

# Enquête sur les risques psychosociaux\*

## auprès d'établissements\* du SECTEUR HOSPITALIER Public et Privé

- Une garantie de qualité pour la collecte et l'exploitation des données économiques et sociales.
- Une restitution d'informations vers les établissements partenaires.
- La Dares et l'Insee s'engagent au service de la collectivité et des entreprises.

**Numéro identifiant :**

*Vu l'avis favorable du Conseil national de l'information statistique, cette enquête, reconnue d'intérêt général et de qualité statistique, est obligatoire, en application de la loi n° 51-711 du 7 juin 1951 modifiée sur l'obligation, la coordination et le secret en matière de statistiques. Visa n°2015X073TV du Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, valable pour la période de collecte 2015 - 2016. Aux termes de l'article 6 de la loi n° 51-711 du 7 juin 1951 modifiée sur l'obligation, la coordination et le secret en matière de statistiques, les renseignements transmis en réponse au présent questionnaire ne sauraient en aucun cas être utilisés à des fins de contrôle fiscal ou de répression économique. L'article 7 de la loi précitée stipule d'autre part que tout défaut de réponse ou une réponse sciemment inexacte peut entraîner l'application d'une amende administrative. - Questionnaire confidentiel destiné à la DARES. La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, garantit aux personnes physiques concernées un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant. Ce droit peut être exercé auprès d'IPROS.*

Cette enquête a pour objectif de décrire l'organisation du travail et les conditions de travail dans votre établissement, notamment les risques physiques et psychiques auxquels sont exposés les agents/ les salariés ainsi que les pratiques de prévention de ces risques. C'est une enquête statistique qui s'inscrit dans un dispositif continu d'observation des conditions de travail et ne peut en aucun cas servir à un contrôle des obligations légales des établissements.

**ATTENTION :** ce questionnaire concerne votre **ÉTABLISSEMENT\***. Les personnes les plus qualifiées pour répondre sont le responsable du personnel et / ou la direction générale.

La **notice explicative** jointe peut vous aider dans votre réponse, vous y trouverez la définition des mots suivis d'une \*.

**Si votre établissement ne fait pas partie du secteur hospitalier, vous devez choisir le questionnaire adapté à votre activité en le téléchargeant soit un questionnaire « État et Collectivités territoriales » soit un questionnaire « Secteur marchand et associatif » à l'adresse suivante :**

**Merci de compléter ou rectifier si nécessaire les informations ci-dessous :**

**Établissement :**

**Numéro Siret :**

*Si le Siret est incorrect, rectifiez =>*

**Numéro FINESS :**

**Activité**

**Code APET**  *si incorrect rectifiez =>*

**Activité (en clair)**

**Code APET**

**Statut juridique :** 1  Hôpital public 2  Clinique privée 3  ESPIC 4  Autre, précisez :

**Convention collective majoritaire**

**Code IDCC**  *si incorrect rectifiez =>*

**Convention collective (en clair)**

**Code IDCC**

**Si pas de convention collective, cochez**

### A - Caractéristiques générales de l'établissement

**A1H. Depuis combien d'années cet établissement est-il en activité à cette adresse ?**

|   |                                      |                                      |  |  |   |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|--|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Moins de 2 ans | 2 <input type="checkbox"/> 2 à 4 ans | 3 <input type="checkbox"/> 5 à 9 ans | 4 <input type="checkbox"/> 10 à 19 ans | 5 <input type="checkbox"/> 20 à 49 ans | 6 <input type="checkbox"/> 50 ans ou plus |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|--|--|---|

**A2H. Votre établissement réalise-t-il les activités suivantes :**

|                                     | Oui                        | Non                        |
|-------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. Médecine, chirurgie, obstétrique | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 2. Psychiatrie                      | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3. Soins de suite ou réadaptation   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 4. Soins de longue durée            | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 5. Hospitalisation à domicile       | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 6. Autres                           | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

**▶ Si Autres : A2bH. Précisez :**

**A3H. Depuis 3 ans, les activités de votre établissement ont-elles évolué dans les sens suivants ?**

|   | Oui                        | Non                        |  |
|---|----------------------------|----------------------------|--|
| 1. Transfert d'activités à d'autres établissements de santé                               | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> Sans Objet<br>(établissement de moins de 3 ans) |
| 2. Suppression d'activités (sans transfert)   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |  |
| 3. Fusion totale ou partielle avec un autre établissement de santé                        | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |  |
| 4. Augmentation du nombre de places en chirurgie ambulatoire                              | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |  |
| 5. Développement d'activités transversales (soins palliatifs, création de filières, etc.) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |  |
| 6. Développement de la télémédecine   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |  |

**A4H. Les fonctions suivantes sont-elles...***(Plusieurs réponses possibles)**Si la fonction est, par exemple, pour partie gérée par l'établissement, pour partie sous-traitée, cocher les cases correspondant aux deux modalités.*

|   | ... gérée par l'établissement | ... gérée par l'entité ou groupe hospitalier | ... confiée à un sous-traitant ou à un prestataire | ... gérée par une structure de coopération, partenariat, réseau | cette fonction n'existe pas |
|---|-------------------------------|--|--|---|-----------------------------|
| 1. La restauration  | 1 <input type="checkbox"/>    | 2 <input type="checkbox"/>                   | 3 <input type="checkbox"/>                         | 4 <input type="checkbox"/>                                      | 5 <input type="checkbox"/>  |
| 2. Le linge   | 1 <input type="checkbox"/>    | 2 <input type="checkbox"/>                   | 3 <input type="checkbox"/>                         | 4 <input type="checkbox"/>                                      | 5 <input type="checkbox"/>  |
| 3. Les déchets  | 1 <input type="checkbox"/>    | 2 <input type="checkbox"/>                   | 3 <input type="checkbox"/>                         | 4 <input type="checkbox"/>                                      | 5 <input type="checkbox"/>  |
| 4. Les achats, l'approvisionnement  | 1 <input type="checkbox"/>    | 2 <input type="checkbox"/>                   | 3 <input type="checkbox"/>                         | 4 <input type="checkbox"/>                                      | 5 <input type="checkbox"/>  |
| 5. Les prestations techniques (maintenance, réparation, sécurité des bâtiments, etc.) | 1 <input type="checkbox"/>    | 2 <input type="checkbox"/>                   | 3 <input type="checkbox"/>                         | 4 <input type="checkbox"/>                                      | 5 <input type="checkbox"/>  |
| 6. Les activités médico-techniques (radiologie, laboratoire, blocs, pharmacie, etc.)  | 1 <input type="checkbox"/>    | 2 <input type="checkbox"/>                   | 3 <input type="checkbox"/>                         | 4 <input type="checkbox"/>                                      | 5 <input type="checkbox"/>  |
| 7. La stérilisation   | 1 <input type="checkbox"/>    | 2 <input type="checkbox"/>                   | 3 <input type="checkbox"/>                         | 4 <input type="checkbox"/>                                      | 5 <input type="checkbox"/>  |
| 8. La gestion du personnel, la formation  | 1 <input type="checkbox"/>    | 2 <input type="checkbox"/>                   | 3 <input type="checkbox"/>                         | 4 <input type="checkbox"/>                                      | 5 <input type="checkbox"/>  |
| 9. L'informatique, le système d'information   | 1 <input type="checkbox"/>    | 2 <input type="checkbox"/>                   | 3 <input type="checkbox"/>                         | 4 <input type="checkbox"/>                                      | 5 <input type="checkbox"/>  |
| 10. La comptabilité, la finance, le contrôle de gestion                               | 1 <input type="checkbox"/>    | 2 <input type="checkbox"/>                   | 3 <input type="checkbox"/>                         | 4 <input type="checkbox"/>                                      | 5 <input type="checkbox"/>  |
| 11. La production, le codage et l'analyse des données médico-administratives (PMSI)   | 1 <input type="checkbox"/>    | 2 <input type="checkbox"/>                   | 3 <input type="checkbox"/>                         | 4 <input type="checkbox"/>                                      | 5 <input type="checkbox"/>  |

**A5H. Votre direction dispose-t-elle d'un système de tableaux de bord ou de reporting\* alimenté à un rythme au moins trimestriel...**

Oui Non

|   |                            |                            |
|---|----------------------------|----------------------------|
| 1. ... pour le suivi interne du budget et des finances ?    | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 2. ... pour le pilotage ou la planification de l'activité ? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

**A6H. Au cours des 3 dernières années, dans quelle mesure les situations suivantes ont-elles marqué les relations de votre établissement avec les usagers ?**

Nulle ou très faible Faible Forte Très forte

|  |                            |                            |                            |                            |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. Intervention accrue des familles ou des proches                   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| 2. Montée de l'isolement de certains usagers                         | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| 3. Appauvrissement ou précarisation de la population environnante    | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| 4. Affaire(s) portée(s) en justice*                                  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| 5. Affaire(s) médiatisée(s), classement dans les médias              | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| 6. Intervention(s) d'associations de malades, de groupes de pression | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| 7. Incivilités, vols, agressions, dégradations, etc.                 | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| 8. Cas de maltraitance   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| 9. Développement des maladies chroniques                             | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |

**A7H. Votre établissement met-il à disposition, pour ses relations avec les usagers, les dispositifs suivants ?**

Oui Non

|   |                            |                            |
|---|----------------------------|----------------------------|
| 1. Une permanence d'accès aux soins de santé pour les plus démunis (PASS)   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 2. Le recours à des interprètes   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3. Une formation du personnel aux relations avec les patients et leurs familles   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 4. Un dispositif formalisé ou du personnel spécialisé pour l'information des patients (et de leur famille) sur leur état de santé | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 5. Des actions de prévention auprès de la population fréquentant l'hôpital (lutte anti-tabac, alcoolologie, diététique, etc.)     | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 6. Un dossier patient électronique  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

**A8H. Votre établissement utilise-t-il, concernant la qualité du service rendu aux usagers, les dispositifs suivants ?**

Oui Non

|  |                            |                            |
|--|----------------------------|----------------------------|
| 1. La labellisation de la qualité de l'accueil (label « fraternité », qualité de prise en charge des patients, etc.) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 2. D'autres audits de la qualité de l'accueil  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3. Des enquêtes de satisfaction des usagers (hors questionnaire de sortie)   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

**B - Gestion de la main d'œuvre****B1H. Combien de personnes votre établissement emploie-t-il ?***(effectif rémunéré le mois précédant l'enquête, agents ou salariés, médicaux et non médicaux, soignants et administratifs)*     **B2aH. Dans votre établissement y a-t-il un service de ressources humaines ou de gestion du personnel ?**1  Oui, dans l'établissement      2  Oui, au siège social (si entité multi-établissement)      3  Non

| <b>B2bH. Votre établissement utilise-t-il les outils de gestion des ressources humaines suivants ?</b>                                   | Oui                        | Non                        |
|--|----------------------------|----------------------------|
| 1. Gestion prévisionnelle des ressources humaines (GPRH) ou gestion prévisionnelle des emplois, des effectifs et des compétences (GPEEC) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 2. Référentiel de compétences ou de métiers (diplômes, formations, qualifications, etc.)   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3. Système formalisé de gestion des temps (organisation des horaires, gardes, astreintes)  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 4. Dispositif de prise en charge des difficultés psychologiques du personnel   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 5. Pool de remplacement (infirmiers, aides-soignants, etc.)  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

| <b>B3aH. Dans votre établissement les agents/salariés ont-ils un entretien annuel d'évaluation ?</b>   |
|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Oui, tous les agents/salariés      2 <input type="checkbox"/> Oui, certains agents/salariés ( <i>cadres, etc.</i> )      3 <input type="checkbox"/> Non |

| <b>B3bH. Les agents/salariés ont-ils un ou des objectif(s) individuel(s) chiffré(s) ?</b>  |
|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Oui, tous les agents/salariés      2 <input type="checkbox"/> Oui, certains agents/salariés      3 <input type="checkbox"/> Non      4 <input type="checkbox"/> Ne sait pas   |
| <b>► Si Oui: B3b2H. Ces objectifs individuels sont-ils :</b>   |
| 1 <input type="checkbox"/> décidés principalement par la hiérarchie      2 <input type="checkbox"/> discutés entre le salarié/agent et sa hiérarchie      3 <input type="checkbox"/> décidés principalement par le salarié/agent      4 <input type="checkbox"/> ne sait pas |
| <b>B3cH. Les agents/salariés ont-ils un ou des objectif(s) chiffré(s) au niveau de l'équipe ?</b>  |
| 1 <input type="checkbox"/> Oui, tous les agents/salariés      2 <input type="checkbox"/> Oui, certains agents/salariés      3 <input type="checkbox"/> Non      4 <input type="checkbox"/> Ne sait pas   |
| <b>► Si Oui: B3c2H. Ces objectifs au niveau de l'équipe sont-ils :</b>   |
| 1 <input type="checkbox"/> décidés principalement par la hiérarchie      2 <input type="checkbox"/> discutés entre l'équipe et la hiérarchie      3 <input type="checkbox"/> décidés principalement par l'équipe      4 <input type="checkbox"/> ne sait pas                 |

| <b>B4H. L'année dernière, quelle a été approximativement l'importance des dépenses globales de formation par rapport à la masse salariale de votre établissement ?</b>       |
|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Moins de 1,5%      3 <input type="checkbox"/> De 2,1 à 3%      5 <input type="checkbox"/> De 4,1 à 6%      7 <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| 2 <input type="checkbox"/> De 1,5 à 2%      4 <input type="checkbox"/> De 3,1 à 4%      6 <input type="checkbox"/> Plus de 6%  |

## C - Organisation du travail et dispositifs organisationnels

| <b>C1H. L'activité de votre établissement connaît-elle des fluctuations ?</b> | Oui                        | Non                        |
|---|----------------------------|----------------------------|
| 1. Annuelles  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 2. Saisonnières   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3. Hebdomadaires  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

| <b>C2H. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu à faire face à des variations importantes du nombre de séjours ?</b>                            |
|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Oui, uniquement une variation à la hausse      3 <input type="checkbox"/> Oui, des variations à la hausse et à la baisse |
| 2 <input type="checkbox"/> Oui, uniquement une variation à la baisse      4 <input type="checkbox"/> Non  |

**C3H. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu recours aux outils d'ajustement du volume de travail suivants :**  
(Plusieurs réponses possibles)

**C3aH. Ajustement à la baisse :**

• **Outils permettant une diminution de la durée du travail**

|  | Oui                        | Non                        |
|--|----------------------------|----------------------------|
| 1. Réduction du volume d'heures supplémentaires et/ou complémentaires*   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 2. Périodes basses de modulation/ annualisation*   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3. Obligation pour les agents/salariés de prendre des jours de congés ou de RTT ou d'utiliser des jours épargnés sur un compte épargne-temps (CET) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

• **Outils impliquant une diminution des effectifs**

|  | Oui                        | Non                        |
|--|----------------------------|----------------------------|
| 4. Non-remplacement des départs                      | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 5. Licenciements                                     | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 6. Ruptures conventionnelles                         | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 7. Non-renouvellement ou baisse des embauches en CDD | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 8. Diminution du recours à l'intérim                 | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 9. Diminution du nombre d'équipes                    | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 10. Diminution de la sous-traitance*                 | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

**C3bH. Ajustement à la hausse :**

• **Outils permettant une augmentation de la durée du travail**

|  | Oui                        | Non                        |
|--|----------------------------|----------------------------|
| 1. Recours aux heures supplémentaires et/ou complémentaires*   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 2. Périodes hautes de modulation/ annualisation*   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3. Refus aux salariés de prendre des jours de congés ou de RTT ou obligation d'alimenter leur compte épargne-temps (CET) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

• **Outils impliquant une augmentation des effectifs**

|  | Oui                        | Non                        |
|--|----------------------------|----------------------------|
| 4. Augmentation du nombre d'agents/salariés en CDI   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 5. Embauches en CDD (dont « extras », vacataires, etc.)                                    | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 6. Recours à l'intérim   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 7. Mise en place d'équipes ponctuelles ou supplémentaires (de nuit) ou de suppléance (VSD) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 8. Recours à la sous-traitance*  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 9. Recours au portage salarial*  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

**C4aH. Qui, dans votre établissement :**

(Plusieurs réponses possibles)

|  | La hiérarchie              | Les comités                | Les personnels             | Des intervenants extérieurs | Autres                     | Non concerné               |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. Définit les procédures et les modes opératoires ?                   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/>  | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
| 2. Détermine les horaires ?  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/>  | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
| 3. Détermine la durée et les types d'aménagement du temps de travail ? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/>  | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
| 4. Répartit le travail au sein des équipes ?                           | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/>  | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
| 5. Effectue la maintenance des machines et des outils ?                | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/>  | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
| 6. Forme les salariés ?  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/>  | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
| 7. Contrôle les résultats du travail ?                                 | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/>  | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |

**C4bH. Votre établissement a-t-il été certifié ou est-il en cours de certification ?**

1  Procédure achevée

2  Procédure en cours

3  Aucune procédure entamée

➤ **Si procédure achevée :**

**C4cH. En quelle année ?**

**C5H. Votre établissement utilise-t-il les dispositifs suivants, et depuis combien de temps ?**

|   | Oui, depuis 3 ans ou plus  | Oui, depuis moins de 3 ans | Non                        |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. Certification ou labellisation portant sur le système qualité, les compétences techniques ou la sécurité, type ISO* (en dehors de la certification HAS, Haute Autorité de Santé) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| 2. Autre outil d'évaluation externe de la qualité des soins   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| 3. Audits sur les coûts   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| 4. Méthodes formalisées de résolution de problèmes, analyse de la valeur*, analyse fonctionnelle*   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| 5. Dispositif de signalement des événements indésirables précurseurs de crises, système d'indicateurs sanitaires d'alertes  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| 6. Equipes ou groupes de travail autonomes* (type management par projet)  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| 7. Fonction spécifique de coordination de la programmation des blocs opératoires  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| 8. Un réseau social d'entreprise, ouvert aux clients et usagers (ex : facebook)   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| 9. Un système « lean* » de production ou de gestion   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |

**C6aH. Au cours des 3 dernières années, votre établissement a-t-il opéré des changements tarifaires ?**

| Oui                        | Non                        | Ne sait pas                |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |

➤ **Si Oui :** C6bH. Lesquels ? .....

**C7aH. Votre établissement bénéficie-t-il de dotations annuelles relevant des missions d'intérêt général (MIG) ?**

| Oui                        | Non                        |
|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

➤ **Si Oui :** C7bH. Au cours des 3 dernières années, une partie de ces dotations vous ont-elles été supprimées ?

|                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
|----------------------------|----------------------------|

**C8aH. Votre établissement bénéficie-t-il de dotations annuelles relevant des aides à la contractualisation (AC) ?**

| Oui                        | Non                        |
|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

➤ **Si Oui :** C8bH. Au cours des 3 dernières années, une partie de ces dotations vous ont-elles été supprimées ?

|                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
|----------------------------|----------------------------|

► Pour les cliniques et hôpitaux privés :

|  | Oui                        | Non                        |
|--|----------------------------|----------------------------|
| <b>C9aH.</b> Au cours des 12 derniers mois, votre entreprise a-t-elle ouvert une négociation sur la compétitivité et l'emploi (accord national interprofessionnel ou ANI* de janvier 2013) ? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| ► Si Oui :   |                            |                            |
| <b>C9bH.</b> Y a-t-il eu un accord sur :   |                            |                            |
| 1. Un changement des horaires de travail   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 2. Un plan de mobilité interne   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3. Un gel ou une baisse de salaires  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 4. Autres  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| ► Si Autres : C9b1H. Précisez : .....  |                            |                            |

## D - Informatique, utilisation des technologies de l'information et de la communication

| <b>D1H.</b> Quel est le pourcentage d'agents/salariés qui utilisent pour leur travail : | Non utilisé                | Moins de 10%               | 10% à 50%                  | 50% et +                   | Ne sait pas                |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. Un ordinateur non connecté à un réseau   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 2. Un écran dédié à certaines fonctions seulement (terminal de banque, de caisse...)    | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 3. Un ordinateur en réseau, Intranet, Extranet  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 4. Un accès Internet  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 5. Un progiciel de gestion intégré (PGI* ou ERP en anglais), un workflow*               | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 6. Une plateforme de travail collaboratif, un groupware*                                | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

## E - Gestion générale de la santé et de la sécurité dans l'établissement

| <b>E1H.</b> Certains agents/salariés de votre établissement ont-ils été exposés au cours des 12 derniers mois... (qu'ils utilisent ou non des protections) | + de 50%                   | 10% à 50%                  | Très peu de salariés       | Aucun                      | Ne sait pas                |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. à la manutention manuelle de charges lourdes  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 2. à des postures pénibles   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 3. à des agents chimiques dangereux (y compris poussières, fumées, etc.)   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 4. à des températures extrêmes   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 5. à des bruits supérieurs à 85 dB, des vibrations mécaniques  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 6. au travail de nuit (entre 21h et 6h)  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 7. au travail en équipes alternantes   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 8. au travail à la chaîne, à un travail répétitif  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 9. à au moins une de ces expositions   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

**E2H.** Pour combien d'agents/salariés avez-vous déclaré une exposition à la pénibilité au titre de l'année 2015 ? (Déclaration DADS-DSN) [ ][ ][ ][ ]  Ne sait pas

**E3aH.** Dans votre établissement, existe-t-il des protections collectives ? (par exemple : une aspiration de fumées, l'utilisation de collecteurs à aiguilles, l'élimination des objets tranchants)

1  Oui                      2  Non                      3  Sans objet (Non concerné)                      4  Ne sait pas

► Si Oui :

**E3bH.** À votre connaissance, les agents/salariés utilisent-ils ces protections collectives ?

1  Toujours                      2  Souvent                      3  Parfois                      4  Jamais                      5  Ne sait pas

**E3cH.** De quand date la dernière visite de conformité ? (année) [ ][ ][ ][ ]

**E3dH.** Y a-t-il eu un rapport ? 1  Oui 2  Non                      ► Si Oui : **E3eH.** 3  Avec réserve                      4  Sans réserve

**E4aH.** Au cours des 12 derniers mois votre établissement a-t-il remplacé un équipement de travail dangereux ou une matière première dangereuse par un équipement ou une matière moins dangereuse ?

1  Oui                      2  Non                      3  Ne sait pas

► Si Oui : **E4bH.** Précisez : .....

**E5aH.** Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il eu un ou plusieurs accidents du travail ayant occasionné un arrêt de travail ? (y compris accident routier mais hors accidents de trajet domicile-travail)

1  Oui                      2  Non                      3  Ne sait pas

► Si Oui : **E5bH.** Combien d'accidents ? [ ][ ][ ]  Ne sait pas

| E6aH. En matière de médecine du travail, votre établissement bénéficie-t-il | Oui                        | Non                        |
|---|----------------------------|----------------------------|
| 1. D'un service autonome de santé au travail ou de médecine de prévention   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 2. D'un service inter-entreprise de santé au travail                        | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3. Autre  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| ➤ Si Autre: E6a2H. Précisez : .....   |                            |                            |

| ➤ Si Service inter-entreprise de santé au travail :  | Oui                        | Non                        |
|--|----------------------------|----------------------------|
| E6bH. Disposez-vous d'une fiche d'établissement élaborée par ce service inter-entreprise décrivant les risques professionnels dans votre établissement ? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

| E7aH. En matière de Santé-Sécurité au travail, votre entreprise emploie-t-elle (en interne) un ou des professionnels spécialisés (hors médecine du travail) ? (Service Hygiène-Sécurité-Environnement, intervenant en prévention des risques professionnels, animateur de prévention...) | Oui                           | Non                                    |
|--|-------------------------------|--|
|  | 1 <input type="checkbox"/>    | 2 <input type="checkbox"/>             |
| ➤ Si Oui: E7bH. Combien en équivalent temps plein* ?   | <input type="text" value=""/> | 1 <input type="checkbox"/> Ne sait pas |

|   |                               |  |
|---|-------------------------------|--|
| E8H. Dans votre établissement, combien d'agents/salariés sont-ils soumis à une surveillance médicale renforcée* ? | <input type="text" value=""/> | 1 <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
|---|-------------------------------|--|

|  |  |                                |  |
|--|--|--------------------------------|--|
| E9H. Au cours des 12 derniers mois, un ou des agents/salariés ont-ils interrompu ou refusé une tâche pour préserver leur santé ou leur sécurité (droit de retrait) ? |  |                                |  |
| 1 <input type="checkbox"/> Oui, à plusieurs reprises   | 2 <input type="checkbox"/> Oui, une fois | 3 <input type="checkbox"/> Non | 4 <input type="checkbox"/> Ne sait pas |

| E10H. Au cours des 12 derniers mois votre établissement a-t-il bénéficié de conseils sur la santé et la sécurité de la part des organismes ou institutions suivants ? | Oui                        | Non                        |
|---|----------------------------|----------------------------|
| 1. Organisme de prévention de la sécurité sociale (INRS*, CARSAT*)  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 2. Services de santé au travail/médecine du travail/médecine de prévention  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3. Inspection du travail, inspection des installations classées   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 4. Fédération hospitalière  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 5. ANACT/ARACT*   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 6. ARS (Agences Régionales de Santé)  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 7. Spécialistes externes en matière de santé et sécurité (OPRI*, consultants, etc.)   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

| E11aH. Un document unique d'évaluation des risques a-t-il été élaboré ou actualisé pour votre établissement au cours des 12 derniers mois ? | Oui                        | Non                        |
|---|----------------------------|----------------------------|
|   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

|   |  |                            |                            |
|---|--|----------------------------|----------------------------|
| ➤ Si Oui :  |  |                            |                            |
| E11bH. Qui a coordonné la rédaction de ce document ?<br>(Une seule réponse possible)  |  |                            |                            |
| 1 <input type="checkbox"/> Vous ou quelqu'un de votre établissement   |  |                            |                            |
| 2 <input type="checkbox"/> Un préventeur institutionnel (médecin du travail-service de santé au travail, médecine de prévention, CARSAT*) |  |                            |                            |
| 3 <input type="checkbox"/> Un consultant privé  |  |                            |                            |
| 4 <input type="checkbox"/> Un conseiller de votre fédération professionnelle  |  |                            |                            |
| 5 <input type="checkbox"/> Autre  |  |                            |                            |
| ➤ Si Autre: E11cH. Précisez : .....   |  |                            |                            |
| E11dH. L'évaluation des risques psychosociaux a-t-elle été intégrée à ce document ?   |  | Oui                        | Non                        |
|   |  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| E11eH. Avez-vous porté ce document à la connaissance de l'ensemble du personnel ?   |  | Oui                        | Non                        |
|   |  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

|   |  |  |
|---|--|--|
| E12H. Par rapport aux risques professionnels dans votre établissement, avez-vous, au cours des 12 derniers mois :<br>(Plusieurs réponses possibles) : |  |  |
| 1 <input type="checkbox"/> Poursuivi les actions antérieures de prévention  |  |  |
| 2 <input type="checkbox"/> Élaboré un nouveau plan de prévention  |  |  |
| 3 <input type="checkbox"/> Modifié l'organisation du travail  |  |  |
| 4 <input type="checkbox"/> Modifié les locaux de travail, les équipements de travail ou les produits utilisés   |  |  |
| 5 <input type="checkbox"/> Mis à disposition de nouveaux équipements de protections individuelles   |  |  |
| 6 <input type="checkbox"/> Développé la formation à la sécurité du personnel  |  |  |
| 7 <input type="checkbox"/> Recours à un expert extérieur  |  |  |
| 8 <input type="checkbox"/> Autre  |  |  |
| ➤ Si Autre: E12bH. Précisez : .....   |  |  |

|   | Oui                        | Non                        |
|---|----------------------------|----------------------------|
| <b>E13aH.</b> Au cours des 12 derniers mois, votre établissement a-t-il pris des initiatives visant à protéger la santé des salariés vis-à-vis de risques non-professionnels (obésité, alcool, tabac, dépression, etc.) ? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| ➤ Si Oui : E13bH. Quels types d'initiatives avez-vous pris ?<br>.....   |                            |                            |

## F - Les risques psychosociaux\* et leur gestion dans l'établissement

| F1H. Selon vous, combien d'agents/salariés de votre établissement sont exposés à... | + de 50%                   | 10% à 50%                  | Très peu de salariés       | Aucun                      | Ne sait pas                |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. la nécessité de travailler dans l'urgence  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 2. le sentiment de ne pas pouvoir faire un travail de qualité                       | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 3. des tensions entre collègues   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 4. des tensions avec la hiérarchie  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 5. des tensions avec le public, les patients  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 6. la crainte de se retrouver au chômage  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 7. des horaires de travail imprévisibles  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 8. une charge de travail trop importante  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

| F2aH. Concernant le stress ou le mal-être au travail, au cours des 3 dernières années, votre établissement a-t-il mis en place une ou plusieurs des procédures suivantes pour prévenir ces souffrances ? | Oui                        | Non                        |
|--|----------------------------|----------------------------|
| 1. Signalement d'agents/salariés en situation de risque  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 2. Assistance aux agents/salariés, de manière confidentielle   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3. Signalement d'agents/salariés ayant des conduites addictives  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 4. Audit, expertise d'un cabinet spécialisé  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 5. Formation spécifique de l'encadrement   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 6. Formation spécifique des agents/salariés  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 7. Aménagement des horaires  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 8. Enquête sur les risques psychosociaux   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 9. Procédures de résolution des conflits   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 10. Autres   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| ➤ Si Autres, F2bH. Précisez : .....  |                            |                            |

➤ S'il y a eu une ou plusieurs formations du personnel encadrant (F2H.5) et/ou des agents ou salariés (F2H.6) :

| F2cH. Par qui cette formation a-t-elle été dispensée ?<br>(Une ou plusieurs réponses)  | Oui                        | Non                        |
|--|----------------------------|----------------------------|
| 1. Un organisme de prévention de la sécurité sociale (INRS*, CARSAT*)                  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 2. Les services de santé au travail, la médecine du travail, la médecine de prévention | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3. La fédération hospitalière  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 4. L'ANACT/ARACT*  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 5. L'ARS (Agence Régionale de Santé)   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 6. Un spécialiste externe en matière de santé et sécurité (consultants, etc.)          | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

| F3H. Pour prévenir les risques psychosociaux, avez-vous introduit un ou des changements dans l'organisation du travail au cours des 12 derniers mois ? | Oui                        | Non                        |
|--|----------------------------|----------------------------|
|  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| ➤ Si Oui : F3bH. Quel a été le changement le plus significatif ? .....   |                            |                            |
| .....  |                            |                            |
| .....  |                            |                            |

## G - Représentation des agents/ salariés

| G1H. Votre établissement est-il couvert par :                            | Oui                        | Non                        |
|--|----------------------------|----------------------------|
| 1. Un comité technique d'établissement ou un comité d'entreprise ?       | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 2. Des délégués du personnel ?   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3. Un ou des délégués syndicaux (ou représentant de section syndicale) ? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

|  |
|--|
| <b>G2aH. Votre établissement est-il couvert par un CHS (Comité Hygiène Sécurité) ou un CHSCT (Comité Hygiène Sécurité Conditions de Travail) ?</b><br>1 <input type="checkbox"/> Oui      2 <input type="checkbox"/> Non      3 <input type="checkbox"/> Ne sait pas      ➤ Si non ou ne sait pas, passez à la question G3aH.  |
| ➤ Si Oui :   |
| <b>G2bH. Combien de fois le CHS/CHSCT s'est-il réuni au cours des 12 derniers mois ?</b><br>1 <input type="checkbox"/> Aucune      2 <input type="checkbox"/> 1 fois      3 <input type="checkbox"/> 2 fois      4 <input type="checkbox"/> 3 fois      5 <input type="checkbox"/> 4 fois      6 <input type="checkbox"/> Plus de 4 fois      7 <input type="checkbox"/> Ne sait pas |



**G2cH.** La direction adresse-t-elle au CHS/CHSCT un tableau ou une note écrite de suivi de la prévention ?

1  Oui, régulièrement      2  Oui, occasionnellement      3  Non      4  Ne sait pas

**G2dH.** Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il eu un audit déclenché par le CHSCT ?      1  Oui      2  Non

► **Si Oui :** **G2eH.** Sur quel(s) thème(s) ? .....

**G3aH.** Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il eu une négociation, dans votre établissement ou dans l'entité, le groupe, concernant la question des conditions de travail ?

1  Oui      2  Non      3  Ne sait pas

► **Si Oui :**

**G3bH.** Cette négociation a-t-elle abordé la question des risques psychosociaux\* ?      1  Oui      2  Non      3  Ne sait pas

**G3cH.** Cette négociation a-t-elle abouti à :

1  Un accord      2  Une décision unilatérale      3  Rien

**G4aH.** Comment qualifieriez-vous le climat social dans votre établissement :

1  Très calme      2  Plutôt calme      3  Plutôt tendu      4  Très tendu      5  Autre

► **Si Autre :** **G4bH.** Précisez : .....

**G5H.** Au cours des 12 derniers mois, des salariés/agents de votre établissement ont-ils fait grève :

Oui      Non

1. En raison de conflits internes à l'établissement ?

1       2

2. En raison d'un mot d'ordre extérieur à l'établissement ?

1       2

**G6aH.** Au cours des 12 derniers mois, des propositions sur les conditions de travail ou la sécurité ont-elles été exprimées par vos représentants du personnel en CHSCT ou en réunion de délégués du personnel ?

1  Oui      2  Non      3  Sans objet (pas de représentation du personnel)      4  Ne sait pas

► **Si Oui :**

**G6bH.** Ces propositions concernaient-elles notamment les risques psychosociaux\* ?      1  Oui      2  Non

**G6cH.** Avez-vous adopté et mis en œuvre les propositions exprimées ?

1  Oui, la plupart des propositions      2  Oui, certaines propositions      3  Non, aucune proposition      4  Ne sait pas

**G7H.** L'année dernière, quel a été approximativement le nombre moyen en équivalent temps plein\* :

1. De salariés intérimaires ?

|\_|\_|\_|, |\_|\_|\_|

2. D'internes, externes ou élèves en formation (y compris stagiaires) ?

|\_|\_|\_|, |\_|\_|\_|

3. De salariés d'entreprises sous-traitantes travaillant dans votre établissement (sous-traitance sur site) ?

|\_|\_|\_|, |\_|\_|\_|

Oui      Non

**G8aH.** Au cours de l'année 2014, avez-vous eu des prestataires travaillant pour votre établissement en tant qu'auto-entrepreneurs ?

1       2

► **Si Oui :** **G8.bH.** Combien de prestataires ?      |\_|\_|\_|

**G9H.** Au cours des 12 derniers mois, comment a évolué l'effectif total de votre établissement ?

1  Il a diminué      2  Il a augmenté      3  Il est resté à peu près le même

## MERCI D'AVOIR RÉPONDU À CE QUESTIONNAIRE.

Pour la personne ayant rempli la majeure partie du questionnaire :

- Fonction au sein de l'établissement .....

- Ancienneté dans l'établissement |\_|\_| années |\_|\_| mois

- Sexe       H       F

- Age       Moins de 30 ans       30 à 49 ans       50 ans ou plus

Si une ou plusieurs autres personnes ont contribué à répondre :

**Personne 1 :** Quelle est sa fonction ? .....

Cette personne travaille       dans ce même établissement       non, mais dans l'entité/groupe       est extérieure à l'entité

**Personne 2 :** Quelle est sa fonction ? .....

Cette personne travaille       dans ce même établissement       non, mais dans l'entité/groupe       est extérieure à l'entité

Veuillez indiquer le temps que vous a pris la réponse à ce questionnaire (y compris la recherche de données)

|\_|\_| heures |\_|\_| minutes

Merci de retourner ce document à Ipsos dans l'enveloppe T jointe.