

Merci de retourner le questionnaire renseigné

- par mail à l'adresse suivante : etienne.fichot@ortec.fr ou lolita.capon@ortec.fr

SI VOUS RENCONTREZ DES DIFFICULTES POUR REMPLIR CE QUESTIONNAIRE, VOUS POUVEZ CONTACTER : Mr Fichot au 06.11.17.31.72 ou Mme Capon au 06.88.07.28.49

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Nom de l'entreprise : GENIE FLEXION	<u>(Cachet de l'entreprise)</u>
Adresse : 1330 RUE ACHILLE PERES	
Code postale : 59640	
Ville / Pays : DUNKERQUE	
Téléphone : 0374130350	
Fax :	
Email : dunkerque@genieflexion.com	
Nom du responsable : Buyssechaert Clément	



1) DESCRIPTION DES ACTIVITES

Descriptifs des activités : Réparation, remplacement flexibles

2) MANAGEMENT QUALITE/ SECURITE-SANTE / ENVIRONNEMENT / RADIOPROTECTION (QSSE-RP)

Votre entreprise détient-elle une des certifications suivantes ou bien est-elle en cours de certification ? Précisez et joindre la copie du(des) certificat(s) :

- ISO 9001 ISO 14001 MASE ou ISO 45001 (rayer les mentions inutiles) RADIOPROTECTION
 Autres :

Nom et E-mail du responsable SSE : Marjory BOULOGNE Resp QHSE

Nom et E-mail du conseiller RP (si concerné)°

1	Avez-vous défini une politique et des objectifs en matière de QSSE-RP ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/>	Si oui, lesquels ? (joindre une copie)
2	Avez-vous mis en place une organisation en matière de QSSE-RP ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/>	Si oui, décrivez laquelle (organigramme, définition de fonctions...):
3	Réalisez-vous des causeries avec le personnel dans les domaines QSSE-RP ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/>	Si oui, décrivez comment :
4	Avez-vous un plan de formation et un système d'habilitation du personnel ? OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Si oui, décrivez lesquels : formation et habilitation HY1
5	Avez-vous un système d'accueil des nouveaux embauchés (y compris les temporaires) ; sont-ils informés des risques et des moyens de prévention ? OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Si oui, décrivez lequel : formation initiale pour chaque embauche
6	Avez-vous analysé les risques liés à vos activités et déterminé des actions de prévention ? <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Si oui, décrivez comment : oui analyse des risques réguliere
7	Avez-vous un système de suivi du matériel ? OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Si oui, décrivez lequel : oui

8	Avez-vous un système de traitement des écarts et d'analyse des causes (incluant les accidents et incidents) ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/>	Si oui, décrivez lequel :
9	Mettez-vous en œuvre des actions correctives ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Si oui, décrivez comment :
10	Avez-vous un système d'audits QSSE-RP de vos interventions ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/>	Si oui, décrivez lequel :
11	Avez-vous des indicateurs QSSE-RP ? OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Si oui, décrivez lesquels :
12	Avez-vous un dispositif de capitalisation du retour d'expérience à l'issue de vos interventions ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/>	Si oui, décrivez comment :
13	Avez-vous mis en place un système de remontées d'informations ? OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Si oui, décrivez comment :

3) INDICATEURS SECURITE

Principaux risques liés à votre activité :

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Incendie | <input checked="" type="checkbox"/> Chute de hauteur – d'objet | <input type="checkbox"/> Bruit |
| <input type="checkbox"/> Electricité | <input checked="" type="checkbox"/> Manutentions manuelles | <input type="checkbox"/> Travaux superposés |
| <input checked="" type="checkbox"/> Mécanismes en mouvement | <input type="checkbox"/> Espace confiné | <input checked="" type="checkbox"/> chute de plain pied |
| <input type="checkbox"/> Projection | <input type="checkbox"/> Brulure thermique | <input type="checkbox"/> Asphyxie |
| <input type="checkbox"/> Produit toxique | <input type="checkbox"/> Poussières | <input checked="" type="checkbox"/> Risques routiers |
| <input type="checkbox"/> Brûlure chimique | <input type="checkbox"/> Travail avec masque respiratoire | <input type="checkbox"/> Vibrations |
| <input type="checkbox"/> Légionnelles | <input type="checkbox"/> Produits CMR | |
| <input type="checkbox"/> Autres : | | |

Année (3 Années précédentes)	Nombre d'Accidents		Taux de Fréquence TF	Taux de Gravité : TG	Temps passé sur nos chantiers (en h)
	Avec arrêt	Sans arrêt			
2024	16	7	46.51	1.51	343980.76
2023	21	4	58.92	2.55	356428.44
2022	24	1	69.02	2.02	347711.45

4) RECAPITULATIF DES ANNEXES A JOINDRE

- ◆ **Politique QSE de l'année en cours**
- ◆ **Certifications, accréditations, agréments ou autres qualifications d'organismes**

Questionnaire rempli par : Marjory BOULOGNE Date : 02/04/2025 Visa

Fonction : Resp QHSE