

QUESTIONNAIRE SUR LES CONDITIONS DE TRAVAIL

Nos rencontres avec un certain nombre d'entres vous font ressortir une forte dégradation des conditions de travail au sein de Groupama. D'une manière générale, le sondage TNS Sofres met en évidence que 66 % des salariés en France se disent stressés au travail. Si l'on regarde le baromètre d'opinion du groupe commandité par la direction il y a quelques mois, un salarié sur 3 n'était pas satisfait de ces conditions de travail, 29 % pensaient que la situation de l'entreprise se dégradait avec un pic à 41% dans les caisses régionales. Il a été mis en évidence aussi que 59 % des salariés commerciaux du Loiret souffraient de fatigue générale (source CHSCT).

Le stress au travail peut donc constituer des situations de souffrances pour des salariés. L'actualité est là pour nous le rappeler. Pour la CGT, il faut agir.

Ce questionnaire a donc pour objectif de vérifier cet état de fait et pointer plus précisément vos difficultés. Les résultats de celui-ci permettront de faire remonter les problèmes et d'imposer l'ouverture de négociations sur ce sujet dans le groupe et les entreprises Groupama.

Pour être utilisables, les réponses doivent être suffisamment nombreuses. Ce questionnaire est à remettre aux militants ou syndiqués CGT ou à renvoyer au syndicat de votre entreprise. **En vous remerciant de votre participation.**

1 Vous travaillez

<input type="checkbox"/>	Horaires journaliers	<input type="checkbox"/>	Forfait jour	<input type="checkbox"/>	Temps partiel	<input type="checkbox"/>	Horaires non contrôlables
--------------------------	----------------------	--------------------------	--------------	--------------------------	---------------	--------------------------	---------------------------

2 Considérez-vous vos conditions de travail aujourd'hui comme

<input type="checkbox"/>	Bonnes	<input type="checkbox"/>	Moyennes	<input type="checkbox"/>	Mauvaises	<input type="checkbox"/>	Dégradées
--------------------------	--------	--------------------------	----------	--------------------------	-----------	--------------------------	-----------

3 Vos 5 motifs principaux d'insatisfaction (classer de 1 à 5)

<input type="checkbox"/>	Pression de la hiérarchie	<input type="checkbox"/>	Agressivité des assurés
<input type="checkbox"/>	Charge de travail trop importante	<input type="checkbox"/>	Rythme de travail élevé
<input type="checkbox"/>	Harcèlement moral	<input type="checkbox"/>	Harcèlement sexuel
<input type="checkbox"/>	Outil trop complexe	<input type="checkbox"/>	Manque de considération
<input type="checkbox"/>	Formation insuffisante	<input type="checkbox"/>	Manque de reconnaissance
<input type="checkbox"/>	Manque d'information descendante	<input type="checkbox"/>	Manque d'informations ascendantes
<input type="checkbox"/>	Effectif insuffisant	<input type="checkbox"/>	Dépendance téléphonique
<input type="checkbox"/>	Mauvaises conditions matérielles	<input type="checkbox"/>	Lourdeur des procédures
<input type="checkbox"/>	Exigence commerciale	<input type="checkbox"/>	Outil ou structure inadapté
<input type="checkbox"/>	Mauvaise ambiance	<input type="checkbox"/>	Travail en plateau ("open space")
<input type="checkbox"/>	Changement trop rapide du travail	<input type="checkbox"/>

4 Vos conditions de travail depuis 3 ans sont

<input type="checkbox"/>	Meilleures	<input type="checkbox"/>	Identiques	<input type="checkbox"/>	Dégradées
--------------------------	------------	--------------------------	------------	--------------------------	-----------

5 Conditions matérielles - Considérez-vous suffisant

Votre espace de travail	<input type="checkbox"/>	Suffisant	<input type="checkbox"/>	Insuffisant
Votre matériel informatique	<input type="checkbox"/>	Suffisant	<input type="checkbox"/>	Insuffisant
Votre mobilier	<input type="checkbox"/>	Suffisant	<input type="checkbox"/>	Insuffisant
Vos conditions de déplacement	<input type="checkbox"/>	Suffisant	<input type="checkbox"/>	Insuffisant

6 Considérez-vous que vous partagez votre bureau avec trop de personnes ?

<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
--------------------------	-----	--------------------------	-----

7 Management communication - Considérez-vous suffisant

Le nombre de rencontres avec votre supérieur hiérarchique	<input type="checkbox"/> Trop	<input type="checkbox"/> Suffisant	<input type="checkbox"/> Insuffisant
L'information que vous donne votre supérieur hiérarchique		<input type="checkbox"/> Suffisant	<input type="checkbox"/> Insuffisant
L'autonomie dont vous bénéficiez		<input type="checkbox"/> Suffisant	<input type="checkbox"/> Insuffisant
La confiance que vous accorde votre supérieur hiérarchique		<input type="checkbox"/> Suffisant	<input type="checkbox"/> Insuffisant
La reconnaissance de votre supérieur hiérarchique		<input type="checkbox"/> Suffisant	<input type="checkbox"/> Insuffisant
La communication interne à votre Direction		<input type="checkbox"/> Suffisant	<input type="checkbox"/> Insuffisant
La communication interne avec les autres Directions		<input type="checkbox"/> Suffisant	<input type="checkbox"/> Insuffisant
L'information sur les autres actions de Groupama		<input type="checkbox"/> Suffisant	<input type="checkbox"/> Insuffisant

8 Estimez-vous que votre supérieur hiérarchique assume ses responsabilités ?

OUI NON

9 Etes-vous en conflit avec votre supérieur hiérarchique ?

Souvent (2-3 fois par mois) Parfois (2-3 fois par an) Jamais

10 Etes-vous en conflit avec vos collègues ?

Souvent (2-3 fois par mois) Parfois (2-3 fois par an) Jamais

11 Votre poste - Avez-vous une fiche de poste ?

OUI NON

11 b - Si oui, votre fiche de poste correspond-elle à vos missions ?

OUI NON

12 Vos objectifs sont-ils établis conjointement avec votre hiérarchie ?

OUI NON

13 Vos objectifs vous semblent-ils

Réalisables Irréalisable

14 Considérez-vous que votre travail soit source de pénibilité?

OUI NON

Si oui Pénibilité physique Pénibilité mentale

15 Votre santé - Vos conditions de travail ont-elles engendré des conséquences sur votre état de santé ?

OUI NON

15 b -Si oui, quel type ?

<input type="checkbox"/> Maux de tête	<input type="checkbox"/> Trouble du sommeil
<input type="checkbox"/> Troubles de l'appétit ou digestifs	<input type="checkbox"/> Perte de mémoire
<input type="checkbox"/> Stress	<input type="checkbox"/> Problèmes de concentration ou de réflexion
<input type="checkbox"/> Autre (préciser).....	

16 Avez-vous fait ou faites-vous l'objet d'un traitement médical à ce sujet ?

OUI NON

17 Que pensez-vous des méthodes de management utilisées dans votre entreprise ?

.....
.....

18 Quels sont leurs effets sur vous ?

.....
.....

19 Le stress professionnel influe –t-il sur votre vie familiale ?

OUI NON

20 Avez-vous le sentiment que votre employeur s'occupe correctement

De votre formation	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Du suivi de votre carrière	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
De vos conditions de travail	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

21 Pensez-vous que votre travail est utile aux autres ?

OUI NON

22 Pensez-vous avoir des solutions pour améliorer vos conditions de travail ?

OUI NON

23 Pensez-vous que dans la situation actuelle, vos solutions seraient prises en compte par votre hiérarchie ?

OUI NON

24 Votre horaire réel de travail moyen journalier est deH.....

25 Vous arrive-t-il de travailler plus souvent que l'horaire habituel ?

OUI NON

26 Terminez-vous régulièrement votre journée de travail au-delà de 18 h ?

OUI NON

26b Pour quelles raisons

Surcroît d'activité Manque d'effectif Autres (précisez)

27 Vos horaires nuisent-ils à votre vie personnelle ?

OUI NON

Nom Prénom (Facultatif)

Femme Homme Votre entreprise

Votre métier Votre classe Votre age

Vos commentaires, suggestions, attentes témoignages.....

.....
.....
.....
.....
.....

A GROUPAMA

LA CGT

SA FORCE C'EST



SYNDIQUEZ-VOUS!

BULLETIN DE SYNDICALISATION

NOM

Prénom

Téléphone

Adresse

COLLECTIF NATIONAL CGT GROUPAMA
Adresse correspondance 6^{ème} étage Immeuble Elysées 7 place du Dôme
92056 LA DEFENSE cedex 01 70 94 26 95