|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identification :** | **Chrono Départ (numéro court)**. | | | |
| **Nom du FDR** : | ACHATS | | Diffusion\* : | Sélection diffusion. |
| **QUESTIONNAIRE SECURITE** | | | | |
| **Complété par :** | | Nom | | |
|  | | Fonction | | |
| **Date :** | | Cliquez ici pour entrer une date. | | |

La sécurité est un enjeu majeur pour l’Andra qui porte une attention toute particulière aux démarches de prévention des risques.

Le questionnaire sécurité ci-joint doit être renseigné en totalité par le candidat et ses éventuels sous-traitants. Dans l’appréciation des offres, il sera tenu compte des renseignements fournis.

Ce questionnaire comporte une fiche d’identification de l’entreprise et trois rubriques concernant :

1. La politique de sécurité de l’entreprise,
2. Son expérience dans le domaine de l’application de l’article R.4512-7 du Code du Travail (reprenant le décret n° 92-158 du 20 février 1992), à savoir les plans de prévention,
3. Son expérience dans le domaine de la réalisation de chantiers de construction soumis à un plan général de coordination et à une mission de coordination SPS (articles L.4532-2, 4532-4, 4532-8, 4532-9 du Code du Travail),
4. Ses résultats dans le domaine de la prévention des risques.

# FICHE D’IDENTIFICATION DE L’ENTREPRISE

(À remplir par toute entreprise, y compris sous-traitante)

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de l’entreprise |  |
| Code NAF |  |
| Adresse du siège |  |
| Téléphone du siège |  |
| Adresse E-mail |  |
| Nom du chef d’entreprise |  |
| Nom de l’animateur sécurité |  |
| Nom du secrétaire du C.S.S.C.T |  |

# LES TRAVAUX REALISES

Désignation des travaux :

Si l’entreprise est sous-traitante, nom du Titulaire du contrat principal :

Durée des travaux :

Intervention en une fois ou fractionnée sur les 12 mois glissants :

# LE PERSONNEL

Effectif total de l’entreprise présent pendant les travaux :

Nombre de Sauveteurs - Secouristes du Travail (SST) présents pendant les travaux :

Nombre d’équipiers de première intervention incendie présents pendant les travaux :

# POLITIQUE DE SECURITE DE L’ENTREPRISE

(Des exemples de réalisations récentes en matière de sécurité peuvent être joints)

| **QUESTION** | **COMMENTAIRE / DOCUMENT JOINT** | |
| --- | --- | --- |
| La Direction a-t-elle formalisé par écrit sa politique en matière de sécurité ? | Oui  Non | Si oui, la joindre. |
| Existe-t-il un service chargé de la Sécurité ou une personne qui anime la prévention des risques dans l’entreprise ? | Oui  Non | Si oui, indiquer son organisation, le titre, les missions du service chargé de la Sécurité et, dans le cas d’un(e) animateur(trice) Sécurité, préciser ses missions et indiquer son CV. |
| L’entreprise dispose-t-elle d’un  C.S.S.C.T. ? | Oui  Non |  |
| Quelle est le Service de Santé au Travail qui suit les salariés ? | Indiquer notamment en cas d’intervention en zone radiologique, quelle est le Service de Santé au Travail qui délivre les aptitudes médicales des salariés exposés aux rayonnements ionisants. | |
| Existe-t-il un plan de formation sécurité mis en place pour l’année ? | Oui  Non | Si oui, merci de bien vouloir le communiquer. |
| Quel est le pourcentage de la masse salariale consacré à la formation ? |  | |
| Quelle est la part de ce budget formation consacré à la sécurité ? |  | |
| Existe-t-il des procédures et des consignes de sécurité écrites ? | Oui  Non | Si oui, quelles sont-elles, et comment est  organisé le suivi de ces documents sur le terrain : |
| Existe-t-il un suivi systématique dans l’entreprise pour :   * La réglementation ? * Les normes applicables ? * Les procédures de mise en conformité CE ? | Oui  Non | Si oui, fournir les détails : |
| Existe-t-il un suivi dans l’entreprise pour :   * Les formations ? * Les titres d’autorisation et les titres d’habilitation (conduite d’engin : CACES ; électricité ; etc.) ? * Les recyclages des SST ? * Les équipiers de 1ère intervention ? | Oui  Non | Si oui, fournir les détails : |
| L’entreprise fait-elle une enquête systématiquement après un accident ou un incident grave ? | Oui  Non | Si oui, indiquer comment est organisé le retour d’expérience suite aux accidents : |
| Quels sont les types d’accidents, de soins bénins, les plus fréquents survenus dans l’entreprise sur les 12 derniers mois ? | Oui  Non |  |

Expérience dans le domaine de l’application de l’article l.4512-7 du code du travail (reprenant le décret n° 92-158 du 20 février 1992), à savoir   
les plans de prévention

| **QUESTION** | **COMMENTAIRE / DOCUMENT JOINT** | |
| --- | --- | --- |
| L’entreprise a-t-elle déjà exécuté des opérations nécessitant la rédaction d’un plan de prévention ? | Oui  Non | Si oui, combien ? |
| Qui participe à l’établissement du plan de prévention ? |  | |
| Comment est faite l’information des salariés et par qui ? |  | |
| Qui assure le suivi et la gestion du plan de prévention ? |  | |

Expérience dans le domaine de la réalisation de chantiers de construction   
soumis à un plan général de coordination et à une mission de coordination SPS   
(articles l.4532-2, 4532-4, 4532-8, 4532-9 du code du travail)

| **QUESTION** | **COMMENTAIRE / DOCUMENT JOINT** | |
| --- | --- | --- |
| L’entreprise a-t-elle déjà exécuté des opérations nécessitant la rédaction d’un plan particulier de sécurité et de protection de la santé (PPSPS) ? | Oui  Non | Si oui, combien ? |
| Qui participe à l’établissement de ce PPSPS ? |  | |
| Comment est faite l’information des salariés et par qui ? |  | |
| Qui assure le suivi et la gestion de ce PPSPS ? |  | |
| Dans le cadre de chantiers avec CISSCT (Collèges Interentreprises de Sécurité, de Santé et des. Conditions de Travail), qui représente l’entreprise à ce CISSCT ? |  | |

# RESULTATS DANS LE DOMAINE DE LA PREVENTION DES RISQUES

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **STATISTIQUES EN MATIERE**  **D’ACCIDENTS DU TRAVAIL  SUR LES DERNIERES ANNEES** | **Année n-4** | **Année n-3** | **Année n-2** | **Année n-1** |
| Nombre d’accidents sans arrêt de travail |  |  |  |  |
| ANombre d’accidents avec arrêt de travail supérieur à 1 jour |  |  |  |  |
| Nombre d’heures de travail totales de l’entreprise |  |  |  |  |
| Nombre d’heures de travail sur chantier |  |  |  |  |
| Nombre de jours d’arrêt de travail |  |  |  |  |
| **TF et TG dans votre domaine d’activité (à préciser)** |  |  |  |  |
| **Taux de Fréquence (TF)**  (nombre d’accidents avec arrêt de travail multiplié par 1000000 divisé par le nombre d’heures travaillées) |  |  |  |  |
| **Taux de Gravité (TG)**  (nombre de jours d’arrêt de travail multiplié par 1000 divisé par le nombre d’heures travaillées) |  |  |  |  |
| **Taux de cotisation AT (Accident du**  **Travail) à la CRAM en % de la masse salariale :** |  |  |  |  |
| * Nom du groupement d’activité : code du numéro de risque de l’activité de l’entreprise |  |  |  |  |
| * Taux collectif net du groupement d’activité |  |  |  |  |
| * Taux net notifié à l’entreprise |  |  |  |  |
| * Effectif de l’entreprise |  |  |  |  |