

11 - La pénibilité de votre travail

Si vous deviez décrire la pénibilité (psychique et/ou physique) dans votre travail, vous diriez qu'elle est : Inexistante Plutôt faible Plutôt forte Très forte

12- A propos d'un éventuel stress au travail, vous dites :

- Ça va, je n'ai pas de stress lié à mon travail
- Mon travail n'est pas sans stress, mais je le vis bien
- Mon travail génère pas mal de stress, cela pose parfois des problèmes, mais je m'en sors quand même ..
- Mon travail est très stressant, j'ai de plus en plus de mal à l'accepter et j'ai le sentiment que cela dégrade ma qualité de vie

13 - Pensez-vous que votre travail influence votre santé ?

- Non, mon travail n'influence pas ma santé
- Oui, mon travail est plutôt bon pour ma santé
- Oui, mon travail est plutôt mauvais pour ma santé

14- Etes-vous adhérent(e) à une organisation syndicale ?

- Oui
- Non, mais je l'envisage
- Non et je ne le souhaite pas

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

Si vous souhaitez nous dire autre chose sur votre vie au travail, cet espace vous est réservé.



Votre vie au travail

Questionnaire anonyme pour
AGIR ENSEMBLE

Cfdt
des choix, des actes
Interco



1- Mieux vous connaître

- Vous êtes ? Homme Femme
- Quel âge avez-vous ? Moins de 20 ans 20 à 29 ans 30 à 39 :
 40 à 49 ans 50 à 59 ans 60 à 65 ans plus de 65 ans
- Statut : Titulaire Non titulaire Stagiaire Autre
- Vous appartenez à : Territoriale Etat Privé
- Catégorie : A B C
- Filière : Animation Administrative Culturelle
 Médico-sociale Médico-technique Police Municipale
 Sportive Technique Autre
- Ancienneté dans le poste actuel de travail :
 - de 1 an 1 à 5 ans 5 ans à 10 ans plus de 10 ans

2 - Votre temps de travail

- Faites-vous des heures en plus de votre temps de service normal ? Oui Non
- Si oui, ces heures en plus vous sont-elles imposées ? Oui Non
- Emportez-vous du travail à la maison ? Oui Non
- Si vous ne travaillez pas à temps complet, avez-vous choisi ce mode de travail ? Oui Non
- Exercez-vous une activité complémentaire rémunérée ? Oui Non

3 - De votre travail, vous dites (plusieurs réponses possibles)

- Ça va, je n'ai pas de problème particulier
- J'ai trop de travail, j'ai du mal à m'en sortir
- On me demande trop par rapport à mon grade
- Je n'ai pas assez de travail et cela m'affecte
- J'ai parfois le sentiment d'être au placard

4 - La définition de votre travail

- Pensez-vous que votre travail est bien défini par vos supérieurs ? Oui Non
- Avez-vous l'impression d'effectuer des tâches qui ne sont pas de votre ressort ? Oui Non

5 - La formation

- Avez-vous le sentiment d'être bien formé pour exercer vos missions ? Oui Non



6 - Le management

- Recevez-vous des ordres contradictoires ? Oui Non
- Votre relation avec votre encadrement direct est difficile et cela vous affecte Oui Non

7 - Pouvez-vous nous dire si ces éléments de votre travail sont motivants ou démotivants (1 réponse par ligne)

- | | Plutôt motivant | Plutôt démotivant | Je ne me sens pas concerné(e) |
|---|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| Vos horaires | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'intérêt de votre travail, son contenu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Le rythme du travail | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La charge de travail | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La répétitivité de votre travail | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'environnement/les moyens matériels | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les trajets | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'ambiance entre collègues | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vos relations avec la hiérarchie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Le contact avec le public | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les perspectives professionnelles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8 - Quel aspect de votre environnement de travail vous dérange le plus ? (plusieurs réponses possibles)

- Le bruit L'éclairage La chaleur/le froid
- Les odeurs/émanations L'humidité Le stationnement debout
- Les locaux mal adaptés Absence de protection individuelle
- L'usage de produits chimiques Le port de charges lourdes
- Aucun

9 - Quand vous avez un problème d'ordre professionnel (2 réponses possibles)

- Le soutien de vos collègues est suffisant pour trouver une solution
- Vous vous débrouillez seul(e), cela ne vous pose pas de problème
- Vous vous sentez isolé(e), voire perdu(e), c'est difficile à vivre
- Vous vous adressez à une organisation syndicale
- Vous vous adressez à votre hiérarchie directe

10 - A propos de votre investissement au travail vous dites (1 seule réponse)

- Je m'implique dans mon travail, je suis reconnu(e)
- Je m'implique dans mon travail, je ne suis pas reconnu(e)
- Je ne m'implique plus dans mon travail et je n'en attends plus de reconnaissance

Votre vie au Travail

Votre vie au Travail

