**Auto-questionnaire sur la perception de l’environnement professionnel[[1]](#footnote-1)**

**Contexte et objectifs :**

Ce questionnaire porte sur la perception de votre environnement de travail et vise à mieux identifier les éventuelles difficultés et ressources en lien avec votre contexte professionnel. En cas de dégradation du vécu professionnel, il peut vous permettre d’orienter les actions à envisager et à les partager avec les acteurs impliqués de votre entourage médical et professionnel.

**Mode d’emploi du questionnaire :**

1. Dans un premier temps, répondez à l’ensemble des questions en indiquant votre perception et l’impact ressenti sur votre bien-être ou votre santé.
2. Une fois le questionnaire terminé, inscrivez dans le tableau B) les 3 difficultés prioritaires que vous aurez pu identifier (celles qui vous semblent les plus urgentes et importantes à traiter).
3. Pour chaque difficulté identifiée, essayez de repérer les ressources que vous pourriez mobiliser pour vous apporter du soutien (il peut aussi bien s’agir de vos propres ressources que de ressources présentes dans votre environnement professionnel, médical ou social) et les actions qui pourraient être envisagées.
4. Discuter des actions à envisager avec les acteurs impliqués de votre entourage médical et professionnel.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom : …………………………………………………… | | Prénom : ……………………………………………… | | | Date de naissance : …………………………………. | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | | |
| **A) Questions** | | **Votre perception** | | | | | **Impact ressenti sur votre bien-être ou votre santé** | | | |
| ***Non***  ***Jamais*** | ***Plutôt non***  ***Parfois*** | | ***Plutôt oui***  ***Souvent*** | ***Oui***  ***Toujours*** | ***Négatif*** | ***Neutre*** | ***Positif*** | |
| 1. Les relations avec vos collègues sont-elles bonnes (confiance, entraide, convivialité) ? | |  |  | |  |  |  |  |  | |
| 1. Recevez-vous du soutien de la part de votre encadrement ? | |  |  | |  |  |  |  |  | |
| 1. Un climat de courtoisie et de respect mutuel règne-t-il au sein de votre entité de travail ? | |  |  | |  |  |  |  |  | |
| 1. Obtenez-vous des marques de reconnaissance pour votre travail de la part de votre hiérarchie ? | |  |  | |  |  |  |  |  | |
| 1. Etes-vous soumis·e à des contraintes de rythme élevé dans votre travail ? | |  |  | |  |  |  |  |  | |

| **Questions (suite)** | **Votre perception** | | | | | | **Impact ressenti sur votre bien-être ou votre santé** | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Non***  ***Jamais*** | ***Plutôt non***  ***Parfois*** | | ***Plutôt oui***  ***Souvent*** | | ***Oui***  ***Toujours*** | ***Négatif*** | ***Neutre*** | ***Positif*** | |
| 1. Vos objectifs de travail sont-ils clairement définis ? |  |  |  | |  | |  |  | |  |
| 1. Les objectifs fixés sont-ils compatibles avec les moyens / responsabilités qui vous sont donnés pour les atteindre ? |  |  |  | |  | |  |  | |  |
| 1. Recevez-vous des consignes ou des demandes qui peuvent être contradictoires ? |  |  |  | |  | |  |  | |  |
| 1. Etes-vous amené·e à changer de manière urgente de fonction / de poste pour répondre aux contraintes ? |  |  |  | |  | |  |  | |  |
| 1. Etes-vous fréquemment interrompu·e dans votre travail par des tâches non prévues ? |  |  |  | |  | |  |  | |  |
| 1. Exercez-vous des activités nécessitant une attention soutenue ou une vigilance permanente ? |  |  | |  | |  |  |  |  | |
| 1. Vous arrive-t-il de faire des heures supplémentaires ? |  |  | |  | |  |  |  |  | |
| 1. Etes-vous soumis·e à du travail de nuit ou à des horaires irréguliers ? |  |  | |  | |  |  |  |  | |
| 1. Etes-vous contacté·e en dehors de vos horaires de travail pour des raisons professionnelles ? |  |  | |  | |  |  |  |  | |
| 1. Connaissez-vous suffisamment à l’avance vos horaires ou vos changements de planning ? |  |  | |  | |  |  |  |  | |
| 1. Pouvez-vous concilier votre vie professionnelle et votre vie privée ? |  |  | |  | |  |  |  |  | |
| 1. Etes-vous confronté·e à des situations de tensions avec vos collègues ou avec des bénéficiaires (clients, usagers, élèves, etc…) ? |  |  | |  | |  |  |  |  | |
| 1. Etes-vous amené·e à devoir traiter des situations de personnes en souffrance (physique psychologique ou sociale)? |  |  | |  | |  |  |  |  | |
| 1. Devez-vous « faire bonne figure » en toutes circonstances ? |  |  | |  | |  |  |  |  | |
| 1. Avez-vous une marge de manœuvre dans la manière de réaliser votre travail, dès lors que les objectifs sont atteints ? |  |  | |  | |  |  |  |  | |
| 1. Pouvez-vous interrompre momentanément votre travail si vous en ressentez le besoin ? |  |  | |  | |  |  |  |  | |

| **Questions (suite)** | **Votre perception** | | | | **Impact ressenti sur votre bien-être ou votre santé** | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Non***  ***Jamais*** | ***Plutôt non***  ***Parfois*** | ***Plutôt oui***  ***Souvent*** | ***Oui***  ***Toujours*** | ***Négatif*** | ***Neutre*** | ***Positif*** |
| 1. Pouvez-vous mettre à profit vos compétences professionnelles ? |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Pouvez-vous développer de nouvelles compétences professionnelles ? |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Considérez-vous pouvoir faire un travail de qualité ? |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Estimez-vous votre travail comme utile ? |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Estimez-vous que votre travail est en accord avec vos valeurs ? |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Etes-vous confronté·e à des incertitudes quant au maintien de votre activité dans les prochains mois ? |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Les changements au sein de votre entité sont-ils anticipés, et vous sont-ils clairement expliqués ? |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **B) Difficultés prioritaires** | **C) Ressources et actions possibles** |
| Difficulté n°1 : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | * Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. * Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. * Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Difficulté n°2 : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | * Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. * Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. * Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Difficulté n°3 : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | * Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. * Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. * Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

Date du questionnaire : ……………………………… Signature : …………………………………….

1. *Inspiré de l’outil RPS-DU de l’INRS* [↑](#footnote-ref-1)