez longtemps debout ou piétinez 20h ou plus par semaine | | | |  |  |  |
| Dans le cadre de votre travail, vous faites des déplacements à pied | | | |  |  |  |
| Dans le cadre de votre travail, vous faites des déplacements vous exposant au risque routier | | | |  |  |  |
| Vous êtes amené.é à faire des déplacements entre sites | | | |  |  |  |
|  | | | Ces déplacements sont fréquents |  |  |  |
|  | | | Ces déplacements sont longs |  |  |  |
| Vous êtes amené à faire des expérimentations dans d’autres lieux | | | |  |  |  |
| **Vous êtes concerné.e par le travail** | | Isolé | |  |  |  |
| En horaires décalés | |  |  |  |
| De nuit | |  |  |  |
| Le week-end et/ou les jours fériés | |  |  |  |
| Avec des astreintes | |  |  |  |
| Vous avez des contraintes organisationnelles liées à votre activité pour poser vos congés | | | |  |  |  |
| Vous considérez recevoir une reconnaissance professionnelle de la part de vos collègues | | | |  |  |  |
| Vous trouvez du soutien auprès de vos collègues | | | |  |  |  |
| Vous considérez recevoir une reconnaissance professionnelle de la part de votre/vos supérieur(s) hiérarchiques. | | | |  |  |  |
| Votre/vos supérieur(s) prête(nt) attention à ce que vous proposez. | | | |  |  |  |
| Votre/vos supérieur(s) vous aident à mener votre tâche à bien. | | | |  |  |  |
| Vous êtes clairement informé.e du travail que vous avez à faire. | | | |  |  |  |
| Vous recevez des ordres ou des indications contradictoires. | | | |  |  |  |
| Vous devez fréquemment interrompre une tâche pour en effectuer une autre non prévue. | | | |  |  |  |
| Vous disposez du temps nécessaire pour effectuer correctement votre travail. | | | |  |  |  |
| On vous demande d’effectuer une quantité de travail en adéquation avec les moyens mis à disposition. | | | |  |  |  |
| Vous vous sentez bien sur votre lieu de travail. | | | |  |  |  |
| Vous êtes exposé.e à des mots déplacés. | | | |  |  |  |
| Vous êtes exposé.e à des gestes déplacés. | | | |  |  |  |
| Vous êtes exposé.e à des propos discriminants. | | | |  |  |  |
| Vous êtes exposé.e à des propos insultants. | | | |  |  |  |
| Vous êtes exposé.e à des propos humiliants. | | | |  |  |  |
| Vous considérez faire l’objet d’un harcèlement sexuel. | | | |  |  |  |
| Vous avez peur sur votre lieu de travail. | | | |  |  |  |
| Vous considérez avoir des moyens suffisants pour mener à bien vos missions. | | | |  |  |  |
| Vous êtes témoin de tensions entre collègues | | | |  |  |  |
| Vous disposez d’un poste informatique fourni par votre structure. | | | |  |  |  |
| Vous avez accès aux formations nécessaires à l’exécution des taches demandées. | | | |  |  |  |
| Vous avez accès à des missions. | | | |  |  |  |
| Vous avez bénéficié d’un aménagement de votre poste de travail à la suite de préconisations du service de médecine de prévention | | | |  |  |  |
| Votre établissement a déployé le télétravail | | | |  |  |  |
| Vous avez été informé.e des modalités de déploiement du télétravail | | | |  |  |  |
| Vous avez fait une demande de télétravail | | | |  |  |  |
| Cette demande a été accordée | | | |  |  |  |
| Si vous n’avez pas fait de demande, vous envisagez de le faire | | | |  |  |  |
| **En qualité de nouvel arrivant, dans l’année de votre arrivée, vous avez eu :** | | une visite médicale. | |  |  |  |
| un livret d’accueil et/ou une présentation de votre structure. | |  |  |  |
| une formation santé, sécurité au travail. | |  |  |  |
| **Dans les dernières années, vous avez eu :** | | une visite médicale dans les 2 ans. | |  |  |  |
| une visite médicale dans les 5 ans. | |  |  |  |
| une formation continue dans les 2 ans. | |  |  |  |
| une formation continue dans les 5 ans. | |  |  |  |
| **Vous connaissez :** | | l’assistant.e de prévention de votre structure. | |  |  |  |
| le.a conseiller de prévention de votre délégation | |  |  |  |
| le.a représentant.e de l’institution qui vous emploie (délégué.e régional.e, président.e de l’université … | |  |  |  |
| le.a responsable des ressources humaines. | |  |  |  |
| le.a médecin du travail | |  |  |  |
| l’assistant.e social.e. | |  |  |  |
| les représentants du personnel de la F4SCT | |  |  |  |
| **Vous connaissez :** | | les consignes en cas d’évacuation incendie. | |  |  |  |
| les consignes en cas d’incident ou d’accident. | |  |  |  |
| les consignes en cas de crise (intrusion, rupture de confinement, catastrophe…) | |  |  |  |
| l’endroit où se trouve le registre santé, sécurité au travail | |  |  |  |
| l’endroit où se trouve le document unique et son contenu | |  |  |  |
| le contenu et l’état d’avancement du plan d’action de prévention de votre structure | |  |  |  |
| ***Vos remarques :*** | | | | | | |