

Enquête sur les conditions de travail 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. Visa n°XXXXXXXXXXXXX du Ministre de l'économie et des finances, valable pour l'année 2018-2019. 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, s'applique aux réponses faites à la présente enquête par les entreprises individuelles. Elle leur garantit un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant. Ce droit peut être exercé auprès de La Dares. Cette enquête obligatoire entre dans le champ de la circulaire du 16 octobre 2015, n° 2015-11 du 5 novembre 2015, qui s'inscrit dans le cadre des mesures de simplification pour les entreprises.

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 entreprises.

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 : Hôpital public Clinique privée ESPIC 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 ?

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

A2Ha. 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. Hébergement de personnes âgées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Accueil de jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

► Si Autres : A2Hb. 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> Sans Objet (établissement de moins de 3 ans)
2. Suppression 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"/>	
6. Développement de la télé médecine	<input type="checkbox"/>	<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. Au cours des 3 dernières années, dans quelle mesure les situations suivantes ont-elles pu modifier 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"/>	5 <input type="checkbox"/> Sans Objet (établissement de moins de 3 ans)
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"/>	

B - Gestion de la main d'œuvre

B1H. Combien votre établissement emploie-t-il de personnes ? (effectif total rémunéré le mois précédant l'enquête, agents ou salariés, médicaux et non médicaux, soignants et administratifs)

B2Ha. 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

► Si Oui : **B2Hb. La DRH est-elle représentée dans le comité de direction ?** 1 Oui 2 Non

B3H. 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) ?

B4Ha. Au cours de l'année 2016, avez-vous eu des prestataires travaillant pour votre établissement en tant qu'auto-entrepreneurs ?

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

► Si Oui : **B4Hb. Combien de prestataires ?**

B5H. Au cours des 12 derniers mois, l'effectif total de l'établissement (service ou direction) :

1 A diminué 2 A augmenté 3 Est resté à peu près le même

B6H. 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 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"/>

B7Ha. Dans votre établissement les agents/salariés ont-ils un entretien annuel d'évaluation ?
 Oui, tous les agents/salariés Oui, certains agents/salariés (*cadres, etc.*) Non ➤ *Si Non, allez à la question B8H*

➤ **Si Oui : B6Eb. Ces entretiens comportent-ils un ou des objectif(s) individuel(s) chiffré(s) ?**
 Oui, pour tous les agents/salariés Oui, pour certains agents/salariés Non Ne sait pas

➤ **Si Oui : B7Hb2. Ces objectifs individuels sont-ils :**
(1 seule réponse possible)
 décidés principalement par la hiérarchie discutés entre le salarié/agent et sa hiérarchie décidés principalement par le salarié/agent Ne sait pas

➤ **Si Oui : B7Hc. Ces entretiens comportent-ils un ou des objectif(s) chiffré(s) au niveau de l'équipe ?**
 Oui, pour tous les agents/salariés Oui, pour certains agents/salariés Non Ne sait pas

➤ **Si Oui : B7Hc2. Ces objectifs au niveau de l'équipe sont-ils :**
(1 seule réponse possible)
 décidés principalement par la hiérarchie discutés entre l'équipe et sa hiérarchie décidés principalement au sein de l'équipe Ne sait pas

B8Ha. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous connu des difficultés à recruter sur certains postes vacants ?
 Oui Non Sans Objet (pas de recrutement)

➤ **Si Oui : B8Hb. Pour quelles raisons ?**
(Plusieurs réponses possibles)

1. Il y a pénurie de personnes qualifiées pour le type de poste Oui Non
2. Les conditions de travail étaient jugées difficiles Oui Non
3. Le salaire que vous proposiez n'était pas attractif Oui Non
4. Pour d'autres raisons Oui Non

➤ **Si pour d'autres raisons : B8Hc. Précisez :**

	Oui	Non
B9Ha. Avez-vous eu des difficultés à retenir certains profils d'agents/salariés présents dans cet établissement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Si Oui : B9Hb. Quels types de profils sont concernés ?		
.....		
.....		
.....		

B10H. L'année dernière, quelle a été approximativement l'importance des dépenses globales de formation par rapport à la masse salariale de votre établissement ?

Moins de 1,5% De 2,1 à 3% De 4,1 à 6% Ne sait pas
 De 1,5 à 2% De 3,1 à 4% Plus de 6%

C - Organisation du travail et dispositifs organisationnels

C1H. 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 12 derniers mois, avez-vous eu à faire face à des variations importantes du nombre de séjours ?

Oui, uniquement une variation à la hausse Oui, des variations à la hausse et à la baisse
 Oui, uniquement une variation à la baisse Non

C3H. Qui, dans votre établissement :
(Plusieurs réponses possibles)

	La hiérarchie	Les comités/instances	Les personnels	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. 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"/>
4. 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"/>
5. Forme les salariés ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Contrôle les résultats du travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C4Ha. Votre établissement a-t-il été certifié ou est-il en cours de certification ?
 Procédure achevée Procédure en cours Aucune procédure entamée

➤ **Si procédure achevée : C4Hb. En quelle année ?**

C5H. 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"/>

C6H. 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. Des normes ou des référentiels formalisés sur le management de la santé et de la sécurité au travail (Ex : BS 8800, OHSAS 18001, ILO/OHS 2001)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
3. Autre outil d'évaluation externe de la qualité des soins	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4. Audits sur les coûts	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
5. Méthodes formalisées de résolution de problèmes, analyse de la valeur*, analyse fonctionnelle*	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
6. 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"/>
7. Equipes ou groupes de travaux autonomes* (type management par projet)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
8. Un progiciel de gestion intégré (PGI* ou ERP en anglais), un workflow*	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
9. Fonction spécifique de coordination de la programmation des blocs opératoires	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
10. Un réseau social d'entreprise, ouvert aux clients et usagers (ex : Facebook)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
11. Un système « lean* » de production ou de gestion	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
12. Un blog interne, forum interne d'entreprise	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
13. Un dispositif formalisé d'implication des salariés	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
14. Des formations en e-learning	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

➤ Pour les établissements de moins de 20 salariés, passez directement à question C8H

C7H. Dans votre établissement, des réunions régulières sont-elles organisées entre les salariés et leur encadrement pour discuter des améliorations possibles de l'organisation du travail (espace de discussion sur le travail, accord Qualité de Vie au Travail) ?	Oui	Non
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

C8H. 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, alcoologie, diététique, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
6. Un dossier patient électronique	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

C9H. Votre établissement met-il à disposition, pour ses relations avec les 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"/>

	Oui	Non	Ne sait pas	
C10Ha. Au cours des 3 dernières années, votre établissement a-t-il opéré des changements tarifaires ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
➤ Si Oui : C10Hb. Lesquels ?				Sans Objet (établissement de moins de 3 ans)

➤ Si votre établissement a moins de 3 ans, passez à la question C13H

C11Ha. 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 : C11Hb. Au cours des 3 dernières années, une partie de ces dotations vous ont-elles été supprimées ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

C12Ha. 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 : C12Hb. Au cours des 3 dernières années, une partie de ces dotations vous ont-elles été supprimées ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

C13H. Combien d'indicateurs-clef de performance sont suivis dans cet établissement ? (par exemple : indicateurs sur la production ou l'activité, les coûts, les déchets, la qualité, les stocks, l'énergie, l'absentéisme, les délais de livraison et les livraisons à temps)					
1 <input type="checkbox"/> Aucun (pas de suivi d'indicateurs-clef)	2 <input type="checkbox"/> 1 ou 2	3 <input type="checkbox"/> 3 à 9	4 <input type="checkbox"/> 10 ou plus	5 <input type="checkbox"/> Ne sait pas	

C14H. Votre établissement (ou votre entreprise) analyse-t-il (elle) les données issues de sources suivantes ?	Oui	Non	Sans objet
1. Données en propre issues d'objets intelligents ou connectés, ou de capteurs (ex : communications entre machines – M2M, capteurs numériques, étiquettes RFID*)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
2. Données de géolocalisation issues d'appareils portables (ex : appareils portables utilisant le réseau de téléphonie mobile, connexions sans fil ou GPS)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
3. Données générées par le site internet ou les médias sociaux (ex : réseaux sociaux, blogs, sites de partage de contenu multimédia)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

C15H. Quel est le degré d'utilisation des données pour appuyer la prise de décisions dans cet établissement ?
1 <input type="checkbox"/> Aucune (les décisions ne s'appuient pas sur les données) 2 <input type="checkbox"/> Très faible 3 <input type="checkbox"/> Modéré 4 <input type="checkbox"/> Fort 5 <input type="checkbox"/> Très fort

C16H. Quelle autonomie a le directeur de cet établissement...	Très faible	Faible	Assez importante	Très importante
1. par rapport à l'organisation du travail	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2. par rapport aux recrutements	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
3. par rapport au choix d'investissements	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
4. par rapport à la politique santé-sécurité	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

► Pour les cliniques et hôpitaux privés :	Oui	Non
C17Ha. 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) ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
► Si Oui : C17Hb. 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 : C17Hb2. Précisez :		

C18Ha. Au cours des 3 dernières années, l'entreprise a-t-elle connu... : (Plusieurs réponses possibles) :	Oui	Non	
1. un rachat par une autre entreprise (ou un groupe) ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> Sans Objet (établissement de moins de 3 ans)
2. un achat par votre entreprise (ou groupe) d'une autre entreprise (ou groupe) ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
3. une diversification, création d'une ou plusieurs nouvelles activités ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
4. une cessation d'activité, un recentrage ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
5. un changement d'équipe de direction ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
6. une restructuration ou réorganisation ayant induit un changement d'organigramme ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
7. un déménagement (du siège ou d'un autre établissement) ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
8. d'autres changements importants ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
► Si Autre : C18Hb. Précisez :			

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

D1H. 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 terminal mobile (tablette, PDA)	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. 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

E1H. Certains des 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 d'agents/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 2016 ? (Déclaration DADS-DSN) Ne sait pas

E3Ha. 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 :**
E3Hb. À votre connaissance, les agents/salariés utilisent-ils ces protections collectives ?
 1 Toujours 2 Souvent 3 Parfois 4 Jamais 5 Ne sait pas
E3Hc. De quand date la dernière visite de conformité ? (année)
E3Hd. Y a-t-il eu un rapport ? 1 Oui 2 Non ► **Si Oui :** **E3He.** 3 Avec réserve 4 Sans réserve

E4Ha. 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 :** **E4Hb.** Précisez :

E5H. Selon vous, combien d'agents/salariés de votre établissement sont exposés à...

	+ de 50%	10% à 50%	Très peu d'agents/salariés	Aucun agent	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"/>

E6Ha. 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 :** **E6Ha2.** Précisez :

► **Si Service inter-entreprise de santé au travail :**

	Oui	Non
E6Hb. 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"/>

	Oui	Non
E7Ha. 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...)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

► **Si Oui :** **E7Hb.** Combien en équivalent temps plein* ? Ne sait pas

E8H. 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 Oui, à plusieurs reprises 2 Oui, une fois 3 Non 4 Ne sait pas

E9H. 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	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"/>

	Oui	Non
E10Ha. Un document unique d'évaluation des risques a-t-il été élaboré ou actualisé pour votre établissement au cours des 12 derniers mois ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<p>► Si Oui: E11Hb. Qui a coordonné la rédaction de ce document ? (Une seule réponse possible)</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Vous ou quelqu'un de votre établissement</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Un préventeur institutionnel (médecin du travail-service de santé au travail, CARSAT*)</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Un consultant privé</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Un conseiller de votre fédération professionnelle</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Autre</p> <p>► Si Autre: E10Hb2. Précisez :</p>		
E10Hc. L'évaluation des risques psychosociaux* a-t-elle été intégrée à ce document ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
E10Hd. Avez-vous porté ce document à la connaissance de l'ensemble du personnel ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

E11Ha. Par rapport aux risques professionnels dans votre établissement, avez-vous, **au cours des 12 derniers mois** :

(Plusieurs réponses possibles) :

1 Poursuivi les actions antérieures de prévention

2 Élaboré un nouveau plan de prévention

3 Modifié l'organisation du travail

4 Modifié les locaux de travail, les équipements de travail ou les produits utilisés

5 Mis à disposition de nouveaux équipements de protections individuelles

6 Développé la formation à la sécurité du personnel

7 Recouru à un expert extérieur

8 Autre

► **Si Autre:** **E11Hb.** Précisez :

E12Ha. 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 procédures suivantes pour prévenir ces souffrances ?

(Plusieurs réponses possibles) :

1 Signalement d'agents/salariés en situation de risque

2 Assistance aux agents/salariés, de manière confidentielle

3 Signalement d'agents/salariés ayant des conduites addictives

4 Audit, expertise d'un cabinet spécialisé

5 Formation spécifique du personnel encadrant

6 Formation spécifique des agents/salariés

7 Aménagement des horaires

8 Enquête qualitative ou quantitative sur les risques psychosociaux

9 Procédure de résolution des conflits

10 Plan de prévention des risques psychosociaux

11 Autre

► **Si Autre:** **E12Hb.** Précisez :

	Oui	Non
E13Ha. 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"/>
<p>► Si Oui: E13Hb. Quelles mesures avez-vous prises ?</p>		

F - Représentation des agents/ salariés

F1H. Cet 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"/>

F2Ha. Cet établissement est-il couvert par un CHS (Comité Hygiène Sécurité) ou un CHSCT (Comité Hygiène Sécurité Conditions de Travail) ou une CSSST (commission Santé-Sécurité-Conditions de Travail) ?
 1 Oui 2 Non 3 Ne sait pas ➤ **Si non ou ne sait pas, passez à la question F3Ha.**

➤ **Si Oui :**

F2Hb. Combien de fois le (la) CHS/CHSCT/(CSSST) s'est-il (elle) réuni(e) au cours des 12 derniers mois ?
 1 Aucune 2 1 fois 3 2 fois 4 3 fois 5 4 fois 6 Plus de 4 fois 7 Ne sait pas

F2Hc. La direction adresse-t-elle au (à la) CHS/CHSCT/(CSSST) un tableau ou une note écrite de suivi de la prévention ?
 1 Oui, régulièrement 2 Oui, occasionnellement 3 Non 4 Ne sait pas

F2Hd. Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il une enquête ou une expertise déclenchée par le (la) CHS/ CHSCT/(CSSCT) 1 Oui 2 Non

➤ **Si Oui :** F2He. Sur quel(s) thème(s) ?

F3Ha. 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 :**

F3Hb. Cette négociation a-t-elle abordé la question des risques psychosociaux ? 1 Oui 2 Non 3 Ne sait pas

F3Hc. Cette négociation a-t-elle abouti à :
 1 Un accord 2 Une décision unilatérale 3 Rien

F4H. Comment qualifieriez-vous le climat social dans votre établissement :
 1 Très calme 2 Plutôt calme 3 Plutôt tendu 4 Très tendu 5 Autre

F5H. 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 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
2. En raison d'un mot d'ordre extérieur à l'établissement ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

F6Ha. 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 :**

F6Hb. Ces propositions concernaient-elles notamment les risques psychosociaux ? 1 Oui 2 Non

F6Hc. 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

Pour la personne ayant rempli la majeure partie du questionnaire :

- Fonction au sein du service/de la direction
- 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 (service ou direction) ? Oui Non

Personne 2 : Quelle est sa fonction ?

Cette personne travaille dans ce même établissement (service ou direction) ? Oui Non

Veillez indiquer le temps que vous a pris la réponse à ce questionnaire (y compris la recherche de données)
 |__|__| heures |__|__| minutes

MERCI D'AVOIR RÉPONDU À CE QUESTIONNAIRE.

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

Si vous avez égaré l'enveloppe T, vous pouvez utiliser une enveloppe libre et y reporter l'adresse suivante :

SMSI
 Enquête sur les conditions de travail
 AUTORISATION 35105
 15229 SAINT MAMET LA SALVETAT CEDEX