



# QUESTIONNAIRE BSI 2013



*Ce questionnaire commun à tous les organismes est identique à celui de 2012.  
Suite aux remarques des organismes concernant la liste des métiers, cette liste a été modifiée.  
Nous avons repris la liste des 17 familles métiers du répertoire interbranche, ce qui facilitera la compréhension pour les salariés et permettra une meilleure identification pour les personnes en charge du BSI dans les organismes (question page 15).*

## **I. VOTRE TRAVAIL AU QUOTIDIEN**

**Globalement, êtes-vous satisfait de votre travail actuel ?**

- ☐ Tout à fait satisfait,
- ☐ Plutôt satisfait,
- ☐ Pas vraiment satisfait,
- ☐ Pas du tout satisfait

**Actuellement, quel est votre degré de satisfaction sur chacun des points suivants ?**

|                                                                 | Tout à fait satisfaisant | Plutôt satisfaisant      | Pas vraiment satisfaisant | Pas du tout satisfaisant |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| La nature et le contenu de votre travail                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| Vos horaires de travail                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| Votre rémunération                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| Les avantages sociaux                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| Les relations avec vos collègues                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| Les relations avec votre supérieur hiérarchique direct          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| L'ambiance au sein de votre service                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| La reconnaissance de votre travail par votre hiérarchie         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| La possibilité de développer vos compétences                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| L'équilibre entre votre vie privée et votre vie professionnelle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| Les possibilités d'évolution professionnelle                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| Les possibilités de formation                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| L'organisation du travail au sein de votre organisme            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |

**En règle générale, estimez-vous que votre charge de travail est...**

- ☐ Trop importante
- ☐ Importante
- ☐ Normale
- ☐ Faible

---

**Estimez-vous que votre travail est ....**

|                          | Oui tout à fait          | Oui plutôt               | Non pas vraiment         | Non pas du tout          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Varié                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Motivant                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Adapté à vos compétences | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Etes-vous fier de travailler ...**

|                                                             | Oui tout à fait          | Oui plutôt               | Non pas vraiment         | Non pas du tout          |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| A la Sécurité sociale                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dans la branche [Famille/Maladie/<br>Retraite/Recouvrement] | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dans votre organisme                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Dans votre travail actuel, qu'est-ce qui vous motive le plus ?**

*Une réponse possible – rotation aléatoire*

- ☐ La nature et le contenu de votre travail
- ☐ Votre rémunération
- ☐ Le sentiment de contribuer aux missions de service public
- ☐ Les responsabilités qui vous sont confiées
- ☐ Les horaires de travail

**Pour réaliser un travail de qualité, pensez-vous ... ?**

|                                                             | Oui tout à fait          | Oui plutôt               | Non pas vraiment         | Non pas du tout          |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Etre prévenu suffisamment à l'avance pour vous organiser    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Disposer des informations nécessaires                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Que les outils informatiques que vous utilisez sont adaptés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Disposer du temps nécessaire                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

---

**Au cours de l'année écoulée, avez-vous constaté une amélioration, une dégradation ou aucun changement en ce qui concerne...**

|                                          | Amélioration             | Détérioration            | Aucun changement         |
|------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| La nature et le contenu de votre travail | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Votre charge de travail                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'organisation du travail de l'équipe    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Votre marge d'initiative / Autonomie     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'ambiance de travail dans votre service | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vos outils de travail                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Dans votre travail, êtes-vous fréquemment en contact avec le public (employeurs, allocataires, assurés, cotisants, professionnels de santé, ...) ?**  
(Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Oui, en accueil téléphonique
- ☐ Oui, en accueil physique
- ☐ Oui, par des déplacements et contacts sur le terrain
- ☐ Non

(A ceux ayant répondu « Oui, est fréquemment en contact avec le public »)

**Lorsque vous êtes en contact avec le public, rencontrez-vous des difficultés ?**

- ☐ Oui régulièrement
- ☐ Oui de temps en temps
- ☐ Non jamais ou presque

(A ceux ayant répondu « Oui régulièrement ou de temps en temps »)

**Lesquelles ? (plusieurs réponses possibles)**

- ☐ Des situations d'incivilité / d'agressivité
- ☐ Des situations de mécontentement des usagers
- ☐ Des situations graves / précaires à régler
- ☐ Des difficultés de communication avec les usagers (langues...)
- ☐ Un manque de formation / de connaissances pour répondre aux usagers
- ☐ Un manque d'organisation / de matériel pour mieux répondre aux exigences des usagers
- ☐ Un manque de temps pour traiter toutes les demandes (usagers nombreux, manque de personnel...)

## II. FONCTIONNEMENT DU SERVICE

Dans votre service, pensez-vous...

|                                                                                                           | Oui tout à fait          | Oui plutôt               | Non pas vraiment         | Non pas du tout          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Etre suffisamment associé à l'organisation du travail de l'équipe (planning, répartition des tâches, ...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Que la répartition des tâches est équitable                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Que la coopération et l'entraide sont bonnes                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Que la coordination et le travail avec les autres services se passent bien                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Que l'information communiquée est suffisamment claire                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## III. MANAGEMENT

A propos de votre supérieur hiérarchique direct, diriez-vous qu'il ...

|                                                                                         | Tout à fait d'accord     | Plutôt d'accord          | Pas vraiment d'accord    | Pas du tout d'accord     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Vous aide à progresser dans votre travail                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vous fait confiance                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Associe ses collaborateurs aux réussites du service                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vous accompagne dans les changements                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Favorise le travail en équipe                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vous dit régulièrement ce qu'il pense de la qualité et de l'efficacité de votre travail | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vous donne les informations nécessaires à la réalisation de votre travail               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Est disponible quand vous avez besoin de lui                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prend en compte les avis et propositions de son équipe                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vous soutient en cas de difficultés                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vous indique clairement les priorités                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Avez-vous la responsabilité hiérarchique d'une équipe ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

(A ceux qui ont répondu « Oui, a une responsabilité hiérarchique »)

**En tant que manager diriez-vous que la direction de votre organisme...**

|                                                                        | Tout à fait d'accord     | Plutôt d'accord          | Pas vraiment d'accord    | Pas du tout d'accord     |
|------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| vous soutient en cas de difficultés                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| vous donne les informations nécessaires à la gestion de votre équipe   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| vous donne les moyens humains nécessaires pour atteindre vos objectifs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| prend en compte vos avis et vos suggestions                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Au cours de l'année écoulée, avez-vous eu un entretien annuel d'évaluation et d'accompagnement (EAEA) ?**

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Non concerné (absence de longue durée, ...)

(A ceux qui ont répondu « Oui a eu un EAEA »)

**Au cours de cet entretien, votre responsable direct vous a-t-il fixé des objectifs annuels ?**

- ☐ Oui
- ☐ Non

(A ceux qui ont répondu « Oui, des objectifs ont été fixés »)

**Les objectifs qui vous ont été fixés lors de l'entretien sont-ils ...**

|              | Oui, tout à fait         | Oui, plutôt              | Non, pas vraiment        | Non, pas du tout         |
|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Clairs       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Atteignables | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Motivants    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(A ceux qui ont répondu « Oui a eu un EAEA »)

**Lors de cet entretien, avez-vous échangé avec votre supérieur hiérarchique ...**

|                                | Oui, tout à fait         | Oui, plutôt              | Non, pas vraiment        | Non, pas du tout         |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Du bilan de votre activité     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| De vos objectifs de travail    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| De vos éventuelles difficultés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| De vos besoins en formation    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| De vos souhaits d'évolution    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Du fonctionnement du service   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| De vos préoccupations          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(A ceux qui ont répondu « Oui a eu un EAEA »)

**Globalement, diriez-vous que cet entretien a été utile ?**

- ☐ Oui, tout à fait
- ☐ Oui, plutôt
- ☐ Non, pas vraiment
- ☐ Non pas du tout

(A ceux qui ont répondu « Non l'entretien n'a pas été utile »)

**Pour quelles raisons principales estimez-vous que l'entretien n'a pas été utile ?**  
(deux réponses maximum)

- ☐ Vous n'avez pas pu parler de certains sujets que vous souhaitiez aborder
- ☐ Vous auriez souhaité parler de votre rémunération
- ☐ Votre manager n'a pas su vous informer sur certains sujets
- ☐ Vous n'avez pas pu suivre la formation envisagée
- ☐ On ne vous a pas proposé d'évolution professionnelle
- ☐ On n'a pas accordé suffisamment de temps à votre entretien
- ☐ Vous avez le sentiment de ne pas avoir été écouté pendant votre entretien

#### **IV. FORMATION ET REMUNERATION**

**Depuis trois ans, avez-vous suivi une ou plusieurs formations ?**

(Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Oui une ou plusieurs formations que l'on vous a demandées de suivre
- ☐ Oui une ou plusieurs formations que vous aviez demandées
- ☐ Non aucune formation

(A ceux qui ont répondu « non, n'a pas suivi de formation »)

**Pour quelles raisons n'avez-vous pas suivi de formation ?**

(Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Vous n'en avez pas eu besoin
- ☐ On ne vous en a pas proposé
- ☐ Il n'y avait pas de formation adaptée
- ☐ Votre demande de formation a été refusée
- ☐ Vous n'avez pas suffisamment de temps pour suivre une formation
- ☐ Votre demande a été acceptée mais la formation n'a pas pu être organisée
- ☐ Vous venez d'arriver dans l'organisme
- ☐ Les modalités de la formation n'étaient pas conciliables avec votre organisation

(A ceux qui ont répondu « oui, a suivi des formations »)

**Les formations que vous avez suivies ...**

|                                                  | Tout à fait d'accord     | Plutôt d'accord          | Plutôt pas d'accord      | Pas du tout d'accord     |
|--------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Etaient adaptées à vos besoins professionnels    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Correspondaient à vos attentes                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vous ont permis de progresser dans votre travail | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Lorsque vous pensez aux avantages sociaux de la Sécurité Sociale, vous pensez avant tout... ? en 1<sup>er</sup> / 2<sup>e</sup> / 3<sup>e</sup>**

*Rotation aléatoire des items*

- ☐ Aux titres restaurants
- ☐ Aux avantages proposés par le CE / Œuvres sociales (Chèques vacances, réductions et propositions sur le cinéma, spectacles, les voyages / Chèque Emploi Service Universel)
- ☐ A la sécurité de l'emploi
- ☐ A l'intéressement
- ☐ Au nombre de jours de RTT et congés
- ☐ Aux horaires de travail
- ☐ A la complémentaire santé

**Globalement estimez-vous être rémunéré à votre juste valeur par rapport ...**

|                                                                                             | Très bien                | Assez bien               | Assez mal                | Très mal                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Au travail que vous accomplissez                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A vos résultats, c'est-à-dire l'atteinte des objectifs qui vont ont été fixés               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aux salariés exerçant un travail comparable dans d'autres entreprises hors Sécurité sociale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Au sein de votre organisme, diriez-vous que les règles d'attribution des mesures de rémunération individuelle sont ... ?**

|                               | Oui tout à fait          | Oui plutôt               | Non plutôt pas           | Non pas du tout          |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Connues par les agents        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Communiquées par la Direction | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Clares                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Equitables / justes           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**S'agissant de l'intéressement, diriez vous que ....**

|                                                                                   | Oui tout à fait          | Oui plutôt               | Non plutôt pas           | Non pas du tout          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Vous connaissez les indicateurs d'intéressement de votre organisme                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vous contribuez personnellement à l'atteinte des objectifs liés à l'intéressement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Le principe de l'intéressement est pour vous motivant                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Le montant de l'intéressement est pour vous motivant                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## V. L'INFORMATION

**Globalement, comment vous sentez-vous informé par ...**

|                                                          | Très bien informé        | Plutôt bien informé      | Plutôt mal informé       | Très mal informé         |
|----------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| L'Ucanss                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La branche [Maladie / Famille / Retraite / Recouvrement] | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Votre organisme                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Dans votre travail, quelles sont les principales sources que vous utilisez pour vous informer ?**

*(2 réponses possibles)*

- ☐ Votre responsable direct
- ☐ Les collègues, le bouche à oreille
- ☐ La direction
- ☐ Les représentants du personnel, les syndicats
- ☐ Le service RH

**Dans votre travail, par quels moyens vous informez-vous principalement ?**

*(2 réponses possibles)*

- ☐ Les réunions de service
- ☐ L'Intranet
- ☐ Le journal interne
- ☐ Les médias externes
- ☐ Le site internet de l'Ucanss
- ☐ La messagerie électronique (mails)

**Plus précisément, comment vous sentez-vous informé sur...**

|                                                                   | Très bien informé        | Plutôt bien informé      | Plutôt mal informé       | Très mal informé         |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| La mise en œuvre de la COG (convention d'objectifs et de gestion) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La mise en œuvre du CPG (contrat pluriannuel de gestion)          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les résultats des négociations sociales                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les offres d'emplois (site de l'Ucanss)                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les offres de formation                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vos possibilités d'évolution au sein de votre organisme           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vos possibilités d'évolution au sein de la Sécurité sociale       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## **VI. PERCEPTION DE LA DIRECTION**

**Globalement, diriez-vous que la Direction de votre organisme...**

|                                                         | Oui tout à fait          | Oui plutôt               | Non pas vraiment         | Non pas du tout          |
|---------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Est attentive aux conditions de travail                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Est proche des préoccupations du terrain                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prend en compte la dimension humaine dans ses décisions | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## **VII PERCEPTION DU DIALOGUE ENTRE LA DIRECTION ET LES REPRESENTANTS DU PERSONNEL**

**Dans votre organisme, estimez vous que ...**

|                                                                                         | Oui tout à fait          | Oui plutôt               | Non pas vraiment         | Non pas du tout          | Manque d'information à ce sujet |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| Le dialogue social est constructif entre les représentants du personnel et la direction | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        |
| Vous connaissez les sujets discutés/négociés                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        |

## **VIII VOTRE AVENIR PROFESSIONNEL ET VOS ATTENTES**

**Comment vous sentez-vous à propos de ...**

|                                                                                                | Très optimiste           | Plutôt optimiste         | Plutôt pessimiste        | Très pessimiste          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| L'avenir de votre emploi actuel                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Votre avenir professionnel au sein de votre organisme                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Votre avenir professionnel au sein de la branche [Maladie / Famille / Retraite / Recouvrement] | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Votre avenir professionnel au sein de la Sécurité sociale                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

---

**Pour vous, pensez-vous avoir de réelles possibilités d'évolution ...**

|                                                                                              | Oui tout à fait          | Oui plutôt               | Non pas vraiment         | Non pas du tout          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Au sein de votre organisme                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Au sein des autres organismes de la branche<br>[Maladie / Famille / Retraite / Recouvrement] | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Au sein d'une autre branche de la Sécurité sociale                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Vous-même, souhaitez-vous changer d'activité professionnelle ?**

- ☐ Oui, d'ici moins de 3 ans
- ☐ Oui, mais dans un avenir plus lointain
- ☐ Non
- ☐ Je ne suis pas concerné
- ☐ Je ne sais pas

*(A ceux qui répondent « oui souhaitent changer d'activité »)*

**Si vous souhaitez changer d'activité, est-ce prioritairement...**

*(une seule réponse possible)*

- ☐ Au sein de votre organisme actuel
- ☐ Dans un autre organisme de votre branche de Sécurité sociale
- ☐ Dans une autre branche de la Sécurité sociale
- ☐ Dans un autre service public
- ☐ Dans le secteur privé
- ☐ Je ne sais pas encore

*(A ceux qui répondent « oui souhaitent changer d'activité »)*

**Pourquoi souhaitez-vous changer d'activité ? Est-ce principalement...**

*(1 réponse possible)*

- ☐ Pour avoir une meilleure rémunération
- ☐ Pour un meilleur équilibre vie professionnelle – vie privée
- ☐ Pour exercer de nouvelles activités
- ☐ Pour avoir un poste avec davantage de responsabilités

---

## **IX LA RESPONSABILITE SOCIALE**

**Votre organisme communique-t-il sur les actions entreprises en matière de développement durable ?**

- ☐ très bien
- ☐ assez bien
- ☐ assez mal
- ☐ très mal
- ☐ vous ne savez pas s'il y a des actions dans ce domaine

**Votre organisme a-t-il récemment mis en place des actions dans le domaine social, en matière de ...**

(plusieurs réponses possibles)

- ☐ intégration de travailleurs handicapés
- ☐ santé au travail
- ☐ emploi de seniors
- ☐ promotion de la non discrimination
- ☐ Vous ne savez pas s'il y a des actions dans ce domaine

**D'une manière générale, estimez-vous que votre travail est stressant ?**

- ☐ Oui, tout à fait
- ☐ Oui, plutôt
- ☐ Non, plutôt pas
- ☐ Non, pas du tout

**Au cours de l'année écoulée, avez-vous constaté une amélioration, une dégradation ou aucun changement en ce qui concerne votre niveau de stress au travail ?**

- ☐ Amélioration
- ☐ Déterioration
- ☐ Aucun changement

### **Si conditions de travail stressantes**

**Quelles sont les principales raisons de votre stress ?**

(plusieurs réponses possibles)

- ☐ Une charge de travail excessive
- ☐ L'agressivité de certains usagers
- ☐ Les actes d'incivilité de certains usagers
- ☐ Les missions qui vous sont confiées
- ☐ Des mauvaises conditions matérielles de travail
- ☐ Une mauvaise entente dans votre équipe
- ☐ Une mauvaise relation avec votre hiérarchie
- ☐ Des problèmes personnels

### **Si charge de travail excessive**

**Pour quelles raisons jugez-vous votre charge de travail excessive ?**

(plusieurs réponses possibles)

- ☐ La quantité de travail à fournir
- ☐ La contrainte de temps
- ☐ La complexité croissante des dossiers ou des situations à traiter
- ☐ La difficulté à planifier ou à organiser votre travail
- ☐ Le poids des procédures (contrôles internes, reporting, ...)

Si conditions de travail stressantes

**Votre niveau de stress a-t-il des conséquences sur ... ?**

|                                    | Oui, tout à fait         | Oui, plutôt              | Non, plutôt pas          | Non, pas du tout         |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Votre motivation                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La qualité de votre travail        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vos relations avec vos collègues   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Votre santé                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Votre vie personnelle et familiale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Des actions sont-elles mises en œuvre dans votre organisme pour adapter la charge de travail des agents ?**

- ☐ Oui  
☐ Non

*Si actions mises en place*

**Estimez-vous ces actions ... ?**

|                          | Oui, tout à fait         | Oui, plutôt              | Non, plutôt pas          | Non, pas du tout         |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| nécessaires              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| efficaces                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| adaptées à votre travail | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**X LA COMPLEMENTAIRE SANTE**

**Etes-vous adhérent à la complémentaire santé ?**

- ☐ Oui  
☐ Non

*Est adhérent à la complémentaire santé*

**Concernant la complémentaire santé, quel est votre degré de satisfaction sur chacun des points suivants ?**

|                                                                                                        | Tout à fait satisfaisant | Plutôt satisfaisant      | Pas vraiment satisfaisant | Pas du tout satisfaisant |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Le montant des cotisations                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| Le niveau de couverture offert                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| La qualité des services rendus par votre assureur gestionnaire (mutuelle ou institution de prévoyance) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| Les informations dont vous disposez sur les prestations                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |

---

## Questions complémentaires

Afin de pouvoir traiter au mieux les réponses à ce questionnaire, merci de nous communiquer les informations suivantes sur votre situation professionnelle.

En effet, ces informations permettront des analyses collectives par catégories, indispensables à la qualité des conclusions de l'enquête

Nous vous rappelons que BVA garantit le plus strict anonymat dans le traitement de vos réponses et qu'aucun résultat ne sera exploité sur des effectifs trop faibles pouvant remettre en cause cet anonymat.

**Vous êtes :**

- ☐ Un homme
- ☐ Une femme

**Votre âge :**

- ☐ Moins de 25 ans
- ☐ 26 à 30 ans
- ☐ 31 à 35 ans
- ☐ 36 à 40 ans
- ☐ 41 à 45 ans
- ☐ 46 à 50 ans
- ☐ 51 à 55 ans
- ☐ 56 ans et plus

**Depuis combien de temps travaillez-vous au sein de la Sécurité sociale ?**

- ☐ Moins d'un an
- ☐ De 1 à 4 ans
- ☐ De 5 à 9 ans
- ☐ De 10 à 19 ans
- ☐ De 20 à 29 ans
- ☐ 30 ans et plus

**Depuis combien de temps occupez-vous votre emploi actuel ?**

- ☐ Moins d'un an
- ☐ De 1 à 4 ans
- ☐ De 5 à 9 ans
- ☐ De 10 à 19 ans
- ☐ De 20 à 29 ans
- ☐ 30 ans et plus

---

**Travaillez-vous...**

- ☐ A temps complet
- ☐ A temps partiel

Si adhérent à la complémentaire santé (oui en Q50a)

**Pour votre complémentaire santé, vous êtes adhérent à:**

- ☐ L'AG2R
- ☐ Malakoff/Médéric
- ☐ Autre mutuelle

**Quel type de métier exercez-vous ?**

- ☐ Gestion des situations clients
- ☐ Contrôle et maîtrise des risques externes
- ☐ Intervention et développement social
- ☐ Prévention des risques professionnels et sanitaires
- ☐ Offre de soins et prise en charge du handicap
- ☐ Régulation du système de soins
- ☐ Analyse et conseil juridiques
- ☐ Optimisation des processus
- ☐ Gestion comptable et financière
- ☐ Observation socio-économique
- ☐ Gestion et développement des ressources humaines
- ☐ Gestion des systèmes d'information
- ☐ Information et communication
- ☐ Promotion de l'offre de services
- ☐ Assistance logistique
- ☐ Gestion des moyens matériels
- ☐ Management et pilotage

**De quelle classification relevez-vous ?**

- ☐ Employés et cadres
- ☐ Informaticiens
- ☐ Ingénieurs
- ☐ Praticiens conseils
- ☐ Agents de direction
- ☐ Personnels soignants, éducatifs et médicaux des établissements et œuvres

---

**Merci de préciser votre niveau de qualification**

*Si Employés et cadres*

- ☐ Niveau 1 à 2
- ☐ Niveau 3
- ☐ Niveau 4
- ☐ Niveau 5 à 6
- ☐ Niveau 7
- ☐ Niveau 8 à 9

*Si Informaticiens*

- ☐ Niveau 1A
- ☐ Niveau 1B
- ☐ Niveau 2 à 3
- ☐ Niveau 4 à 6
- ☐ Niveau 7 à 10

*Si Personnels soignants, éducatifs et médicaux des établissements et œuvres(UGECAM)*

- ☐ Niveau 1 à 2
- ☐ Niveau 3
- ☐ Niveau 4
- ☐ Niveau 5 à 6
- ☐ Niveau 7
- ☐ Niveau 8 et 9
- ☐ Niveau 10 à 12

*Merci d'avoir bien voulu répondre à ce questionnaire.*