



**VOTRE ENTREPRISE**

1.

Depuis quand êtes-vous adhérent au GIMS ?

\*



Moins de 12 mois

Entre 12 et 24 mois

Plus de 24 mois





2.

Quelle est l’effectif salarié de votre entreprise ?

\*







3.

Quel est votre code NAF/APE ?

\*

*5 caractères (ex: 0111Z)*







4.

Quel est le code postal de votre entreprise ?

\*







### **VOTRE CONNAISSANCE DE LA REGLEMENTATION**

5.

Savez-vous que la réglementation de la santé au travail a changé depuis le 1er janvier 2017 ?



OUI

NON





6.

Connaissez-vous les risques liés à l’activité de votre entreprise ?

\*



|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Pas du tout | Partiellement | En grande partie | Tout à fait |
|  |  |  |  |  |







7.

Savez-vous quels sont les postes à risques dans votre entreprise ?

\*



|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Pas du tout | Partiellement | En grande partie | Tout à fait |
|  |  |  |  |  |







8.

Savez-vous que la périodicité des visites est modifiée depuis le 1er janvier 2017 ?



OUI

NON





9.

Savez-vous que vous avez une obligation de sécurité de résultat en terme de prévention, santé et sécurité de vos salariés ?



OUI

NON





10.

Parmi vos obligations en matière de prévention, santé et sécurité de vos salariés, quelles mesures avez-vous mis en place ?



|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Pas du tout | Partiellement | En grande partie | Tout à fait |
| Une évaluation des risques et la rédaction du Document Unique et son Plan d’Action |  |  |  |  |
| Des formations à la prévention des risques professionnels |  |  |  |  |
| Des informations/ sensibilisations sur les risques professionnels |  |  |  |  |
| Des Equipements de Protection Individuels |  |  |  |  |







11.

Pensez-vous que vous êtes responsable devant la loi, de :



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | OUI | NON |
| La sécurité de vos salariés |  |  |
| La santé physique de vos salariés |  |  |
| La santé mentale de vos salariés |  |  |







12.

Avez-vous des remarques à nous formuler vis-à-vis de la réglementation en santé au travail et de la réforme de la médecine du travail ?







### **VOTRE CONNAISSANCE DES PRESTATIONS DU GIMS**

13.

Pour éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, savez-vous que le GIMS réalise les actions suivantes :

\*



|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Pas du tout | Partiellement | En grande partie | Tout à fait |
| Surveillance de l’état de santé des salariés |  |  |  |  |
| Aide / conseils dans l’identification des dangers et l’analyse des risques professionnels |  |  |  |  |
| Conseils pour le maintien dans l’emploi de vos salariés |  |  |  |  |
| Etudes de poste en vue de l’amélioration des conditions de travail, de leur adaptation / aménagement des locaux |  |  |  |  |
| Réalisation de mesures d’ambiance de travail (bruit, éclairage, température…) |  |  |  |  |
| Informations/ sensibilisations collectives des salariés (bruit, manutention, travail sur écran, risque routier, produits chimiques/ménagers…) |  |  |  |  |
| Informations collectives des employeurs (réglementation, Risques Psycho-Sociaux, Risque chimique, Risque routier, Troubles Musculo-Squelettiques, document unique…) |  |  |  |  |
| Conseils en matière d’organisation des secours et services d’urgence |  |  |  |  |
| Participation au CHSCT |  |  |  |  |







14.

Connaissez-vous l’identité de votre médecin du travail ?



OUI

NON





15.

Avez-vous déjà eu la visite, dans votre entreprise, d’un membre de notre équipe Santé au Travail ?

\*



OUI, il y a moins de 24 mois

OUI, il y a plus de 24 mois

NON

Je ne sais pas





16.

Si oui, de qui s’agissait-il ?

\*

*Vous pouvez cocher plusieurs cases*



Médecin

Infirmier(e)

Ingénieur risque chimique

Psychologue du travail

Ergonome

Assistant de Service de Santé au Travail (ASST)

Technicien hygiène et sécurité

Formateur

Je ne sais pas





17.

Qui était le demandeur de cette visite ?



Vous

Votre médecin du travail





18.

Votre fiche d’entreprise a-t-elle été réalisée par notre équipe ?

\*



OUI

OUI mais il faudrait la mettre à jour

NON

Je ne sais pas





19.

Si oui,



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | OUI | NON |
| Vous connaissez son contenu |  |  |
| Vous avez mis en application des préconisations du Médecin du Travail |  |  |
| Vous vous en êtes inspiré pour la rédaction de votre Document Unique |  |  |







20.

Avez-vous des remarques à nous formuler vis-à-vis de votre connaissance des prestations du GIMS ?







### **MIEUX APPREHENDER VOS BESOINS**

21.

De quel type d’intervention réalisée par le GIMS avez-vous bénéficié dans votre entreprise ?

\*



Réalisation de mesures de bruit, de vibrations, de lumière, ou prélèvements d’air (poussières…)

Etude de poste

Aide à l’adaptation des postes de travail

Evaluation du risque chimique

Aménagement des locaux

Aucune





22.

Si oui, cette intervention a-t-elle répondu à vos attentes ?



|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Pas du tout | Partiellement | En grande partie | Tout à fait |
|  |  |  |  |  |







23.

Pourquoi ? (Si plusieurs interventions, merci de préciser laquelle)







24.

A quelles(s) réunion(s) d’information employeur avez-vous participé (RDV de la prévention ou atelier) ?



Réglementation

Risque Psycho Sociaux (RPS)

Troubles Musculo-Squelettiques (TMS)

Risque routier

Risque chimique

Pénibilité

Intérim

Atelier document unique

Aucune





25.

Si oui, cette réunion /atelier a-t-elle répondu à vos attentes ?



|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Pas du tout | Partiellement | En grande partie | Tout à fait |
|  |  |  |  |  |







26.

Pourquoi ? (Si plusieurs réunions /ateliers, merci de préciser laquelle)







### **MIEUX APPREHENDER VOS BESOINS (suite)**

27.

Votre personnel a-t-il participé à une information collective : information courte d'environ 30 minutes (Bruit, Manutention, Produits chimiques / ménagers, Risque routier, Travail sur écran, Vaccinations, Accident Exposition Sang,…) ?



OUI

NON





28.

Si oui, pensez-vous que cette information a été bénéfique pour vos salariés ?



|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Pas du tout | Partiellement | En grande partie | Tout à fait |
|  |  |  |  |  |







29.

Pourquoi, en précisant si possible le(s) thèmes(s) de l'information ?







30.

Votre personnel a-t-il participé à une sensibilisation collective : sensibilisation approfondie de 3 à 7 heures (Travail sur écran, Dos et santé, Défibrillateur, Prévention des risques professionnels, RPS,…) ?



OUI

NON





31.

Si oui, pensez-vous que cette sensibilisation a été bénéfique pour vos salariés ?



|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Pas du tout | Partiellement | En grande partie | Tout à fait |
|  |  |  |  |  |







32.

Pourquoi, en précisant si possible le(s) thèmes(s) de la sensibilisation ?







33.

Nos actions citées précédemment sont-elles, selon vous, associées à une réduction :



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | OUI | NON |
| Du taux d’Accident du Travail/Maladie Professionnelle ? |  |  |
| Du taux d’absentéisme de vos salariés ? |  |  |







34.

Seriez-vous intéressés par des informations et des conseils sur ?



|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Pas du tout | Partiellement | En grande partie | Tout à fait |
| Risque bruit |  |  |  |  |
| Risque lié au travail sur écran |  |  |  |  |
| Risques Psycho-Sociaux (stress au travail…) |  |  |  |  |
| Troubles Musculo-Squelettiques (mal de dos…) |  |  |  |  |
| Addictions (alcool, drogues…) |  |  |  |  |
| Rédaction de documents réglementaires (DUERP…) |  |  |  |  |
| Maintien ou retour à l’emploi |  |  |  |  |
| Aménagement des locaux |  |  |  |  |
| Risque amiante |  |  |  |  |
| Hygiène de vie (nutrition, sommeil, alcool, tabac, drogues…) |  |  |  |  |
| Accompagnement au changement (réorganisation…) |  |  |  |  |
| Risque routier |  |  |  |  |
| Risque chimique |  |  |  |  |
| Risque manutention |  |  |  |  |







35.

Si autre(s) thème(s), merci de préciser







36.

Avez-vous eu besoin de mettre en place des actions de maintien dans l’emploi pour au moins un de vos salariés?

\*



OUI

NON





37.

Si oui, quel type d’action ?

\*



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | OUI | NON |
| Aménagement de poste |  |  |
| Reclassement professionnel |  |  |
| Formation / reconversion |  |  |
| Aide au retour à l’emploi (tutorat) |  |  |
| Information sur la visite de pré-reprise |  |  |
| Autres |  |  |







38.

Si autres, merci de préciser







39.

Considérez-vous que le GIMS vous a bien accompagné dans cette démarche ?

\*



|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Pas du tout | Partiellement | En grande partie | Tout à fait |
|  |  |  |  |  |







40.

Pourquoi ?







41.

De quelles prestations complémentaires souhaiteriez-vous bénéficier ?







### **INFORMATIONS ET COMMUNICATION**

42.

Nos dernières communications concernant la modernisation de la médecine du travail, vous ont-elles permises de mieux comprendre cette réforme ?



|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Pas du tout | Partiellement | En grande partie | Tout à fait |
|  |  |  |  |  |







43.

Quelles ressources utilisez-vous pour vous informer en matière de Santé au Travail ?

*Vous pouvez cocher plusieurs cases*



Le GIMS

Vos collègues professionnels

Votre Syndicat professionnel

Votre comptable/Conseiller juridique

Les organismes de prévention (OPPBTP, CARSAT,DIRECCTE)

Les sites internet spécialisés

La presse écrite/radio/TV

Autre(s)





44.

Si autre(s) source(s) d’information, merci de préciser :







45.

Quelles sources d’information du GIMS utilisez-vous ?

*Vous pouvez cocher plusieurs cases*



Votre Médecin du travail

Le site internet du GIMS

Nos mails sur l’actualité du service

Nos brochures d’information

Notre lettre d’information trimestrielle

Nos réunions d’information collectives « Les rendez-vous de la Prévention »

Je n’utilise pas les sources d’information proposées par le GIMS





46.

Comment souhaitez-vous être informés par votre Service de Santé au Travail ?

*Vous pouvez cocher plusieurs cases*



Par mail

Par courrier

Sur le site internet www.gims13.fr

Par SMS

Sur les réseaux sociaux





47.

Savez-vous que notre portail adhérent GIMS4U vous permet de



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | OUI | NON |
| Mettre à jour la liste de vos salariées |  |  |
| Déclarer les risques professionnels de vos salariés |  |  |
| Consulter et imprimer vos factures |  |  |
| Consulter la liste des RDV à venir |  |  |







48.

Si oui, son utilisation a-t-elle répondu à vos attentes ?



|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Pas du tout | Partiellement | En grande partie | Tout à fait |
|  |  |  |  |  |







49.

Pourquoi ?







### **VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION DU SUIVI DE VOTRE ENTREPRISE**

50.

Quel est votre niveau de satisfaction concernant la qualité des relations avec l’équipe Santé Travail (médecin, infirmière, secrétaire médical, AST, techniciens en métrologie, ergonomie, ingénieur, formateur, psychologue…) ?

\*



|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Insatisfait | Plutôt insatisfait | Satisfait | Très satisfait |
|  |  |  |  |  |







51.

Pourquoi ?







52.

Quel est votre niveau de satisfaction concernant la qualité des relations avec l’équipe administrative (gestion des adhésions, facturation…) ?

\*



|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Insatisfait | Plutôt insatisfait | Satisfait | Très satisfait |
|  |  |  |  |  |







53.

Pourquoi ?







54.

Quel est votre niveau de satisfaction concernant la facilité pour contacter le GIMS (téléphone, mail…) ?

\*



|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Insatisfait | Plutôt insatisfait | Satisfait | Très satisfait |
|  |  |  |  |  |







55.

Pourquoi ?







56.

Quel est votre niveau de satisfaction concernant la clarté des réponses obtenues ?

\*



|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Insatisfait | Plutôt insatisfait | Satisfait | Très satisfait |
|  |  |  |  |  |







57.

Pourquoi ?







58.

Quel est votre niveau de satisfaction globale vis-à-vis du GIMS ?

\*

Totalement instatisfait

Parfaitement satisfait

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |





59.

Pourquoi ?







### **LIBRE EXPRESSION**

60.

Avez-vous quelque chose à ajouter ?







61.

Nom de votre entreprise

*Facultatif mais nécessaire si vous souhaitez participer au tirage au sort de la mallette de 1er secours*







62.

Numéro d'adhérent

*Facultatif*







63.

Réservé au GIMS - Questionnaire papier ?



oui

**Un grand merci pour votre participation et le temps que vous nous avez consacré.**

**Nous espérons que la collaboration avec nos équipes pluridisciplinaires saura vous satisfaire.**