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 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 :***  |