



« Enquête sur les Conditions de travail en 2011 »

En concertation avec le Comité Technique Paritaire départemental et avec l'autorisation de votre collectivité, le Centre de Gestion d'Ille et Vilaine se mobilise à nouveau en faveur du bien-être au travail et lance une enquête départementale entièrement anonyme auprès de tous les agents territoriaux en Ille et Vilaine. Vous constaterez qu'à aucun moment nous vous demandons d'indiquer votre nom et les coordonnées de votre employeur.

Cette enquête est distribuée à tous les agents de votre collectivité et votre participation est indispensable pour la pertinence des résultats. Il n'y a ni bonne, ni mauvaise réponse, nous comptons sur la sincérité de vos réponses.

Renvoyez votre questionnaire directement sous pli confidentiel en utilisant l'**enveloppe T** mise à votre disposition (pas d'affranchissement) avant le **30 septembre 2011 au CDG 35**. En aucun cas, vous ne le remettez à votre collectivité.

Ce questionnaire ne doit pas être photocopié. Vous devez le remplir soigneusement au stylo ou feutre noir.

Merci pour le temps accordé à ce questionnaire.

Les résultats globaux seront publiés sur le site internet du CDG 35 au 1er trimestre 2012.

1. VOTRE ACTIVITE

1.1 Votre temps de travail légal hebdomadaire de travail, hors RTT, est de (une seule réponse possible) :

- Moins de 17h30 17h30 à 28h 28h à 34h 35h

1.2 Si votre temps est inférieur à 35 heures, est-ce un (une seule réponse possible) :

- Temps partiel (choisi) Temps non complet

1.3 Indiquez votre secteur d'activité principal (une seule réponse possible) :

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Direction | <input type="checkbox"/> Travail de voirie |
| <input type="checkbox"/> Gestion administrative et/ou accueil | <input type="checkbox"/> Traitement des eaux/réseau d'assainissement |
| <input type="checkbox"/> Restauration collective | <input type="checkbox"/> Service culturel (spectacles, médiathèque, bibliothèque...) |
| <input type="checkbox"/> Nettoyage et maintenance des locaux | <input type="checkbox"/> Surveillance/contrôle : police municipale |
| <input type="checkbox"/> Espaces verts, environnement | <input type="checkbox"/> Service à la personne : personnes âgées |
| <input type="checkbox"/> Chantiers de bâtiments : maçonnerie, plomberie... | <input type="checkbox"/> Service à la personne : petite enfance, école maternelle, jeunesse, animation sportive |
| <input type="checkbox"/> Collecte et traitement des ordures ménagères | |

1.4 *Appréciation de votre travail*

	jamais ou rarement	de temps en temps	Régulière- ment	presque toujours ou toujours
1.4.1 Votre travail est varié (polyvalent ou polyvalent)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4.2 Votre travail vous permet d'acquérir des connaissances et du savoir-faire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4.3 Vous pouvez vous-même choisir la façon de procéder dans votre travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4.4 Vous avez les moyens (matériels, informatiques, temps...) pour accomplir un travail de qualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	jamais ou rarement	de temps en temps	Régulière- ment	presque toujours ou toujours
1.4.5 Votre travail vous amène à effectuer des horaires atypiques (par exemple travail amenant souvent à vous coucher après minuit, à vous lever avant 5 heures du matin ou à ne pas dormir de la nuit...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4.6 En cas de problème, vous pouvez compter sur le soutien de vos collègues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4.7 Vous participez aux prises de décisions qui concernent directement vos tâches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4.8 Vous connaissez votre planification de travail suffisamment à l'avance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4.9 Vous travaillez très intensément et sans relâche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4.10 Vous accordez de l'importance à participer au service public	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4.11 On vous affecte des missions qui ne relèvent pas de vos compétences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4.12 Vous pouvez adapter votre rythme de travail à votre gré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4.13 Vous devez mettre en œuvre des savoir-faire qui dépassent vos qualifications	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4.14 Vous disposez d'une description claire de vos tâches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4.15 Vous travaillez dans un environnement agréable (propreté, température, luminosité..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4.16 Vos collègues vous accordent leur confiance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4.17 Vous avez de bonnes relations avec votre supérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4.18 Vous terminez le travail chez vous par manque de temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4.19 Vous êtes régulièrement interrompu dans votre travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4.20 Vous rencontrez des difficultés parce que votre travail est devenu plus complexe au fil des années	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4.21 Vous connaissez les règles de fonctionnement appliquées dans votre collectivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4.22 Votre travail est physiquement exigeant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4.23 Vous exercez votre métier tel que vous le concevez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4.24 Vous recevez des ordres contradictoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4.25 Vos horaires sont compatibles avec la vie familiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4.26 Votre travail est source d'épanouissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4.27 Vous manquez de consignes claires sur la manière de travailler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4.28 Vous voyez le travail s'amonceler sans pouvoir résorber le retard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4.29 Vous faites des heures supplémentaires lorsqu'il y a un travail urgent à terminer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4.30 Vos collègues dépendent du rythme auquel vous travaillez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4.31 Vous travaillez seul(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4.32 On vous affecte des tâches qui ne relèvent pas de votre fonction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4.33 Votre travail vous permet d'avoir de nombreux échanges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4.34 Vous êtes souvent confronté(e) à des situations dangereuses (comportant des risques d'accident, d'agression, avec manipulation de produits dangereux...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	jamais ou rarement	de temps en temps	Régulière- ment	presque toujours ou toujours
1.4.35 Les autres se rendent difficilement compte de ce que vous faites réellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4.36 Vous êtes en accord avec les valeurs de votre collectivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4.37 Votre charge de travail vous empêche de faire un travail de qualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4.38 Vous avez les moyens de mettre en œuvre les choix décidés par votre collectivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4.39 Vous êtes rétribué(e) à la hauteur des services que vous rendez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4.40 Vos contraintes professionnelles ont un impact négatif sur la qualité de votre vie familiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4.41 Votre travail vous permet d'éprouver de la fierté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. VOTRE SANTE

2.1 Cochez la réponse de votre choix

2.1.1 Avez-vous la sensation de vite vous fatiguer ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
2.1.2 Avez-vous des difficultés à récupérer ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
2.1.3 Avez-vous des troubles du sommeil (difficultés à s'endormir, réveil la nuit..) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
2.1.4 Avez-vous des troubles de mémoire, de concentration ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
2.1.5 Avez-vous des difficultés à effectuer certains mouvements ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
2.1.6 Avez-vous besoin de plus de temps pour réaliser certaines tâches ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
2.1.7 Vous sentez-vous stressé par le travail	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
2.1.8 Votre travail vous épuise-t-il ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
2.1.8.1 Si oui, a-t-il donné lieu à un arrêt de travail ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
2.1.9 Si vous preniez un traitement depuis plusieurs années, l'avez-vous augmenté depuis un an ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
2.1.10 Avez-vous des douleurs apparues depuis un an ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
2.1.11 Si oui, ont-elles selon vous un lien avec le travail ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
2.1.11.1 Les douleurs vous gênent-elles pendant le travail ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
2.1.12 Vos douleurs ont-elles augmenté depuis un an ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
2.1.13 Prenez-vous un nouveau traitement depuis un an ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
2.1.13.1 Si oui, le travail est-il la cause de ce traitement ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
2.1.14 Avez-vous augmenté votre consommation de tabac, alcool ou autres substances ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

2.2 Vous sentez-vous bien au travail ? Merci de cocher ci-dessous la note de 0 à 10 qui décrit le mieux votre ressenti (la note 10 correspond « je me sens très bien au travail ». La note 0 correspond à « je me sens très mal au travail »).

Très mal **0** **1** **2** **3** **4** **5** **6** **7** **8** **9** **10** Très bien

3 . VOTRE PROFIL

3.1 Vous êtes :

- Un homme Une femme

3.2 Vous avez :

- moins de 20 ans de 20 et 25 ans de 26 et 30 ans de 31 et 35 ans de 36 et 40 ans
 de 41 et 45 ans de 46 et 50 ans de 51 et 55 ans de 56 et 60 ans 61 ans et plus

3.3 Indiquez votre diplôme le plus élevé :

- Niveau primaire, certificat d'études primaires
 Apprentissage LEP, CAP, BEP, niveau collège, BEPC
 Baccalauréat
 Niveau BAC+2 ou +3 (DU, BTS...)
 Niveau BAC + 4 et plus (diplômes universitaires ou école supérieure)

3.4 Indiquez votre catégorie statutaire (une seule réponse possible) :

- A B C

3.5 Vous êtes titulaire de la fonction publique territoriale :

- Oui Non

3.6 Si non, quel type de contrat avez-vous ?

- CDI CDD Contrats aidés

3.7 Depuis combien de temps travaillez-vous au sein de votre collectivité ?

- Moins de un an 1 à 5 ans 6 à 10 ans 11 à 20 ans 21 à 30 ans
 31 à 40 ans 41 ans et plus

3.8 Avez-vous vu un changement organisationnel important dans votre situation de travail au cours des 5 dernières années ? (changement dans votre activité, réorganisation, évolution technique, autre...)

- Oui Non

3.8.1 Si oui, diriez-vous que cette nouvelle situation est :

- Meilleure que la précédente,
 Équivalente,
 Moins bonne que la précédente.

3.8.2 Ce changement a-t-il été difficile à vivre ?

- Oui Non



Fin de questionnaire. Merci de nous le retourner sous pli confidentiel en utilisant l'enveloppe T mise à votre disposition avant le 30 septembre 2011 au CDG 35.