



QUESTIONNAIRE AGENTS

Document unique

Modèle
v8 – 12/03/14
Pôle santé sécurité

Ce questionnaire est destiné à recueillir votre avis sur les conditions de travail, afin d'intégrer le personnel dans la démarche d'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs. Veuillez svp le remplir et le retourner à votre service des Ressources Humaines ou votre Assistant/Conseiller de Prévention (ex-ACMO) dans les meilleurs délais.

Prénom NOM (facultatif) :
Poste : Service / équipe :
Horaires : Nombre d'agents :
Date : Responsable :

Souhaitez-vous que ce questionnaire soit détruit à l'issue de son traitement ? Oui Non

1) Quelles sont les tâches que vous réalisez le plus souvent ?

.....
.....
.....
.....

2) Quelles sont les tâches que vous appréciez le plus ? Pourquoi ?

.....
.....
.....

3) Quelles sont les tâches que vous appréciez le moins ? Pourquoi ?

.....
.....
.....

4) Vous êtes vous déjà fait mal sur votre lieu de travail ? Si oui, dans quelles circonstances ?

.....
.....
.....
.....

5) L'une de vos tâches vous pose-t-elle plus de problèmes ou vous paraît-elle plus dangereuse que les autres ?

.....
.....
.....
.....

6) Que pensez-vous de vos locaux ? Vous semblent-ils parfois inadaptés à vos missions ?

.....
.....
.....
.....

7) Ressentez-vous un manque en matière de formation ? Si oui précisez

.....
.....
.....

8) Un manque en terme de matériel ? Si oui précisez

.....
.....
.....
.....

9) Un manque en terme d'Equipements de Protection Individuelle (EPI) ? Si oui précisez

.....
.....
.....

10) Avez-vous déjà été victime d'agressions verbales ou physiques au cours de votre travail ? Si oui, dans quelles circonstances ?

.....
.....
.....
.....

11) Considérez-vous votre travail comme source de stress ? Si oui, pourquoi ?

.....
.....
.....

12) Avez-vous d'autres points à améliorer dans votre milieu de travail ? Si oui, lesquels ?

.....
.....
.....

Fin du questionnaire – Merci de votre participation !