



# FEDERATION SANTE ET ACTION SOCIALE

## QUESTIONNAIRE DES EHPAD

A partir  
du bilan social  
de votre établissement

Département : \_\_\_\_\_

Nom du syndicat/Section syndicale : \_\_\_\_\_

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_

Nombre de résidents : \_\_\_\_\_

Statut de l'établissement : Public  Privé Associatif  Privé commercial

Votre établissement a-t-il un médecin coordonateur ? ETP global  Oui -  Non

**Combien y-a-t-il d'effectifs soignants en ETP ?**

*- Pour le personnel qui travaille auprès des résidents pour les soins directs ?*

Nombre	CDI				CDD				Autres	Commentaires
	Jour		Nuit		Jour		Nuit			
	Nbre salarié	ETP								
IDE										
Aide-Soignant.e										
AMP										
AVS										
ASG										

*- Pour le personnel qui travaille auprès des résidents pour les soins indirects ?*

	Jour	Nuit	CDD	CDI	ETP global	Autres
<b>Service technique</b> Plombier, électriciens, etc...						
<b>Service administratif</b> Secrétaire médicale, adjoint administratif						
<b>Personnel de cuisine</b> interne <input type="checkbox"/> ou externe <input type="checkbox"/>						
<b>Service Bio-nettoyage</b> ASHQ, ASL,ASH, etc...						
<b>Service Animation</b> Animateurs, etc...						
<b>Service Autres</b>						

Si oui, quel métier et combien (en ETP) ?

Vous arrive-t-il d'être appelé.e sur votre temps de repos ?

Avez-vous une coupure réglementaire ?

Etes-vous en horaire coupé ?

Est-ce que vos congés annuels sont accordés avec conditions ?

Est-ce que vos congés annuels sont accordés sans conditions ?

Ou ont-ils été imposés ?

Oui -  Non

Oui -  Non