

VOTRE ENTREPRISE

1. Code APE (code d'activité principale) ou NAF (Nomenclature d'Activité Française)
2. Combien de salariés compte votre établissement ?
Merci d'indiquer un nombre entre 1 et 250
3. Service de santé au travail auquel vous êtes rattaché

VOUS ET VOTRE ENTREPRISE : Parlons de votre statut et de votre activité...

4. Êtes-vous dirigeant :
 - D'un site appartenant à un groupe
 - De votre propre entreprise
 - D'une association/organisation
5. Êtes-vous salarié :
6. Depuis quelle année travaillez-vous dans cette entreprise ?
7. Depuis quelle année en êtes-vous le dirigeant ?
8. En référence à la période antérieure à la pandémie, comment votre activité a-t-elle été affectée par la crise sanitaire (pendant le 1er confinement du 15 mars-11 mai 2020) ?
 - Arrêtée
 - Très fortement diminuée (50% ou plus)
 - Fortement diminuée (moins de 50%)
 - Inchangée
 - Augmentée
9. En référence à la période antérieure à la pandémie, comment votre activité a-t-elle été affectée par la crise sanitaire (actuellement) ?
 - Arrêtée
 - Très fortement diminuée (50% ou plus)
 - Fortement diminuée (moins de 50%)
 - Inchangée
 - Augmentée
10. La mise en place des modifications de fonctionnement de l'activité liée à la crise sanitaire a-t-elle été :
 - Facile
 - Plutôt facile
 - Plutôt difficile
 - Difficile
 - Je n'ai fait aucune modification

11. Actuellement, ces modifications ont-elles été :
- Supprimées
 - Allégées
 - Inchangées
 - Amplifiées
 - Je n'avais fait aucune modification
12. En référence à la période antérieure à la pandémie, votre entreprise rencontre-t-elle actuellement :
- un absentéisme : diminué, inchangé, augmenté ?
 - une motivation des équipes : diminuée, inchangée, augmentée ?
 - des résultats : diminués, inchangés, augmentés ?
13. Quelle est pour vous la principale source d'inquiétude parmi ces 3 critères ?
- La situation économique de mon entreprise
 - Les incertitudes autour des mesures restrictives mouvantes
 - La durée de la crise pour mon entreprise
14. Etes-vous confiant quant à l'avenir de votre entreprise ?
- Non pas du tout
 - Plutôt non
 - Plutôt oui
 - Oui tout à fait

VOUS ET VOTRE SANTÉ : Parlons de votre santé personnelle en lien avec cette crise...

15. Comment décririez-vous votre état de santé général (juste avant l'épidémie de Covid-19) ?
- Très bon
 - Bon
 - Assez bon
 - Mauvais
 - Très mauvais
16. Comment décririez-vous votre état de santé général (actuellement) ?
- Très bon
 - Bon
 - Assez bon
 - Mauvais
 - Très mauvais
17. Comment décririez-vous l'évolution de ces paramètres entre avant l'épidémie de COVID-19 et aujourd'hui ... ? Beaucoup moins bonne, Un peu moins bonne, À peu près la même, Un peu mieux, Beaucoup mieux ?
- Santé physique
 - Santé mentale/psychologique
 - Qualité de votre sommeil
 - Habitudes alimentaires

- Pratique sportive
- Conciliation travail et vie privée
- Santé physique
- Santé mentale/psychologique
- Qualité de votre sommeil
- Habitudes alimentaires
- Pratique sportive
- Conciliation travail et vie privée

18. Vous et la prise de certains médicaments (juste avant l'épidémie de Covid-19) :

- Tranquillisants (anxiolytiques)
- Antidépresseurs
- Somnifères (hypnotiques)
- Antalgiques
- Non concerné

19. Vous et la prise de certains médicaments (actuellement) :

- Tranquillisants (anxiolytiques)
- Antidépresseurs
- Somnifères (hypnotiques)
- Antalgiques
- Non concerné

VOUS ET LA SANTÉ AU TRAVAIL : Parlons de vos relations avec votre Service de Santé au Travail...

20. Avez-vous pensé à solliciter votre service de santé au travail pour vous apporter une aide concernant des situations particulières vécues dans votre entreprise ?

- Oui
- Non

21. Durant la crise les services de santé au travail ont mis en place des actions de sensibilisation (webinaires...), en avez-vous eu connaissance ?

- Oui
- Non

22. Si oui, ces actions ont-elles répondu à vos attentes (note de 0 à 10. 0 = Pas du tout ; 10 = Tout à fait)

23. Maintenant, pensez-vous contacter votre service de santé au travail dans un des domaines suivants pour vous aider dans la recherche des pistes d'action et plan de prévention pour la gestion de la situation postcritique ?

- Médical : oui/non
- Ergonomique : oui/non
- Chimique/toxicologique : oui/non
- Psychologie du travail : oui/non
- Actualisation du Document Unique d'Evaluation des Risques : oui/non
- Médical : oui/non

- Ergonomique : oui/non
- Chimique/toxicologique : oui/non
- Psychologie du travail : oui/non
- Actualisation du Document Unique d'Evaluation des Risques : oui/non

24. A l'avenir, quels sont les 3 risques prioritaires de votre entreprise pour lesquels votre service de santé au travail peut vous être utile ?

- Efforts physiques / Postures / Travail répétitif / Vibrations
- Risque de chute de personnes
- Equipement de protection
- Agents Chimiques Dangereux
- COVID-19, autres agents biologiques, infectieux
- Éclairage
- Travail sur écran
- Risques psychosociaux
- Travail isolé
- Températures et/ou bruit excessifs
- Horaires de travail particuliers / Travail de nuit
- Circulation interne de véhicules / Risque routier
- Rayonnements

VOS CARACTÉRISTIQUES PERSONNELLES : Quelques informations pour mieux vous connaître...

25. Genre :

Femme

Homme

26. Situation familiale :

27. Nombre d'enfants :

Dont à charge :

28. Plus haut diplôme obtenu (ou équivalent)

29. Vos remarques