

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

Reportez ci-dessous votre identifiant figurant dans le courrier ou le mail que vous avez reçu

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°2012X057TV du Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, valable pour la période de collecte 2012 - 2013. 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'IPSO.

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 salariés ainsi que les pratiques de prévention de ces risques.

ATTENTION : ce questionnaire concerne votre ETABLISSEMENT* (service ou direction). 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*.

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

Etablissement : _____

Numéro Siret : _____

Si le Siret est incorrect, rectifiez => | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Numéro FINESS : _____

Activité en clair _____

Code APET _____ **Si le code APET est incorrect, rectifiez =>** | | | | | |

Statut juridique : Hôpital public Clinique privée ESPIC Autre, précisez : _____

Convention collective majoritaire (en clair) _____

Si incorrect, rectifiez => _____

A - Caractéristiques générales de l'établissement

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

moins de 2 ans 2 à 4 ans 5 à 9 ans 10 à 19 ans 20 à 49 ans 50 ans ou plus

A2H Votre établissement réalise-t-il les activités suivantes ?

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

A3H Depuis trois 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Suppressions d'activités (sans transfert)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fusion totale ou partielle avec un autre établissement de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Augmentation du nombre de places en chirurgie ambulatoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Développement d'activités transversales (soins palliatifs, création de filières, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A4H Chacune des fonctions suivantes est-elle ... (plusieurs réponses possibles)

► **Entourer les cases correspondantes**

	... 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	2	3	4	5
2. le linge	1	2	3	4	5
3. les déchets	1	2	3	4	5
4. les achats, l'approvisionnement	1	2	3	4	5
5. les prestations techniques (maintenance, réparation, sécurité des bâtiments, etc.)	1	2	3	4	5
6. les activités médico-techniques (radiologie, laboratoire, blocs, pharmacie, etc.)	1	2	3	4	5
7. la stérilisation	1	2	3	4	5
8. la gestion du personnel, la formation	1	2	3	4	5
9. l'informatique, le système d'information	1	2	3	4	5
10. la comptabilité, la finance, le contrôle de gestion	1	2	3	4	5

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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Pour le pilotage ou la planification de l'activité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

A7H Votre établissement utilise-t-il, 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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le recours à des interprètes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Une formation du personnel aux relations avec les patients et leurs familles	<input type="checkbox"/>	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Des actions de prévention auprès de la population fréquentant l'hôpital (lutte anti-tabac, alcoologie, diététique, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Un dossier patient électronique	<input type="checkbox"/>	<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 la prise en charge des patients, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. D'autres audits de la qualité de l'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Des enquêtes de satisfaction des usagers (hors questionnaire de sortie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B - Gestion du personnel

B0H Combien votre établissement emploie-t-il de personnes (effectifs médicaux et non médicaux, soignants et administratifs - effectif rémunéré le mois précédant l'enquête) ?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

B1H Cet établissement fonctionne-t-il...

	Jamais	Parfois	Régulièrement	==>Si régulièrement : part approximative du personnel concerné
1. le samedi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> %
2. le dimanche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> %

B2H Au cours des trois dernières années, votre établissement a-t-il conclu un contrat de retour à l'équilibre (CRE) ?

Oui Non

B3H Au cours des douze derniers mois, votre établissement a-t-il connu un plan de réduction des effectifs ou des licenciements collectifs ?

Oui Non

➤ **Si oui :** **B3bH** Ces licenciements collectifs ou ce plan de réduction d'effectifs ont-ils donné lieu à un accompagnement spécifique des salariés/agents concernés, financé par l'établissement (formation, aide à la recherche d'emploi, etc) ?

<input type="checkbox"/> Oui, mis en œuvre uniquement par le service du personnel (DRH...)
<input type="checkbox"/> Oui, avec un appui extérieur à l'établissement (cellule de reclassement,...)
<input type="checkbox"/> Non

B3cH Combien de postes ont-ils été supprimés ?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

B4aH Dans votre établissement y a-t-il un service de ressources humaines ou de gestion du personnel ?

<input type="checkbox"/> Oui, dans l'établissement	<input type="checkbox"/> Oui, au siège social (si entité multi-établissement)	<input type="checkbox"/> Non
--	---	------------------------------

B4bH Votre établissement utilise-t-il les outils de gestion des ressources humaines suivants ?

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

B5aH Dans votre établissement les salariés/agents ont-ils un entretien annuel d'évaluation ?

<input type="checkbox"/> Oui, tous les salariés	<input type="checkbox"/> Oui, certains salariés (cadres*...)	<input type="checkbox"/> Non ► passez à la question B6aH
---	--	--

► Si oui: B5bH Ces entretiens comportent-ils un objectif individuel ?

<input type="checkbox"/> Oui, pour tous les salariés	<input type="checkbox"/> Oui, pour certains salariés	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
--	--	------------------------------	--------------------------------------

B5cH Ces entretiens comportent-ils un objectif au niveau de l'équipe ?

<input type="checkbox"/> Oui, pour tous les salariés	<input type="checkbox"/> Oui, pour certains salariés	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
--	--	------------------------------	--------------------------------------

B6aH Certains de vos salariés/agents travaillent-ils en forfait-jour* ?
 Oui Non
► Si oui: B6bH Quel est approximativement le nombre de salariés/agents concernés (y compris étudiants en forfait heures annualisées) ?

en effectif absolu	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ou bien	en pourcentage	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%
--------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------	----------------	----------------------	----------------------	----------------------	---

B7H L'année dernière, quelle a été approximativement l'importance des dépenses globales de formation par rapport à la masse salariale de l'établissement ?

<input type="checkbox"/> Moins de 1,5%	<input type="checkbox"/> De 2,1 à 3%	<input type="checkbox"/> De 4,1 à 6%	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
<input type="checkbox"/> De 1,5 à 2%	<input type="checkbox"/> De 3,1 à 4%	<input type="checkbox"/> Plus de 6%	

B8H Au cours des 12 derniers mois, avez-vous connu des difficultés à recruter sur certains postes vacants ?
 Oui Non
 Sans objet (pas de postes vacants)
► Si oui: B9aH Pour quels types de personnel ?

	Oui	Non
1. Personnel médical y compris sages-femmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Personnel soignant* y compris ASH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Personnel administratif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Informaticiens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Autres, précisez :		

B9bH Pour quelles raisons ?

	Oui	Non
1. Il y a pénurie de personnes qualifiées pour le type de poste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le salaire que vous proposiez n'était pas attractif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Les conditions de travail étaient jugées difficiles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Pour d'autres raisons, précisez :		

C - Organisation du travail/Dispositifs organisationnels**CIH L'activité de cet établissement connaît-elle des fluctuations ?**

	Oui	Non
1. Annuelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Saisonnières	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hebdomadaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C2H Au cours des douze derniers mois, avez-vous eu à faire face à des variations importantes du nombre de séjours ?

<input type="checkbox"/> Oui, uniquement une variation à la hausse	<input type="checkbox"/> Oui, des variations à la hausse et à la baisse
<input type="checkbox"/> Oui, uniquement une variation à la baisse	<input type="checkbox"/> Non

C3H Au cours des douze derniers mois, avez-vous eu recours aux outils d'ajustement du volume de travail suivants ?
(plusieurs réponses possibles) :

C3aH • Outils permettant de diminuer la durée du travail

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

• Outils permettant de diminuer les effectifs

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

C3bH • Outils permettant d'augmenter la durée du travail

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

• Outils impliquant une augmentation des effectifs

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

C4H Qui, dans votre établissement ... (plusieurs réponses possibles)

	La hiérarchie	Les personnels eux-mêmes	Les comités	Des intervenants extérieurs	Autres	Non concerné
1. définit les procédures et les modes opératoires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. détermine les horaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. détermine la durée et les types d'aménagement du temps de travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. répartit le travail au sein des équipes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. effectue la maintenance des machines et des outils ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. forme les salariés ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. contrôle les résultats du travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C4BisH Votre établissement a-t-il été certifié ou est-il en cours de certification ?

C4TerH *Si la procédure est achevée* : ... En quelle année ?

Procédure achevée	Procédure en cours	Aucune procédure entamée
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
□ □ □ □ □	-	-

C5H Votre établissement utilise-t-il les dispositifs suivants ?

	Oui, depuis 3 ans ou plus	Oui, depuis - 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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Autre outil d'évaluation externe de la qualité des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Audits sur les coûts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Méthodes formalisées de résolution de problèmes, analyse de la valeur*, analyse fonctionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dispositif de signalement des événements indésirables précurseurs de crises, système d'indicateurs sanitaires d'alertes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Equipes ou groupes de travail autonomes*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Fonction spécifique de coordination de la programmation des blocs opératoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D - Informatique - utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC)

D1H Quel est le pourcentage de salariés/agents 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. un écran dédié à certaines fonctions seulement (terminal de banque, de caisse...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. un ordinateur en réseau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. un accès Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. un progiciel de gestion intégré (PGI* ou ERP en anglais), un workflow*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

E1H Certains des salariés/agents de l'établissement ont-ils été exposés au cours des 12 derniers mois... (qu'ils utilisent ou non des protections)

	+ de 50% des salariés	10 à 50% des salariés	très peu de salariés	aucun salarié	ne sait pas
1. à la manutention manuelle de charges lourdes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. à des postures pénibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. à des agents chimiques dangereux (y compris poussières, fumées...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. à des températures extrêmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. à des bruits supérieurs à 85 dB, des vibrations mécaniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. au travail de nuit (entre 21h et 6h)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. au travail en équipes alternantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. au travail à la chaîne, à un travail répétitif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. à au moins une de ces expositions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E2H Au cours des douze derniers mois avez-vous délivré à certains salariés/agents une fiche ou une attestation d'exposition à un produit chimique dangereux ?

Oui Non Ne sait pas

E3aH Les salariés/agents de votre établissement ont-ils accès à des équipements de protection individuelle (EPI) ? (par exemple : gants, lunettes, casques, chaussures de sécurité...)

Oui Non Ne sait pas

➤ **Si oui :** **E3bH** A votre connaissance, les salariés/agents utilisent-ils ces protections individuelles quand ce serait nécessaire ?

<input type="checkbox"/> Toujours	<input type="checkbox"/> Souvent	<input type="checkbox"/> Parfois	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
-----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------

E4aH Dans votre établissement, existe-t-il des protections collectives ?

(par exemple : aspiration de fumées, utilisation de collecteurs à aiguilles, élimination des objets tranchants...)

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Sans objet (Non concerné)	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
------------------------------	------------------------------	--	--------------------------------------

➤ **Si oui :** **E4bH** A votre connaissance, les salariés/agents utilisent-ils ces protections collectives quand ce serait nécessaire ?

<input type="checkbox"/> Toujours	<input type="checkbox"/> Souvent	<input type="checkbox"/> Parfois	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
-----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------

E4cH De quand date la dernière visite de conformité ? (année)

□ □ □ □ □

E4dH Y a-t-il eu un rapport ?

Oui Non ➤ **Si oui :** Avec réserve Sans réserve

E5aH 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 ?

Oui Non Ne sait pas

➤ **Si oui :** **E5bH** Précisez :

E6aH 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 accidents routiers mais hors accidents de trajet domicile-travail) ?

Oui Non

➤ **Si oui :** **E6bH** Combien d'accidents ?

□ □ □ □ □ Ne sait pas

E6cH Concernant l'accident du travail le plus grave (en nombre de jours d'arrêt), intervenu au cours des 12 derniers mois, avez-vous procédé à une analyse formalisée des causes de l'accident ? (plusieurs réponses possibles)

<input type="checkbox"/> Avec le salarié et/ou des collègues de son équipe	<input type="checkbox"/> Avec le personnel d'encadrement	<input type="checkbox"/> Non, pas d'analyse des causes	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
<input type="checkbox"/> Avec le CHSCT* ou un délégué du personnel	<input type="checkbox"/> Avec un organisme de prévention		

E6dH Quelle(s) mesure(s) avez-vous prise(s) pour que ce type d'accident de travail ne se reproduise pas ?

en clair :

E7aH Au cours des 12 derniers mois, l'un de vos salariés/agents a-t-il bénéficié d'une reconnaissance de maladie professionnelle ? Oui Non

► Si oui : **E7bH A la suite de cela avez-vous pris des mesures nouvelles pour limiter le risque de maladie ?** Oui Non Ne sait pas

Si oui, lesquelles ? E7cH

E8H En matière de médecine du travail, votre établissement bénéficie-t-il ...

	Oui	Non
1. d'un service autonome de médecine de travail ou de médecine de prévention ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. d'un service inter-entreprise de médecine du travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. autre ? Précisez :		

E9H Dans votre établissement, combien de salariés/agents sont-ils soumis à une surveillance médicale renforcée* ?

E10H Au cours des 12 derniers mois, un ou des salariés/agents ont-ils interrompu ou refusé une tâche pour préserver leur santé ou leur sécurité (droit de retrait) ?

Oui, à plusieurs reprises Oui, une fois Non Ne sait pas

E11H Quelles sont les motivations qui incitent votre établissement à développer la prévention des risques professionnels ?

	C'est une motivation primordiale	C'est une motivation secondaire	Cela ne joue pas
1. Respect des obligations légales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Demandes des salariés/agents ou de leurs représentants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fidélisation du personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Coûts des accidents et maladies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Désorganisation, absentéisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Exigences de patients, usagers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Réputation de l'établissement/institution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Exigences d'autorités supérieures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Autres, précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E12H 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(ex-CRAM)*)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Services de santé au travail/médecine du travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Inspection du travail, inspection des installations classées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Fédération hospitalière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ANACT/ARACT*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ARS (Agences Régionales de Santé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Spécialistes externes en matière de santé et sécurité (OPRI*, consultants, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E13aH 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

► Si oui : **E13bH Qui a coordonné la rédaction de ce document ? (une seule réponse possible)**

Vous ou quelqu'un de votre établissement

Un préventeur institutionnel (médecin du travail-service de santé au travail-médecine de prévention, CARSAT (ex- CRAM) *)

Un consultant privé

Un conseiller de votre fédération professionnelle.

Autre, précisez :

E13cH L'évaluation des risques psychosociaux a-t-elle été intégrée à ce document ? Oui Non

E13dH Avez-vous porté ce document à la connaissance de l'ensemble du personnel ? Oui Non

E14H Par rapport aux risques professionnels dans votre établissement, avez-vous, au cours des 12 derniers mois ...*(plusieurs réponses possibles) :*

<input type="checkbox"/> 1. poursuivi les actions antérieures de prévention
<input type="checkbox"/> 2. élaboré un nouveau plan de prévention
<input type="checkbox"/> 3. modifié l'organisation du travail
<input type="checkbox"/> 4. modifié les locaux de travail, les équipements de travail ou les produits utilisés
<input type="checkbox"/> 5. mis à disposition de nouveaux équipements de protection individuelle
<input type="checkbox"/> 6. développé la formation à la sécurité du personnel
<input type="checkbox"/> 7. autre, précisez :

F - Les risques psychosociaux et leur gestion dans l'établissement**FIH Selon vous, combien de salariés/agents de votre établissement sont exposés à ...**

	+ de 50% des salariés	10 à 50% des salariés	très peu de salariés	aucun salarié/agent	ne sait pas
1. la nécessité de travailler dans l'urgence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. le sentiment de ne pas pouvoir faire un travail de qualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. des tensions entre collègues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. des tensions avec la hiérarchie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. des tensions avec le public, les patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. la crainte de se retrouver au chômage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. des horaires de travail imprévisibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. une charge de travail trop importante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 ?

	Oui	Non
1. Signalement d'agents/salariés en situation de risque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Assistance aux agents/salariés, de manière confidentielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Signalement d'agents/salariés ayant des conduites addictives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Audit, expertise d'un cabinet spécialisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Formation spécifique du personnel encadrant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Formation spécifique des salariés/agents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Aménagement des horaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Modification de l'organisation du travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Procédures de résolution des conflits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Autres, précisez :		

► S'il y a eu une ou plusieurs formations du personnel encadrant et/ou des agents/salariés :**F2bH Par qui cette ou ces formations ont-elles été dispensées ? (une ou plusieurs réponses)**

	Oui	Non
1. Un organisme de prévention de la sécurité sociale (INRS*, CARSAT (ex-CRAM)*)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Les services de santé au travail/la médecine du travail/la médecine de prévention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. L'inspection du travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. La fédération hospitalière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. L'ANACT/ARACT*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. L'ARS (Agence Régionale de Santé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Un spécialiste externe en matière de santé et sécurité (consultants,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G - Représentation des salariés/agents

G1H Cet établissement est-il couvert par ...

	Oui	Non
1. un comité technique d'établissement ou un comité d'entreprise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. des délégués du personnel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. un ou des délégués syndicaux (ou représentant de section syndicale) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G1bH Cet établissement est-il couvert par un CHS (Comité Hygiène Sécurité)/CHSCT (Comité Hygiène Sécurité Conditions de Travail) ?

Oui Non Ne sait pas

► Si oui : G2H Combien de fois s'est-il réuni au cours des 12 derniers mois ?

<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> 1 fois	<input type="checkbox"/> 2 fois	<input type="checkbox"/> 3 fois	<input type="checkbox"/> 4 fois	<input type="checkbox"/> Plus de 4 fois	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---	--------------------------------------

G3H La direction adresse-t-elle au CHS/CHSCT un tableau ou une note écrite de suivi de la prévention ?

<input type="checkbox"/> Oui, régulièrement	<input type="checkbox"/> Oui, occasionnellement	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
---	---	------------------------------	--------------------------------------

G4H Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il eu une négociation, dans l'établissement ou dans l'entité/groupe, concernant la question des conditions de travail ?

Oui Non Ne sait pas

G5H Comment qualifieriez-vous le climat social dans l'établissement ?

<input type="checkbox"/> Très calme	<input type="checkbox"/> Plutôt calme	<input type="checkbox"/> Plutôt tendu	<input type="checkbox"/> Très tendu	<input type="checkbox"/> Autre, précisez :
-------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	--

G6H 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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. en raison d'un mot d'ordre extérieur à l'établissement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G7aH Au cours des 12 derniers mois, des propositions sur les conditions de travail ou la sécurité ont-elles été exprimées par les représentants du personnel en CHSCT ou en réunion de délégués du personnel ?

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Sans objet (pas de représentation du personnel)	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
------------------------------	------------------------------	--	--------------------------------------

► Si oui : G7bH Ont-elles été adoptées et mises en œuvre ?

<input type="checkbox"/> Oui, la plupart des propositions	<input type="checkbox"/> Oui, certaines propositions	<input type="checkbox"/> Non, aucune proposition	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
---	--	--	--------------------------------------

G8H 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) ?	□□□□, □□

G9H Sur les 12 derniers mois, l'effectif total de l'établissement ...

<input type="checkbox"/> a diminué	<input type="checkbox"/> a augmenté	<input type="checkbox"/> 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'entreprise extérieure à l'entreprise.
- Personne 2 : quelle est sa fonction ?
- Cette personne travaille dans ce même établissement non, mais dans l'entreprise extérieure à l'entreprise.

G18H Veuillez indiquer le temps que vous a pris la réponse à ce questionnaire.

(y compris la recherche des données)

□□□ heures □□□ minutes.

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