

ANNEXE 4 : Sondage auprès du personnel

(Entreprise à horaire 7/7 ou 4/3)

Cet outil vous aidera à faire ressortir les difficultés que vivent vos employés et vous permettra de sélectionner les mesures à mettre en œuvre dans votre politique, selon vos besoins et les réalités qui s'appliquent à votre organisation.

Nous avons élaboré un questionnaire spécialement adapté à votre type d'organisation, que vous soyez :

- un organisme,
- une entreprise de service,
- une micro-entreprise (1 à 7 employés),
- une petite entreprise (8 à 60 employés),
- une moyenne entreprise (61 à 300 employés) ou
- une entreprise à horaire de type 7/7 ou 4/3.

Toutes les mesures contenues dans ce guide sont présentes dans l'annexe 5 (Liste des mesures à implanter). L'énumération des mesures choisies (question 15) devra être adaptée à votre organisation et à votre capacité financière. La liste des mesures proposées est pour informer vos employés et les guider sur ce qui pourrait être applicable dans votre organisation afin de ne pas leur créer de fausses attentes.

Conciliation famille-travail

Sondage auprès du personnel

(Entreprise à horaire 7/7 ou 4/3)

Nous vous invitons à remplir ce sondage avec le plus d'exactitude possible, selon vos besoins et les difficultés que vous vivez présentement à votre emploi pour concilier la famille et le travail. Les résultats de ce sondage serviront à nous aider à vous présenter une politique en conciliation famille-travail qui rejoindra le plus fidèlement possible les besoins de l'ensemble nos employés.

Merci !

1. Dans quel groupe d'âge vous situez-vous?

- | | |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 18-24 ans | <input type="checkbox"/> 45-54 ans |
| <input type="checkbox"/> 25-34 ans | <input type="checkbox"/> 55-64 ans |
| <input type="checkbox"/> 35-44 ans | <input type="checkbox"/> 65 ans et plus |

2. Combien d'enfants avez-vous?

- | | |
|---------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aucun | <input type="checkbox"/> 3 ou 4 |
| <input type="checkbox"/> 1 ou 2 | <input type="checkbox"/> Plus de 4 |

3. Dans quel groupe d'âge vos enfants se situent-ils? (Entrer le nombre d'enfants par catégories d'âge)

- | | |
|----------------|--------------------|
| ___ 0 à 3 ans | ___ 11 à 15 ans |
| ___ 3 à 5 ans | ___ 16 ans et plus |
| ___ 6 à 10 ans | |

4. Vos parents sont-ils vivants?

- Père OUI NON Mère OUI NON

5. Êtes-vous un aidant naturel ?

- OUI NON

(Définition: Un aidant naturel est un membre de la famille ou une personne qui vit dans l'entourage immédiat d'une personne malade ou ayant besoin d'assistance et qui assume la responsabilité de l'aide, du soutien et des soins quotidiens. Il peut s'agir d'un conjoint, d'un enfant, d'un parent, d'un ami ou d'un voisin.)

6. Considérez-vous avoir de la difficulté à concilier votre travail avec votre vie familiale?

- OUI NON

7. Est-ce que vous jugez que les difficultés sont plutôt d'ordre :

- Financier
 Manque de temps
 Les deux
 Autre : _____

8. Quelles sont les situations que vous considérez les plus contraignantes lorsque vous devez faire face à vos obligations personnelles et familiales? (Vous pouvez avoir plus d'un choix.)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Rendez-vous personnels (dentiste, médecin, etc.) | <input type="checkbox"/> Problèmes de santé d'un enfant (maladie, problème de gardienne, visite chez un professionnel de la santé, hospitalisation, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Problèmes de santé d'un parent ou d'un conjoint | <input type="checkbox"/> Congés scolaires (journées pédagogiques, vacances estivales, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Conflits d'horaire avec l'école ou le service de garde | <input type="checkbox"/> Manque de temps pour obligations familiales |
| <input type="checkbox"/> Activités ou loisirs des enfants | <input type="checkbox"/> Maladie |
| <input type="checkbox"/> Fatigue, épuisement | <input type="checkbox"/> Surcharge de travail |
| <input type="checkbox"/> Anxiété | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

9. En lien avec la question 8, quels sont les moyens que vous utilisez lorsque vous devez faire face à ces situations?

- Absence du travail
- Modification de votre horaire de travail
- Recours à un parent ou à un proche
- Autre : _____

10. En cas de difficultés, à qui ou à quelles ressources avez-vous recours?

- Congé
- Famille
- Autre : _____

11. Avez-vous obtenu, chez votre employeur, des aménagements particuliers pour répondre à des besoins de conciliation famille-travail?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Heures supplémentaires mises en banque | <input type="checkbox"/> Congés mobiles ou personnels payés |
| <input type="checkbox"/> Heures flexibles ou personnalisées | <input type="checkbox"/> Congés de maladie payés |
| <input type="checkbox"/> Semaines comprimées ou réduites | <input type="checkbox"/> Autre type d'aménagement, précisez : _____ |
| <input type="checkbox"/> Structure de remplacement | _____ |
| <input type="checkbox"/> Télétravail | _____ |

12. Les aménagements obtenus vous ont-ils donné satisfaction?

OUI NON

Pourquoi?

13. Sur une base annuelle, combien de fois faites-vous face à des situations qui vous obligent à vous absenter du travail? Veuillez S.V.P. cocher votre choix, puis détailler le nombre de fois selon les plages horaires énumérées.

- | | | | | | | | |
|--------------------------|----------------|-----|-----------------|-----|-----------|-----|------------------|
| <input type="checkbox"/> | Aucun | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 1 à 3 fois | ___ | Quelques heures | ___ | ½ journée | ___ | Journée complète |
| <input type="checkbox"/> | 4 à 6 fois | ___ | Quelques heures | ___ | ½ journée | ___ | Journée complète |
| <input type="checkbox"/> | 7 à 9 fois | ___ | Quelques heures | ___ | ½ journée | ___ | Journée complète |
| <input type="checkbox"/> | Plus de 9 fois | ___ | Quelques heures | ___ | ½ journée | ___ | Journée complète |

14. Selon vous, y a-t-il des mesures mises en place chez votre employeur qui peuvent vous aider lorsque vous éprouvez les difficultés énumérées à la question numéro 8?

OUI NON

15. Quelles sont les mesures qui pourraient être offertes par votre employeur et qui vous conviendraient?

Mesures portant sur l'aménagement du temps de travail

- Horaire flexible et personnalisé
- Horaire à la carte
- Structure de remplacement
- Réduction du temps de travail
- Autre (précisez): _____

Mesures portant sur les congés

- Heures supplémentaires mises en banque
- Congés pour raisons familiales améliorés
- Congés de courte durée pour des raisons personnelles
- Congé partiel
- Congés mobiles ou personnels payés
- Congés de maladie payés
- Congés à traitement différé
- Autre type de congé (précisez) : _____

16. Combien d'heures travaillez-vous normalement par semaine? _____

17. Quelle est votre horaire de travail?

- | | |
|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Jour | <input type="checkbox"/> En rotation |
| <input type="checkbox"/> Soir | <input type="checkbox"/> Fin de semaine |
| <input type="checkbox"/> Nuit | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

18. Quelle est votre catégorie d'emploi?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Employé de bureau | <input type="checkbox"/> Professionnel |
| <input type="checkbox"/> Cadre | <input type="checkbox"/> Technicien |
| <input type="checkbox"/> Cadre intermédiaire | <input type="checkbox"/> Poste d'entretien |
| <input type="checkbox"/> Poste de production | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

19. Questions pour l'employeur

Merci de votre collaboration.