

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.

### 1. 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	

## 2. 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 :

## 3. LE PERSONNEL

Effectif total de l'entreprise présent pendant les travaux :

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

Nombre d'équippers de première intervention incendie présents pendant les travaux :

## 4. 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 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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 ?	

QUESTION	COMMENTAIRE / DOCUMENT JOINT	
Existe-t-il des procédures et des consignes de sécurité écrites ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	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 : <input type="radio"/> La réglementation ? <input type="radio"/> Les normes applicables ? <input type="radio"/> Les procédures de mise en conformité CE ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui, fournir les détails :
Existe-t-il un suivi dans l'entreprise pour : <input type="radio"/> Les formations ? <input type="radio"/> Les titres d'autorisation et les titres d'habilitation (conduite d'engin : CACES ; électricité ; etc.) ? <input type="radio"/> Les recyclages des SST ? <input type="radio"/> Les équipiers de 1ère intervention ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui, fournir les détails :
L'entreprise fait-elle une enquête systématiquement après un accident ou un incident grave ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

**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 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	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 ?		

## 5. 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				
<b>TF et TG dans votre domaine d'activité (à préciser)</b>				
<b>Taux de Fréquence (TF)</b> (nombre d'accidents avec arrêt de travail multiplié par 1000000 divisé par le nombre d'heures travaillées)				
<b>Taux de Gravité (TG)</b> (nombre de jours d'arrêt de travail multiplié par 1000 divisé par le nombre d'heures travaillées)				
<b>Taux de cotisation AT (Accident du Travail) à la CRAM en % de la masse salariale :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nom du groupement d'activité : code du numéro de risque de l'activité de l'entreprise</li> <li>Taux collectif net du groupement d'activité</li> <li>Taux net notifié à l'entreprise</li> <li>Effectif de l'entreprise</li> </ul>				