

# SUMER 2016-2017

## VOTRE OPINION SUR VOTRE SITUATION DE TRAVAIL

Ce questionnaire a pour but de recueillir ce que vous ressentez au sujet de votre travail\*.  
Pour assurer la qualité des résultats, nous avons besoin que vous répondiez à toutes les questions car ces questionnaires validés scientifiquement ne s'utilisent que s'ils sont complets. Merci de rendre ce questionnaire rempli dans l'enveloppe ci-jointe

Numéro du questionnaire

Date de l'enquête

J J / M M / A A

Salarié/Agent :  Homme  Femme

Année de naissance :

□ □ □

Cochez la case qui correspond le mieux à votre réponse

- 1 - Vivez-vous en couple ? .....  Oui  Non
- 2a - Est-ce que vivent à votre domicile un ou plusieurs enfants de moins de 3 ans .....  Oui  Non
- 2b - Est-ce que vivent à votre domicile un ou plusieurs enfants de 3 à 10 ans scolarisés .....  Oui  Non
- 3 - Aidez-vous régulièrement une personne dépendante ou handicapée (enfant ou adulte) dans les tâches quotidiennes ? .....  Oui  Non

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
4 - Dans mon travail, je dois apprendre des choses nouvelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - Dans mon travail, j'effectue des tâches répétitives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 - Mon travail me demande d'être créatif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 - Mon travail me permet souvent de prendre des décisions moi-même	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 - Mon travail demande un haut niveau de compétence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 - Dans ma tâche, j'ai très peu de liberté pour décider comment je fais mon travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 - Dans mon travail, j'ai des activités variées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 - J'ai la possibilité d'influencer le déroulement de mon travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 - J'ai l'occasion de développer mes compétences professionnelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 - Mon travail demande de travailler très vite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 - Mon travail demande de travailler intensément	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 - On me demande d'effectuer une quantité de travail excessive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 - Je dispose du temps nécessaire pour exécuter correctement mon travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 - Je reçois des ordres contradictoires de la part d'autres personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 - Mon travail nécessite de longues périodes de concentration intense	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 - Mes tâches sont souvent interrompues avant d'être achevées, nécessitant de les reprendre plus tard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 - Mon travail est très « bousculé »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 - Attendre le travail de collègues ou d'autres départements ralentit souvent mon propre travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 - Mon supérieur se sent concerné par le bien-être de ses subordonnés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 - Mon supérieur prête attention à ce que je dis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 - Mon supérieur m'aide à mener ma tâche à bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 - Mon supérieur réussit facilement à faire collaborer ses subordonnés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 - Les collègues avec qui je travaille sont des gens professionnellement compétents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 - Les collègues avec qui je travaille me manifestent de l'intérêt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 - Les collègues avec qui je travaille sont amicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 - Les collègues avec qui je travaille m'aident à mener les tâches à bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

© Copyright by Robert Karasek/JCQ Center pour les questions 4 à 29, aucune reproduction ou usage de ce questionnaire n'est autorisé sans l'accord explicite du JCQ Center.

Vu l'avis favorable du Conseil National de l'Information Statistique, cette enquête est reconnue d'intérêt général et de qualité statistique sans avoir de caractère obligatoire.

Visa n° 2016X711TV du Ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, du Ministre des finances et des comptes publics et du Ministre de l'économie, de l'industrie et du numérique, valable pour les années 2016 et 2017.  
En application de la loi n°51-711 du 7 juin 1951 modifiée, les réponses à ce questionnaire sont protégées par le secret statistique et destinées à la Dares.

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à la présente enquête. Elle garantit aux personnes concernées un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant. Ce droit peut être exercé auprès de l'Inspection Médicale du Travail ou des Médecins coordonnateurs.

\* Ce questionnaire n'est pas obligatoire, mais si vous y répondez merci de répondre à l'ensemble des questions.

**Merci de bien lire les modalités de réponse**

	D'accord	Pas d'accord et ça ne me dérange pas	Pas d'accord et ça me dérange un peu	Pas d'accord et ça me dérange	Pas d'accord et ça me dérange beaucoup
<b>30 - Je reçois le respect que je mérite de mes supérieurs</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>31 - Je reçois le respect que je mérite de mes collègues</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>32 - Au travail, je bénéficie d'un soutien satisfaisant dans les situations difficiles</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Pas d'accord	D'accord et ça ne me dérange pas	D'accord et ça me dérange un peu	D'accord et ça me dérange	D'accord et ça me dérange beaucoup
<b>33 - On me traite injustement dans mon travail</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>34 - Je suis en train de vivre ou je m'attends à vivre un changement indésirable dans ma situation de travail</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>35 - Mes perspectives de promotion sont faibles</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>36 - Ma sécurité d'emploi est menacée</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	D'accord	Pas d'accord et ça ne me dérange pas	Pas d'accord et ça me dérange un peu	Pas d'accord et ça me dérange	Pas d'accord et ça me dérange beaucoup
<b>37 - Ma position professionnelle actuelle correspond bien à ma formation</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>38 - Vu tous mes efforts, je reçois le respect et l'estime que je mérite à mon travail</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>39 - Vu tous mes efforts, mes perspectives de promotion sont satisfaisantes</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>40 - Vu tous mes efforts, mon salaire est satisfaisant</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
<b>41 - Mon travail a du sens pour moi</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>42 - Mes proches me disent que je ne suis pas assez disponible à cause de mon travail</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>43 - Mes responsabilités familiales sont un obstacle à mon épanouissement professionnel</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Souvent	Parfois	Une fois	Jamais
<b>44 - Au cours des 12 derniers mois, dans mon travail, il m'est arrivé de devoir faire des choses qui heurtaient ma conscience professionnelle ou mes valeurs personnelles</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Très bon	Bon	Moyen	Mauvais	Très mauvais
<b>45 - Comment est votre état de santé général ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Oui	Non
<b>46 - Avez-vous actuellement une ou plusieurs maladies chroniques ?</b> Une maladie chronique est une maladie qui dure (ou durera) longtemps, qui revient (ou reviendra) régulièrement. Les allergies telles que le rhume des foins ne sont pas des maladies chroniques, ni les gripes, ou les angines à répétition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>47 - Etes-vous limité(e) depuis au moins 6 mois à cause d'un problème de santé dans les activités que les gens font habituellement ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>48 - Est-ce que vous avez une reconnaissance de travailleur handicapé ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Non, mon travail n'influence pas ma santé	Oui, et mon travail est plutôt bon pour ma santé	Oui, et mon travail est plutôt mauvais pour ma santé
<b>49 - Pensez-vous que votre travail influence votre santé ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
<b>50 - Dans l'ensemble, je suis satisfait(e) de mon travail</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les questions 51 à 59 portent sur votre état en général, dans votre vie personnelle ou professionnelle :

Au cours des 2 dernières semaines, selon quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ?	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
51 - Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52 - Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53 - Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54 - Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55 - Avoir peu d'appétit ou manger trop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56 - Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul(le), ou d'avoir déçu sa famille ou s'être déçu(e) soi-même	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57 - Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58 - Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer, ou au contraire, être si agité(e) que vous avez eu du mal à tenir en place par rapport à d'habitude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59 - Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

60 - Vous arrive-t-il de vivre <u>au travail</u> les situations difficiles décrites ci-dessous ? (Cocher la ou les cases correspondantes)	Oui actuellement	Oui dans le passé	Non
<b>Une personne (ou plusieurs personnes) se comporte systématiquement avec vous de la façon suivante</b>			
• Vous ignore, fait comme si vous n'étiez pas là	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Vous empêche de vous exprimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Vous ridiculise en public	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Critique injustement votre travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Vous charge de tâches inutiles ou dégradantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sabote votre travail, vous empêche de travailler correctement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Laisse entendre que vous êtes mentalement dérangé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Vous dit des choses obscènes ou dégradantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Vous fait des propositions à caractère sexuel de façon insistante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

61 - Si vous avez coché au moins une case « oui actuellement » à la question 60				
Cette personne (ou ces personnes) est-elle :		Majoritairement des hommes?	Majoritairement des femmes ?	Indifféremment des hommes ou des femmes ?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Un ou des supérieur(s) hiérarchique(s)?	Un ou des collègue(s) ?	Un ou des subordonné(s)?	Un ou des client(s), usager(s), patient(s) ?
<b>Cette personne (ou ces personnes) est-elle</b> (plusieurs réponses possibles) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

62 - Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été victime, de la part du public dans le cadre de votre travail ...	Oui	Combien de fois ?	Non	Non concerné
• D'une agression verbale	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• D'une agression physique ou sexuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

63 - Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été victime, de la part de vos collègues ou de vos supérieurs dans le cadre de votre travail ...	Oui	Combien de fois ?	Non	Non concerné
• D'une agression verbale	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• D'une agression physique ou sexuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

