

- ▶ Vos conditions de travail ces 3 dernières années se sont :
- o Améliorées
 - o Identiques
 - o Dégradées

Conditions matérielles :

Êtes- vous satisfait de vos outils de travail ?

Oui - Non

Management / Communication :

Considérez-vous suffisant le nombre de rencontres avec votre responsable hiérarchique :

Oui - Non

L'information que vous donne votre responsable hiérarchique est-elle suffisante ?

Oui - Non

La confiance que vous accorde votre responsable hiérarchique est-elle suffisante :

Oui - Non

La reconnaissance de votre responsable hiérarchique est-elle suffisante ?

Oui - Non

La communication interne de votre Direction est-elle suffisante ?

Oui - Non

Recevez-vous souvent des consignes contradictoires :

Oui - Non

Lorsque vous avez un problème pouvez-vous en parler :

Oui - Non

Si oui, à qui ?

Estimez-vous que votre responsable hiérarchique assume ses responsabilités :

Oui - Non

Êtes-vous en conflit avec votre responsable hiérarchique?

Oui - Non

Si oui,

Souvent (2-3 fois par mois)

Parfois (2-3 fois par an)

Jamais

Êtes-vous en conflit avec vos collègues ?

Oui - Non - Parfois

Si oui, pensez-vous que les conflits soient générés par les conditions de travail ?

Oui - Non

Concernant votre poste :

Avez-vous une fiche de poste ?

Oui - Non - Je ne sais pas

Si oui, votre fiche de poste correspond-elle à vos missions:

Oui - Non

Votre poste correspond-t-il à vos compétences :

Oui - Non - Je ne sais pas

Votre poste correspond-t-il à vos envies :

Oui - Non - Sans opinion

La méthode de suivi de votre travail est-elle cohérente :

Oui - Non - Je ne sais pas

Estimez-vous votre travail épanouissant ?

Oui - Non

Avez-vous le sentiment d'apprendre en travaillant :

Oui - Non - Je ne sais pas

Disposez-vous des informations utiles pour assurer vos tâches :

Oui - Non

Avez-vous de l'autonomie dans l'organisation de votre travail :

Oui - Non

Vos horaires de travail vous conviennent-ils :

Oui - Non

Précisez pourquoi :

.....

Votre rémunération, vous convient-elle ?

Oui - Non

La répartition des tâches est-elle juste ?

Oui - Non

Souhaiteriez-vous changer de poste ?

Oui - Non - Je ne sais pas

Subissez-vous de l'agressivité de la part des résidents ou patients ?

Oui - Non - Parfois

Vos souhaits de congés, vous sont-ils accordés ?

Oui - Non - Avec difficultés

Concernant votre santé :

Arrivez-vous à concilier votre vie privée avec votre vie professionnelle :

Oui - Non

Vos conditions de travail ont-elles engendré des conséquences sur votre état de santé :

Oui - Non

Si oui, de quel type :

Fatigue Maux de tête

Troubles du sommeil Stress Idées morbides

Autres (précisez) :

.....

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

Oui - Non

La durée de votre trajet domicile / travail est-il acceptable:

Oui - Non

Conclusion :

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

Oui - Non

Si oui, lesquelles ?

.....

Pensez-vous que celles-ci seraient prises en compte par votre hiérarchie :

Oui - Non

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

▶ De votre formation

Oui - Non

▶ De votre évolution professionnelle

Oui - Non

▶ De vos conditions de travail

Oui - Non

Vos éventuels commentaires : _____
