

## **BIBLIOTHEQUE DE QUESTIONS**

### **Questions spécifiques aux organismes**

Dans le cadre du baromètre social institutionnel, vous avez la possibilité de poser quelques questions spécifiques à votre organisme et à ses problématiques.

Afin de pouvoir comparer les résultats obtenus sur ces questions, que ce soit par rapport à d'autres organismes ou dans le temps, nous vous proposons une bibliothèque de questions sur différents thèmes.

Nous vous encourageons vivement à utiliser cette bibliothèque de questions. En effet, les résultats obtenus sur ces questions seront plus faciles à analyser compte tenu du fait que BVA pourra disposer de comparatifs, mais surtout nous pourrons comparer vos résultats à ceux des organismes ayant opté pour les mêmes questions.

Toutefois, si vous souhaitez aborder un thème qui ne figure pas parmi ceux proposés, vous pourrez nous proposer des questions. BVA pourra aussi vous aider dans la formulation des questions que vous souhaitez aborder.

Vous pouvez choisir 6 unités questions. Une unité question correspond à une question simple ou à 3 items lorsque la question est une batterie d'items (nous vous avons indiqué le nombre d'unités question pour chaque question).

Après avoir choisi vos questions, nous vous invitons à vous rendre sur le site [www.ucanss-bsi.fr](http://www.ucanss-bsi.fr) afin de nous transmettre votre sélection.

**Nous vous rappelons que vous pouvez passer commande sur le site jusqu'au 08 février 2013.**

## Bibliothèque de questions

### 1) Le temps de travail (6 unités question)

a- Personnellement, seriez-vous intéressé par ... **(1 unité question)**

|                                                                                       | Très intéressé           | Plutôt intéressé         | Plutôt pas intéressé     | Pas du tout intéressé    | Je suis déjà dans cette situation |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| Un télé travail (travail à domicile)                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>          |
| L'aménagement de votre durée de travail hebdomadaire sur 4 jours (semaine de 4 jours) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>          |

b- Connaissez-vous le protocole d'horaires variables en vigueur dans votre organisme ? **(1 unité question)**

- a. Oui, tout à fait
- b. Oui, plutôt
- c. Non, plutôt pas
- d. Non, pas du tout

*(Si connaît le protocole)*

c- Etes-vous satisfait du protocole d'horaires variables en vigueur dans votre organisme ? **(1 unité question à sélectionner uniquement avec la question 1.b)**

- a. Tout à fait satisfait
- b. Plutôt satisfait
- c. Pas vraiment satisfait
- d. Pas du tout satisfait

d- Etes-vous satisfait des aménagements des RTT mis en place dans votre organisme ? **(1 unité question)**

- a. Tout à fait satisfait
- b. Plutôt satisfait
- c. Pas vraiment satisfait
- d. Pas du tout satisfait

e- Vous avez la possibilité de racheter vos jours de RTT sous certaines conditions. Etes-vous satisfait de cette possibilité ? **(1 unité question)**

- a. Tout à fait satisfait
- b. Plutôt satisfait
- c. Pas vraiment satisfait
- d. Pas du tout satisfait

f- Avez-vous déjà racheté un ou plusieurs jours de RTT ? **(1 unité question)**

- a. Oui
- b. Non mais vous l'envisagez
- c. Non et vous ne l'envisagez pas

## 2) Conditions et environnement de travail (6 unités question)

a- Au cours de l'année écoulée, avez-vous noté une amélioration, une dégradation ou aucun changement en ce qui concerne vos conditions de travail ? **(1 unité question)**

- a. Amélioration
- b. Détérioration
- c. Aucun changement

b- A propos de votre environnement de travail, quel est votre degré de satisfaction sur chacun des points suivants ? **(2 unités question)**

|                                                                | Tout à fait satisfait    | Plutôt satisfait         | Pas vraiment satisfait   | Pas du tout satisfait    |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| La possibilité de disposer d'un espace de travail calme        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La température                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Votre espace individuel de travail                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les salles de réunion mises à disposition                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les espaces de pause mis à disposition                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'accessibilité de votre lieu de travail depuis votre domicile | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

c- A propos de votre poste de travail, êtes-vous satisfait ... ? **(2 unités question)**

|                                                           | Tout à fait satisfait    | Plutôt satisfait         | Pas vraiment satisfait   | Pas du tout satisfait    |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| De la performance du matériel informatique                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| De l'adéquation des logiciels informatiques à vos besoins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| De la rapidité du matériel informatique                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| De la fiabilité du matériel informatique                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Des fournitures de bureau                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

d- Globalement, êtes-vous satisfait du service informatique de votre organisme ? **(1 unité question)**

- a. Tout à fait satisfait
- b. Plutôt satisfait
- c. Pas vraiment satisfait
- d. Pas du tout satisfait
- e. Non concerné

### 3) Les Ressources Humaines

#### 3.1 La politique des ressources humaines (4 unités question)

- a- Globalement, êtes-vous satisfait de la politique des ressources humaines de votre organisme ? **(1 unité question)**
- a. Tout à fait satisfait
  - b. Plutôt satisfait
  - c. Pas vraiment satisfait
  - d. Pas du tout satisfait
- b- Au cours de l'année écoulée, avez-vous constaté une amélioration, une dégradation ou aucun changement en ce qui concerne la politique des ressources humaines de votre organisme ? **(1 unité question)**
- a. Amélioration
  - b. Détérioration
  - c. Aucun changement
- c- Êtes-vous satisfait de l'accompagnement des ressources humaines de votre organisme dans la gestion de votre carrière (développement professionnel, parcours professionnel, ...) ? **(1 unité question)**
- a. Tout à fait satisfait
  - b. Plutôt satisfait
  - c. Pas vraiment satisfait
  - d. Pas du tout satisfait
- d- Selon vous, le système de rémunération mis en place dans votre organisme prend-il suffisamment en compte les performances individuelles ? **(1 unité question)**
- a. Oui, tout à fait
  - b. Oui, plutôt
  - c. Non, plutôt pas
  - d. Non, pas du tout

#### 3.2 Le service des ressources humaines (3 unités question)

- a- Depuis un an, avez-vous été en contact avec le service des ressources humaines de votre organisme ? **(1 unité question)**
- a. Oui, régulièrement
  - b. Oui, occasionnellement
  - c. Non jamais ou presque jamais

*Si contact avec le service des ressources humaines*

- b- Pour quel(s) motif(s) avez-vous été en contact avec le service des ressources humaines ? (Plusieurs réponses possibles)

**(1 unité question à sélectionner uniquement avec la question 3.2.a)**

- a. Votre paie
- b. Vos horaires de travail
- c. Vos congés et absences
- d. Vos droits
- e. Votre évolution professionnelle
- f. Vos formations
- g. Vos difficultés professionnelles
- h. Autre raison

*Si est en contact avec le service des ressources humaines*

- c- Lorsque vous êtes en contact avec le service des ressources humaines, êtes-vous satisfait des points suivants ?

**(1 unité question à sélectionner uniquement avec la question 3.2.a)**

|                           | Tout à fait satisfait    | Plutôt satisfait         | Pas vraiment satisfait   | Pas du tout satisfait    |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sa disponibilité          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La qualité de son accueil | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La qualité des réponses   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les délais de réponse     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 3.3 Les seniors (3 unités question)

- a- Dans votre organisme, les relations entre les jeunes et les plus anciens sont-elles... ?

**(1 unité question)**

- Très satisfaisantes
- Plutôt satisfaisantes
- Pas vraiment satisfaisantes
- Pas du tout satisfaisantes

- b- Connaissez-vous les actions destinées aux seniors mises en place dans votre organisme (exemple : tutorat, formateur occasionnel, ...) ? **(1 unité question)**

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

*(Si connaît les actions)*

- c- Ces actions vous paraissent-elles ... ?

**(1 unité question à sélectionner uniquement avec la question 3.3.b)**

|                                                                  | Oui, tout à fait         | Oui, plutôt              | Non, pas Vraiment        | Non, pas du tout         |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nécessaires                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Motivantes pour les seniors                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bénéfiques pour votre organisme                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Favorables à une bonne relation de travail entre les générations | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 3.4 L'emploi de personnes handicapées (3 unités question)

a- Connaissez-vous les actions mises en place dans votre organisme destinées à favoriser l'intégration de personnes handicapées ? **(1 unité question)**

- a. Oui, tout à fait
- b. Oui, plutôt
- c. Non, pas vraiment
- d. Non, pas du tout

(Si connaît les actions)

b- Vous sentez-vous concerné(e) par ces actions ?

**(1 unité question à sélectionner uniquement avec la question 3.4.a)**

- a. Oui, tout à fait
- b. Oui, plutôt
- c. Non, pas vraiment
- d. Non, pas du tout

(Si connaît les actions)

c- Ces actions vous paraissent-elles ... ?

**(1 unité question à sélectionner uniquement avec la question 3.4.a)**

|                                                | Oui, tout à fait         | Oui, plutôt              | Non, pas Vraiment        | Non, pas du tout         |
|------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Bénéfiques pour l'image de votre organisme     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Adaptées aux besoins des personnes handicapées | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bien accueillies par les salariés              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 3.5 L'intégration des nouveaux embauchés (4 unités question)

a- En général, considérez-vous que les nouveaux embauchés bénéficient d'un réel accompagnement dans leur prise de leur fonction ? **(1 unité question)**

- a. Oui, tout à fait
- b. Oui, plutôt
- c. Non, pas vraiment
- d. Non, pas du tout

b- Depuis combien de temps travaillez-vous dans votre organisme ? **(1 unité question)**

- a. Moins de 5 ans
- b. 5 ans ou plus

(Aux embauchés depuis moins de 5 ans)

c- Lors de votre arrivée dans cet organisme, avez-vous été satisfait ... ?

**(2 unités question à sélectionner uniquement avec la question 3.5.b)**

|                                                                                          | Tout à fait satisfait    | Plutôt satisfait         | Pas vraiment satisfait   | Pas du tout satisfait    |
|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| De l'accueil qui vous a été réservé                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| De l'aide apportée par vos nouveaux collègues                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| De la formation reçue pour intégrer efficacement vos fonctions                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| De l'adéquation du poste à vos compétences                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| De l'adéquation du poste à ce qui vous avait été expliqué lors des entretiens d'embauche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| De l'accompagnement des ressources humaines dans la prise de vos fonctions               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| De l'accompagnement de votre responsable direct dans la prise de vos fonctions           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### 4) La reconnaissance de son travail et la participation aux décisions (5 unités question)

a- Personnellement, êtes-vous satisfait ... ? (2 unités question)

|                                                                  | Tout à fait satisfait    | Plutôt satisfait         | Pas vraiment satisfait   | Pas du tout satisfait    |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| De la confiance qui vous est accordée au sein de votre organisme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| De l'évaluation de vos compétences au quotidien                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| De la reconnaissance de votre travail au quotidien               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| De la possibilité d'être autonome                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| De la possibilité de faire passer vos idées                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| De la possibilité de prendre des initiatives                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

b- Participez-vous aux prises de décisions concernant ... ? (1 unité question)

|                 | Oui, toujours            | Oui, de temps en temps   | Oui, rarement            | Non, jamais              |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Votre organisme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Votre service   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

c- Avez-vous déjà participé à des groupes de travail destinés à favoriser l'expression des salariés ? (1 unité question)

- a. Oui
- b. Non

d- Seriez-vous intéressé pour participer (de nouveau) à des groupes de travail ? (1 unité question)

- a. Oui
- b. Non

## 5) Le stress (6 unités question)

- i- Merci de répondre aux questions suivantes (cette batterie de questions et la question i' permettent de calculer une note de situation vis-à-vis du stress. Elle a été établie en collaboration avec la médecine du travail et testée depuis quelques années auprès d'organismes de la branche recouvrement).

|                                                                                                       | Jamais                   | Parfois                  | Souvent                  | Toujours                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Etes-vous irritable ?                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Etes-vous hypersensible à un des facteurs suivants : bruit, odeur, goût, toucher, vision ?            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous des troubles de sommeil ?                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous des troubles de la concentration ou de la mémoire ?                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous des difficultés à entreprendre des activités ?                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hésitez-vous à prendre des initiatives ou des décisions ?                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Etes-vous inquiet ?                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vous sentez-vous crispé ou tendu ?                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vous sentez-vous mal à l'aise ?                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ressentez-vous des moments d'excitation au point de ne pas pouvoir rester en place un certain temps ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vous arrive-t-il d'être envahi par une sensation de fatigue générale ?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Transpirez-vous anormalement ?                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vous sentez-vous oppressé ou anormalement essoufflé ?                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ressentez-vous un trouble physique que vous attribuez à votre nervosité ?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vous sentez-vous pessimiste ou découragé ?                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vous arrive-t-il de ne pas avoir confiance en votre valeur, en vos capacités ?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Votre consommation (café, tabac, etc.) a-t-elle augmenté dans les 12 derniers mois ?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Votre appétit s'est-il modifié ?                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous ressenti des troubles du désir sexuel ?                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vous plaignez-vous d'avoir du mal à maintenir la qualité de votre travail ?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- i' Vous sentez-vous stressé ?

- Oui
- Non

## 6) Le développement durable

- a- Seriez-vous prêt à changer de mode de transport si votre organisme vous proposait un plan de déplacement favorisant les transports collectifs ?
- Oui, tout à fait
  - Oui, plutôt
  - Non, plutôt pas
  - Non, pas du tout
  - Je viens déjà en transports en commun

## 7) Les changements au sein de l'organisme (mutualisation / fusion / régionalisation / départementalisation) (6 unités question)

Votre organisme [a connu / va connaître] une [fusion / mutualisation / régionalisation / départementalisation].

- a- Vous êtes-vous senti / vous sentez-vous bien informé sur ce projet ? **(1 unité question)**

- Oui, très bien informé
- Oui, plutôt bien informé
- Non, plutôt mal informé
- Non, très mal informé

- b- Vous êtes-vous senti / vous sentez-vous concerné(e) par ce projet ? **(1 unité question)**

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

- c- Globalement, selon vous, ce changement a-t-il eu / va-t-il avoir un impact très positif, plutôt positif, plutôt négatif ou très négatif sur ... ? **(1 unité question)**

|                                        | Très positif             | Plutôt positif           | Plutôt négatif           | Très négatif             | Aucun impact             |
|----------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Votre situation de travail personnelle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'efficacité de votre organisme        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- d- Pensez-vous que ce changement d'organisation a eu / va avoir un impact positif, un impact négatif ou aucun impact sur ... ? **(3 unités question)**

|                                                      | Positif                  | Négatif                  | Aucun impact             |
|------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| L'intérêt de votre travail                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vos possibilités d'évolution au sein de l'organisme  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Votre motivation                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La motivation des agents en général                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les moyens mis à disposition                         | <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"/> |
| L'ambiance de travail                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les horaires de travail                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Le climat social au sein de votre organisme          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La prise en compte des besoins des usagers           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La qualité du service rendu aux usagers              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 8) Qualité du service client

### 8.1 Qualité du service client perçu par les agents et les usagers (5 unités question)

a- A propos de votre organisme, diriez-vous qu'il ... ? (2 unités question)

|                                                                         | Tout à fait d'accord     | Plutôt d'accord          | Plutôt pas d'accord      | Pas du tout d'accord     |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Prend bien en compte les besoins des usagers                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A une bonne image au sein de la population                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sait s'adapter aux changements                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Est force de proposition pour améliorer les services rendus aux usagers | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rend un service de qualité aux usagers                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

b- Selon vous, les usagers sont-ils d'accord avec les affirmations suivantes concernant votre organisme ? (3 unités question)

|                                                  | Tout à fait d'accord     | Plutôt d'accord          | Plutôt pas d'accord      | Pas du tout d'accord     |
|--------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Les agents prennent bien en compte leurs besoins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les agents savent s'adapter aux changements      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les agents rendent un service de qualité         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les agents sont disponibles                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les agents sont compétents                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les agents sont à l'écoute des usagers           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les délais de réponse sont satisfaisants         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'accueil est agréable                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 8.2 Certification qualité (3 unités question)

a- Connaissez-vous la certification qualité mise en place dans votre organisme ? (1 unité question)

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

b- Pensez-vous que la certification qualité a eu un impact positif, un impact négatif ou aucun impact sur ... ? (2 unités question)

|                                                      | Positif                  | Négatif                  | Aucun impact             |
|------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Votre travail                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les moyens mis à disposition                         | <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"/> |
| La prise en compte des besoins des usagers           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La qualité du service rendu aux usagers              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 9) Le projet d'entreprise (5 unités question)

a- Personnellement, vous sentez-vous concerné par le projet d'entreprise de votre organisme ? **(1 unité question)**

- a. Oui, tout à fait
- b. Oui, plutôt
- c. Non, plutôt pas
- d. Non, pas du tout

b- Globalement, le projet d'entreprise de votre organisme vous paraît ... ? **(1 unité question)**

|                                     | Oui, tout à fait         | Oui, plutôt              | Non, plutôt pas          | Non, pas du tout         |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Clair                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bien communiqué aux salariés        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Partagé par l'ensemble des salariés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Porteur de valeurs concrètes        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

c- Vous reconnaissez-vous dans les valeurs du projet d'entreprise de votre organisme? **(1 unité question)**

- a. Oui, tout à fait
- b. Oui, plutôt
- c. Non, plutôt pas
- d. Non, pas du tout

d- Estimez-vous que le projet d'entreprise de votre organisme va avoir ou a eu un impact positif, un impact négatif ou aucun impact sur ... **(2 unités question)**

|                                            | Positif                  | Négatif                  | Aucun impact             |
|--------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| L'intérêt de votre travail                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les moyens mis à disposition               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'organisation du travail                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'ambiance de travail                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les horaires de travail                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La prise en compte des besoins des usagers | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La qualité du service rendu aux usagers    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 10) Le niveau d'information (5 unités question)

a- Estimez-vous que le nombre de réunions de travail au sein de votre service est ... ?  
(1 unité question)

- a. Excessif
- b. Normal
- c. Insuffisant

b- Estimez-vous que le nombre de réunions de travail entre les différents services de votre organisme est ... ? (1 unité question)

- a. Excessif
- b. Normal
- c. Insuffisant

c- Avez-vous le sentiment que l'information circule ... ? (1 unité question)

|                                                    | Très bien                | Assez bien               | Assez mal                | Très mal                 |
|----------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Entre les différents services de votre organisme   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dans votre service en général                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Entre votre responsable hiérarchique et son équipe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dans votre équipe                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

d- Pour chacun des points suivants, quel est votre degré d'information ... ? (2 unités question)

|                                                   | Très bien informé        | Assez bien informé       | Assez mal informé        | Très mal informé         |
|---------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Les enjeux et les orientations de votre organisme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les objectifs de votre organisme                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les objectifs de votre service                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vos objectifs de travail                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les résultats de votre travail                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |