

Enquête Entreprise

Plan de déplacements interentreprises et risques routiers
→ Enquête préalable Entreprise pour une meilleure mobilité

L'objectif de ce plan de déplacements ? Apporter aux salariés et aux entreprises de la zone d'activités des solutions alternatives au «tout voiture» afin d'optimiser les déplacements des personnes et marchandises.

Pour une offre adaptée à votre quotidien, pour cerner vos besoins et ceux de vos salariés, utilisez le questionnaire joint*.

Ce document est à remplir par l'entreprise et à compléter lors d'un entretien entre la personne référente de l'entreprise et le pilote du PDIE.

1. DONNÉES GÉNÉRALES SUR L'ENTREPRISE

L'ENTREPRISE

Enseigne ou raison sociale :

SIRET :

Adresse :

B.P. Code Postal : Ville :

Téléphone : Mail :

Site Internet :

Siège Social : Oui Non (établissement)

Code APE :

Activité :

Statut juridique de l'entreprise : SAS SA SASU SNC SCI
 SARL EURL Entreprise individuelle

Nom du dirigeant : Prénom :

VIE DE L'ENTREPRISE

1.1. Entreprise adhérente à une association d'entreprises / de zone : Oui Non

1.2. Date d'implantation sur la zone d'activité :

Implantation précédente : Même ZA Autre :

* Les éléments fournis par l'entreprise ainsi que les données issues de ces enquêtes demeurent confidentielles. Seuls les éléments vulgarisés au niveau de la zone d'activités pourront être communiqués ou publiés. Aucune référence nominative de l'entreprise n'apparaîtra.

1.3. Installation classée (ICPE) : Oui Non

Si oui : Seveso (AS) Autorisation (A) Enregistrement (E)
 Déclaration avec autocontrôle (DC) Déclaration (D)

1.4. Certificats : ISO 14001 Envol ISO 9001
 OHSAS 18001 ILO-OHS 2001 Autre :

2. PLAN DE DÉPLACEMENTS INTERENTREPRISES (PDIE)

PERSONNE RÉFÉRENTE DU PROJET DE PDIE

Nom, prénom :

Fonction :

Téléphone : Mail :

DONNÉES RESSOURCES HUMAINES

2.1. Nombre de salariés : personnes

2.2. Nombre de salariés précaires : personnes

Dont intérimaires : personnes

2.3. Nombre de salariés handicapés : personnes

2.4. Répartition des salariés par temps de travail :

| | Temps plein % | Temps partiel % |
|-------|---------------|-----------------|
| Total | | |

2.5. Répartition des salariés par tranche d'âge / genre

| | 18 à 25 ans | 26 à 40 ans | 41 à 56 ans | Plus de 56 ans |
|-------|-------------|-------------|-------------|----------------|
| Total | | | | |

2.6. Répartition des salariés par statut

| | Direction/ managers | Cadres | Commerciaux/ itinérants | Techniciens supérieurs | Employés/ ouvriers* |
|-------|------------------------|--------|----------------------------|---------------------------|------------------------|
| Total | | | | | |

*Apprentis inclus

2.7. Avez-vous un CHSCT ou des DP ? Oui Non

Si oui, sont-ils associés au projet ? Oui Non

2.8. Organisation du travail

L'entreprise est-elle organisée en postes ? Oui Non

Si oui :

De quel type de poste s'agit-il ? 2 x 8 3 x 8 Week-end Autre :

Quels sont les horaires de prise / changement de poste ? (travail de nuit à identifier)

.....

En moyenne, quels sont les flux de salariés pour ces prises/changements de poste ?

.....

Si non :

Quels sont les jours de travail ?

.....

Quels sont les horaires de travail ?

.....

Y a-t-il des horaires fractionnés (avec coupure) ?

.....

Y a-t-il des horaires variables ?

.....

2.9. Télétravail et visioconférence

- Avez-vous mis en place le télétravail ? Oui Non

Si oui :

Nombre de salariés concernés :

Part de télétravail dans leur activité (en % du temps de travail) :

Satisfaction : Excellente Bonne Insatisfaisante Très insatisfaisante

Seriez-vous prêt à développer / mettre en place ce dispositif ? Oui Non

- Avez-vous mis en place la vidéoconférence ? Oui Non

Si oui :

De combien de salles disposez vous : Quel est leur taux d'utilisation (en %) ?

Satisfaction : Excellente Bonne Insatisfaisante Très insatisfaisante

Si non :

Seriez-vous prêt à développer / mettre en place ce dispositif ?

Oui Non

Seriez-vous prêt à partager des salles de vidéoconférence avec d'autres entreprises ?

Oui Non

2.10. Trajet domicile-travail

Participez-vous aux frais de transports de vos salariés ? Oui Non

Si oui :

Sous quelle forme ? Participation à l'abonnement Chèque transport

Autre :

Quel est le montant total de cette participation pour 2011 ? €

Quel est le % de participation à l'abonnement TC (si > 50 %) ?

Si non :

Seriez-vous prêt à participer financièrement aux coûts de transport de vos salariés ?

Oui Non

2.11. Flux des salariés lors de la pause de midi : estimations

- Estimation du nombre de salariés déjeunant hors de l'entreprise ?
- Quels sont les lieux de restauration majoritairement utilisés par votre personnel, en les classant de 1 (le plus représenté) à 5 (le moins représenté) ?
 - Entreprise : salle de pause ou restaurant de l'établissement
 - Interentreprise : salle de pause ou restaurant partagé sur la zone
 - Domicile

- Restaurants *Nom et rue* :
- Nom et rue* :
- Nom et rue* :
- Restauration rapide, boulangerie... ..
- Nom et rue* :
- Nom et rue* :
- Nom et rue* :
- Autre :

FICHIER SALARIÉS

2.12. Merci de nous fournir un fichier Excel anonyme précisant pour chaque salarié :

- L'adresse : rue, commune, code postal
- Le sexe
- L'année de naissance
- La durée de travail (par semaine et par mois)
- S'il s'agit d'un temps plein ou partiel : 100 %, 50 %...

Pour la constitution de ce fichier, merci d'utiliser le modèle de tableau Excel joint et de vous référer au guide de recommandations sur la saisie des données.

DÉPLACEMENTS PROFESSIONNELS

2.13. Disposez-vous d'une flotte de véhicules d'entreprise ? Oui Non

Si oui :

Il s'agit de véhicules de service de fonction

Si non :

Est-ce en projet ? Oui Non

2.14. Précisez par catégories de véhicule le nombre, le taux d'utilisation et le kilométrage annuel.

| | Nombre de véhicules | Taux d'utilisation (% du temps) | Kilométrage annuel parcouru |
|-----------------------|---------------------|---------------------------------|-----------------------------|
| Voitures de service | | | |
| Voitures de fonction | | | |
| Voitures personnelles | | | |
| Utilitaires | | | |
| Poids lourds | | | |
| Deux-roues motorisés | | | |
| Navettes (passagers) | | | |
| Vélos | | | |

2.15. Estimez vous que le taux d'utilisation des véhicules de société est :

- Satisfaisant Non satisfaisant NSP

Évaluation du taux d'utilisation des véhicules (en % du temps de travail) :

2.16. Seriez-vous prêt à mutualiser votre flotte de véhicules avec d'autres entreprises ?

Si oui :

Pour quel(s) type(s) de véhicule(s) ?

- Voitures Utilitaires Poids lourds Vélos
 Deux-roues motorisés Navettes

Si non :

Pour quelles raisons ?

2.17. Recevez-vous du public (clients/fournisseurs/visiteurs) ? Oui Non

Si oui, nombre moyen par jour : personnes

2.18. Recevez-vous des marchandises (livraison) ? Oui Non

Si oui, quel est le nombre de rotation par semaine et par type de véhicule ?

| | Utilitaire < 3 m ³ | Camionnette entre 3 et 10 m ³ | Camion | Semi-remorque |
|-----------------------|----------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 1 par semaine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 à 3 par semaine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Plus de 3 par semaine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Pouvez-vous indiquer le code postal des communes de vos deux principaux fournisseurs ?

.....

2.19. Expédiez-vous des marchandises ? Oui Non

Si oui, quel est le nombre de rotation par semaine et par type de véhicule ?

| | Utilitaire < 3 m ³ | Camionnette entre 3 et 10 m ³ | Camion | Semi-remorque |
|-----------------------|----------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 1 par semaine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 à 3 par semaine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Plus de 3 par semaine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ACCESSIBILITÉ À LA ZONE ET OFFRE DE TRANSPORTS

2.20. Évaluation de l'accessibilité de l'entreprise :

| | Très satisfaisant | Satisfaisant | Peu satisfaisant | Non satisfaisant | Non concerné | Commentaires |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------|
| Bus | <input type="checkbox"/> | |
| Transport à la demande | <input type="checkbox"/> | |
| Train | <input type="checkbox"/> | |
| Autocars | <input type="checkbox"/> | |
| Vélo | <input type="checkbox"/> | |
| Marche à pied | <input type="checkbox"/> | |
| Voiture | <input type="checkbox"/> | |
| Covoiturage | <input type="checkbox"/> | |
| Deux-roues motorisés | <input type="checkbox"/> | |

2.21. Le fonctionnement de l'entreprise est-il perturbé par les problèmes de déplacements et d'accessibilité ?

Oui Non

Si oui, précisez : Retards Mécontentements
 Démissions Difficultés d'embauche
 Stress lié au déplacement Autre :

2.22. Les difficultés éventuelles d'accessibilité à votre site sont-elles de nature à remettre en cause votre implantation géographique ?

Oui Non

2.23. Recours à la voiture individuelle

Quelle est la part estimée de vos salariés ayant recours à la voiture individuelle pour se rendre au travail ?

..... personnes OU %

2.24. Votre personnel utilise-t-il le covoiturage ? Oui Non NSP

- *Si oui*, estimez la part de votre personnel concerné : personnes
 - Seriez-vous prêt à adhérer à un service de covoiturage collectif pour vos salariés ?
- Oui Non

2.25. Utilisation des transports collectifs

- Combien de vos salariés utilisent les transports collectifs pour se rendre au travail (estimation) ?
..... personnes OU %
 - Quelles sont les lignes de bus les plus utilisées par votre personnel ?
 - Avez-vous de l'information sur les horaires et lignes de transport desservant votre site ?
- Oui Non

Si oui :

La diffusez-vous à vos salariés ? Oui Non

Voyez-vous des difficultés à diffuser cette information ?

Aucune difficulté Horaires peu adaptés Fréquence insuffisante
 Arrêts trop éloignés État des arrêts État des véhicules

Autre :

2.26. Recours aux deux-roues motorisés

Quelle est la part estimée de vos salariés ayant recours à la moto ou au scooter pour se rendre au travail ?

..... personnes OU %

2.27. Recours au vélo

Quelle est la part estimée de vos salariés ayant recours au vélo pour se rendre au travail ?

..... personnes OU %

2.28. Recours à la marche à pied

Quelle est la part estimée de vos salariés ayant recours à la marche à pied pour se rendre au travail ?

..... personnes OU %

2.29. Le réseau routier

- Pour se rendre dans votre établissement, les embouteillages sont-ils fréquents sur la zone ?

Oui Non

- À quel(s) endroit(s) ?

- À quelle fréquence ? 1 fois par semaine Précisez le jour :
- 2 à 3 fois par semaine Précisez :
- Tous les jours
- À quels horaires ? Matin :
- Midi :
- Soir :
- Quelles sont les autres difficultés rencontrées sur le réseau routier ?
- Stationnement insuffisant
- Précisez : Véhicules légers Deux-roues motorisés Vélos Poids lourds
- Signalisation (nom des rues, points d'informations, plans, bornes...)
- Éclairage
- Trottoirs inadaptés ou inexistantes
- Pistes cyclables inexistantes ou inadaptées
- Croisements dangereux
- Autre :

STATIONNEMENT

2.30. Précisez les places dédiées à chaque type de stationnement dans votre établissement.

| | Poids lourds | Voitures | Véhicules électriques | Deux-roues motorisés | Vélos | Covoiturage | Handicapés |
|-----------------------------|--------------|----------|-----------------------|----------------------|-------|-------------|------------|
| Places réservées | | | | | | | |
| Taux d'occupation moyen (%) | | | | | | | |
| Places manquantes | | | | | | | |

SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL

2.31. Avez-vous intégré le risque routier dans votre document unique d'évaluation des risques ?

- Oui Non

2.32. Avez-vous intégré le risque routier dans le règlement intérieur ?

- Oui Non

2.33. Avez-vous évalué l'importance (durée) et le coût de votre activité routière ?

- Oui Non

Si oui, quels sont-ils : Temps de travail annuel (heures) :

Coût annuel (k€) :

2.34. Avez-vous mis en œuvre un plan de prévention risque routier ?

- Oui Non

2.35. Avez-vous mené des actions de prévention au risque routier ?

- Oui Non

Si oui, ces actions portent-elles sur :

- L'organisation du travail
- L'environnement de l'entreprise
- Les véhicules
- Les conducteurs
- Autre :

2.36. Vos salariés ont-ils bénéficiés de formations en lien avec le risque routier ?

- Oui
- Non

Si oui, de quelle nature :

2.37. Pensez-vous que votre entreprise génère d'autres risques liés aux déplacements (stress, TMS, manutention...)?

- Oui
- Non

Si oui, lesquels :

2.38. L'aptitude médicale des salariés prend elle en compte l'activité de conduite

- Oui
- Non

Si oui, de quelle façon :

2.39. Avez-vous défini dans l'entreprise des règles d'utilisation des moyens de communication sur la route (téléphone, autres distracteurs technologiques...)?

- Oui
- Non

2.40. Au cours des trois dernières années, combien d'accidents de circulation avez-vous recensés ?

| | Domicile-travail | | | Déplacements professionnels | | | Total accidents |
|------|------------------|---------------|------------|-----------------------------|---------------|------------|-----------------|
| | Avec AT < 8 j | Avec AT > 8 j | Avec décès | Avec AT < 8 j | Avec AT > 8 j | Avec décès | |
| 2011 | | | | | | | |
| 2010 | | | | | | | |
| 2009 | | | | | | | |

AT : arrêt de travail

2.41. Quelle est la durée totale des AT suite à un accident de trajet ou un accident de travail ?

| | Durée totale des AT (jours) |
|------|-----------------------------|
| 2011 | |
| 2010 | |
| 2009 | |

2.42 Procédez-vous à des analyses d'accident suite à accident de trajet ou de mission ?

- Oui
- Non

Si oui, quelles problématiques principales ont été mises en évidence par ces analyses ?

2.43. Bénéficiez-vous d'une ristourne de cotisation trajet délivrée par la Carsat/Cramif/CGSS ?

- Oui
- Non

2.44. Avez-vous une idée des coûts indirects des accidents de la route (2 à 3 fois les coûts directs assurances + cotisation Carsat) ?

- Oui
- Non

2.45. Si vous aviez une action urgente à recommander pour améliorer la sécurité des salariés sur la route, laquelle serait-ce (infrastructures, comportement, qualité des véhicules, TC, cheminements piétonniers ou cyclables, restaurants ou crèches d'entreprises, contrôles...)?

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

SERVICES

2.46. Participez-vous aux frais de restauration de vos salariés (hors déplacements) ?

Oui Non

Si oui :

Sous quelle forme ? Chèques restaurant Forfait salaire

Quel est le montant de cette participation ? € TTC

2.47. Adhérez-vous à un service mutualisé (crèche, restaurant d'entreprise, gardiennage...)?

Oui Non

Si oui, précisez :

2.48. À quels services mutualisés seriez-vous prêt à adhérer ?

Crèche interentreprises Restaurant interentreprises Conciergerie d'entreprise

Pool de services aux entreprises (salles de réunion, visio, téléphones, bureaux nomades...)

Autre :

2.49. Avez-vous mis en œuvre des dispositions visant à faciliter le logement des salariés à proximité de leur lieu de travail ?

Oui Non

Si oui, lesquelles :

Aide à la recherche de logement

Logement stagiaires

Aide pour le déménagement

Prêts à taux intéressants

Autres :

PROJETS DE LA DIRECTION

2.50. Avez-vous un projet de développement avec embauche de salariés ?

Oui Non

Si oui : Nombre de salariés : personnes

2.51. Avez-vous un projet d'extension ?

Si oui : Nombre de salariés : personnes

2.52. Seriez-vous prêt à vous impliquer dans un groupe de travail visant à la mise en place de solutions de mobilité et sécurité durables à l'échelle de la zone d'activités ?

Oui Non

2.53. Quelles sont vos trois principales attentes vis-à-vis du plan de déplacements ?

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

Fait en un exemplaire à le

Signature et nom du référent de l'entreprise :