

BILAN D'ACTIVITE ASSISTANT DE PREVENTION

QUESTIONNAIRE PERSONNEL

Nom : _____ **Prénom :** _____ **Période considérée :**
année universitaire 202X-202X

Est-ce qu'une modification de votre activité principale au cours de cette année a influé sur la réalisation de vos missions d'Assistant de Prévention ?

Combien de temps en moyenne consacrez-vous à votre activité d'AP ? ... % OUI NON

Votre fonction d'AP est-elle reconnue et notée dans votre fiche de poste ?

Avez-vous suivi des formations Santé Sécurité cette année ?

Si oui, lesquelles ?

Dans la suite du document :

- **les encarts verts vous permettent de vous exprimer librement sur chaque thématique abordée et éventuellement d'extraire des points pour alimenter votre programme d'actions pour l'année à venir,**
- **les encarts rouges vous permettent, une fois complétés, de mesurer la répartition du temps affecté à la réalisation de vos missions et éventuellement de comparer le volume total à votre quotité allouée,**
- **les thématiques placées dans un encart orange traitent de missions qui ne relèvent pas du cadre des missions d'un AP mais qui méritent potentiellement une discussion dans le cadre de ce bilan, notamment en termes de temps alloué.**

ACCUEIL DES NOUVEAUX ARRIVANTS

Lorsqu'un nouvel arrivant (personnel / étudiant) arrive dans votre structure, êtes-vous systématiquement informé(e) ? OUI NON

Réalisez-vous une formation sécurité pour ces nouveaux arrivants ?

Combien de temps dure cette formation ? ... h ou ... j

Après de combien de personnes arrivées cette année dans votre structure avez-vous effectué un accueil SST ? ... personne(s)

Au bout de combien de temps effectuez-vous cette formation ?

Dès l'arrivée Dans la semaine Dans le mois > 1 mois

Si l'accueil est réalisé après une période de plus d'un mois, expliquez pourquoi le délai a été plus long ?

Une formation spécifique au poste de travail est-elle réalisée par l'encadrant pour chaque nouvel arrivant ? OUI NON

Au bout de combien de temps cette formation spécifique est-elle effectuée ?

Dès l'arrivée Dans la semaine Dans le mois > 1 mois

Si la formation au poste de travail est réalisée après une période de plus d'un mois ou non réalisée, expliquez pourquoi ?

Avez-vous des points particuliers à faire remonter (difficultés rencontrées, points positifs, retours, valorisation, fierté ...) ?

Estimation approximative du temps passé à réaliser des missions de cette thématique au cours de l'année (h/sem, j/an, ...) ... / ...

COLLECTE DES BESOINS EN FORMATION SANTE SECURITE AU TRAVAIL

	OUI	NON
Etes-vous systématiquement consulté(e) à propos des besoins en formation SST dans votre structure ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Connaissez-vous les formations SST disponibles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous informé(e) des formations SST suivies par les personnels de votre structure ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des points particuliers à faire remonter (difficultés rencontrées, points positifs, retours, valorisation, fierté ...) ?		
Estimation approximative du temps passé à réaliser des missions de cette thématique au cours de l'année (h/sem, j/an, ...)		... / ...

ORGANISATION DE LA PREVENTION

	OUI	NON
Etes-vous informé(e) en amont de chaque changement organisationnel (nouvelle activité, nouvel équipement, nouveau logiciel, nouvelle expérimentation, ...) pouvant présenter des risques pour la santé et la sécurité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, êtes-vous associé(e) à l'évaluation des risques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous participé, à la demande de la direction, à des actions de sensibilisation à la sécurité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous participé à la mise à jour des informations ou des outils disponibles consacrés à la santé et sécurité au travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous participé à des échanges relatifs à la SST dans des espaces de communication dédiés (réunions, AG, ...) de votre structure ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous participé à des réunions ou « points sécurité » réguliers avec votre chef de service ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous participé à l'organisation des secours (chargés d'évacuation, trousse de secours, SST/PSC1, ...) dans votre structure ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été associé(e) à la réflexion autour de l'organisation du travail permettant de maîtriser les risques liés au travail isolé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des points particuliers à faire remonter (difficultés rencontrées, points positifs, retours, valorisation, fierté ...) ?		
Estimation approximative du temps passé à réaliser des missions de cette thématique au cours de l'année (h/sem, j/an, ...)		... / ...

EVALUATION DES RISQUES

Comment êtes-vous impliqué(e) dans l'évaluation des risques et sa retranscription dans le DUER ?

Comment êtes-vous impliqué(e) dans la mise en place du plan d'actions ?

Avez-vous des points particuliers à faire remonter (difficultés rencontrées, points positifs, retours, valorisation, fierté ...) ?

Estimation approximative du temps passé à réaliser des missions de cette thématique au cours de l'année passée (h/sem, j/an, ...)

... / ...

RECUEIL D'INFORMATIONS / OBSERVATIONS / SUGGESTIONS SANTE ET SECURITE

	OUI	NON
L'utilisation du registre santé et sécurité au travail est-elle acquise* dans votre structure ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si non, pourquoi ? Propositions d'amélioration ?		
Avez-vous participé à l'analyse des mentions dans le registre SST ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous participé à la mise en place des mesures préventives et/ou correctives à la suite de ces analyses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous rencontré des difficultés dans la remontée des mentions inscrites dans le registre SST jusqu'au chef de service ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des points particuliers à faire remonter (difficultés rencontrées, points positifs, retours, valorisation, fierté ...) ?		
Estimation approximative du temps passé à réaliser des missions de cette thématique au cours de l'année passée (h/sem, j/an, ...)		... / ...

* = porter mentions de tout incident, d'accident, de presque accident, de propositions d'amélioration des conditions de travail et procéder à l'analyse des Accidents du Travail

GESTION DES VERIFICATIONS ET CONTROLES PERIODIQUES REGLEMENTAIRES

	OUI	NON
Avez-vous participé au suivi des vérifications et contrôles périodiques des équipements de votre structure ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au cours de cette année, avez-vous réalisé ou fait réaliser des mises en conformité d'équipements suite à ces contrôles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, lesquelles ?		
En cas de non-conformité, avez-vous mis en place un suivi de l'exposition des agents jusqu'à la mise en conformité de l'équipement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des points particuliers à faire remonter (difficultés rencontrées, points positifs, retours, valorisation, fierté ...) ?		
Estimation approximative du temps passé à réaliser des missions de cette thématique au cours de l'année passée (h/sem, j/an, ...)		... / ...

GESTION DES FICHES INDIVIDUELLES D'EXPOSITION

	OUI	NON
Si votre structure est concernée, avez-vous participé à la diffusion et communication autour des fiches individuelles d'exposition et de leur intérêt/obligation (agents chimiques dangereux, ROA, RI) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des points particuliers à faire remonter (difficultés rencontrées, points positifs, retours, valorisation, fierté ...) ?		
Estimation approximative du temps passé à réaliser des missions de cette thématique au cours de l'année passée (h/sem, j/an, ...)		... / ...

GESTION DES INTERVENTIONS DES ENTREPRISES EXTERIEURES

	OUI	NON
Avez-vous été associé(e) en amont de l'intervention d'entreprises extérieures ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous participé à la rédaction des documents obligatoires en amont de l'intervention d'entreprises extérieures (visite d'inspection préalable, plan de prévention, protocole de sécurité, ...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des points particuliers à faire remonter (difficultés rencontrées, points positifs, retours, valorisation, fierté ...)?		
Estimation approximative du temps passé à réaliser des missions de cette thématique au cours de l'année passée (h/sem, j/an, ...)		... / ...

GESTION DES DOSSIERS D'AUTORISATION

	OUI	NON
Avez-vous été associé(e) à la rédaction ou au suivi des dossiers administratifs de votre structure (CODECOH, MOT, OGM,...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des points particuliers à faire remonter (difficultés rencontrées, points positifs, retours, valorisation, fierté ...)?		
Estimation approximative du temps passé à réaliser des missions de cette thématique au cours de l'année passée (h/sem, j/an, ...)		... / ...

GESTION DES DECHETS DANGEREUX

	OUI	NON
Etes-vous en charge de la gestion des déchets dangereux de votre structure ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des points particuliers à faire remonter (difficultés rencontrées, points positifs, retours, valorisation, fierté ...)?		
Estimation approximative du temps passé à réaliser des missions de cette thématique au cours de l'année passée (h/sem, j/an, ...)		... / ...

BILAN ET PERSPECTIVES – CONCLUSION DE L'AP

Quelles difficultés avez-vous rencontrées cette année dans la réalisation de vos missions d'AP ?

Quels points positifs retirez-vous de la réalisation de vos missions d'AP ?

	OUI	NON
Souhaitez-vous poursuivre vos missions d'AP ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, quels sont vos projets ou actions Santé et Sécurité au Travail programmées pour l'année prochaine ?		
Si oui, y a-t-il des évolutions à apporter à votre lettre de cadrage ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous besoin de moyens supplémentaires (temps, budget, formation...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BILAN ET PERSPECTIVES – POINTS FORTS DE L'ENTRETIEN ET DEFINITION DES OBJECTIFS ET MOYENS POUR L'ANNEE A VENIR

.....

	OUI	NON
La direction souhaite-t-elle maintenir l'AP à ces fonctions ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, quels objectifs coconstruits sont retenus pour l'année à venir ?

.....

Si oui, quelles modifications sont à apporter à la lettre de cadrage ?

.....

Si oui, quels moyens sont alloués pour la réalisation de ces objectifs ?

.....