

Questionnaire d'évaluation de la surcharge au travail



Informations générales

1. **Statut :** Temps complet
Temps partiel : Nbre de jours/semaine _____

2. **Nom du ou des établissements :** _____

3. **Corps d'emploi :** _____
Sélectionnez le corps d'emploi dans la liste déroulante ci-dessus

4. **Dans quel service travaillez-vous?**

5. **Auprès de quelle clientèle?**

6. De façon générale, l'employeur remplace-t-il les absences?

● Remplacement **de moins** de 5 jours : **Oui** **Non**

Si oui, par le personnel déjà sur place
par l'ajout d'un nouvel employé

● Remplacement **de plus** de 5 jours : **Oui** **Non**

Si oui, par le personnel déjà sur place
par l'ajout d'un nouvel employé

● Remplacement de **congés annuels** **Oui** **Non**

Si oui, par le personnel déjà sur place
par l'ajout d'un nouvel employé

7. Avez-vous l'impression qu'il y a un taux de roulement de personnel élevé dans votre milieu de travail?

Oui **Non**

Commentaires/Précisions

8. Y a-t-il un taux élevé de congés de maternité, paternité, adoption et parental dans votre milieu de travail?

Oui Non

Commentaires/Précisions

9. Prenez-vous deux pauses de quinze minutes?

Jamais
Occasionnellement Nombre par semaine : _____
Régulièrement

Commentaires/Précisions

10. Travaillez-vous pendant l'heure des repas?

Jamais
Occasionnellement Fréquence moyenne par semaine : _____ Nombre de minutes travaillées: _____
Régulièrement Fréquence moyenne par semaine : _____ Nombre de minutes travaillées: _____

Commentaires/Précisions

11. Faites-vous des heures supplémentaires?

Jamais
Occasionnellement Fréquence : _____
Régulièrement Fréquence : _____

Commentaires/Précisions

12. Durée moyenne des heures supplémentaires :

Par jour :

15 minutes et moins

Entre 15 et 30 minutes

Entre 30 minutes et 1 heure

Autres : _____

Par semaine :

Moins d'une heure

1 à 3 heures

Plus de 3 heures

13. Indiquez pourquoi vous faites ces heures supplémentaires.

Commentaires/Précisions

14. Ces heures supplémentaires sont-elles compilés et officiellement reconnues par votre supérieur?

Oui Non

Commentaires/Précisions

15. Avez-vous observé une augmentation des cas ou des dossiers à traiter à chaque semaine?

Oui Non

Si oui, depuis combien de temps? _____

Y a-t-il eu un ajout de personnel associé à cette augmentation?

Oui Non

Précisez le nombre de personnes et leur titre d'emploi, s'il y a lieu.

Commentaires/Précisions

16. Avez-vous constaté un accroissement du nombre de tâches autres que les services directs aux élèves?

Oui Non Non applicable

Commentaires/Précisions

17. Avez-vous constaté un accroissement de la complexité des tâches que vous effectuez?

Oui Non

Commentaires/Précisions

18. Êtes-vous en mesure d'accomplir toutes les tâches qu'on vous demande dans votre horaire normal de travail?

Services directs (aux élèves, enseignants, etc.)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Tenue de dossiers	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Autres tâches	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Répondre aux exigences de votre ordre professionnel (s'il y a lieu)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

19. Si vous avez répondu non à l'un des énoncés de la question 18, précisez la fréquence.

Services directs (aux élèves, enseignants, etc.)	Rarement <input type="checkbox"/>	Occasionnellement <input type="checkbox"/>	Régulièrement <input type="checkbox"/>
Tenue de dossiers	Rarement <input type="checkbox"/>	Occasionnellement <input type="checkbox"/>	Régulièrement <input type="checkbox"/>
Autres tâches	Rarement <input type="checkbox"/>	Occasionnellement <input type="checkbox"/>	Régulièrement <input type="checkbox"/>
Répondre aux exigences de votre ordre professionnel (s'il y a lieu)	Rarement <input type="checkbox"/>	Occasionnellement <input type="checkbox"/>	Régulièrement <input type="checkbox"/>

Commentaires/Précisions

20. Avez-vous un ou des retards dans :

Prise en charge des dossiers? **Oui** **Non**

Rédaction d'évaluation ou de rapport? **Oui** **Non**

Autres situations :

Commentaires/Précisions

21. Ces retards ont-ils un impact sur votre :

Vie professionnelle? **Oui** **Non**

Vie personnelle? **Oui** **Non**

Si oui, commentez:

22. Ces retards ont-ils un impact sur la clientèle que vous desservez? **Oui **Non****

Si oui, commentez:

23. Avez-vous une liste d'attente? **Oui **Non****

24. Qui gère la liste d'attente ou les retards?

Moi **Mon supérieur** **Autre** _____

Commentaires/Précisions

25. Travaillez-vous en collaboration avec d'autres corps d'emploi et croyez-vous que leur apport est suffisant ou insuffisant (ne pas évaluer la personne, mais le corps d'emploi)?

	Suffisant	Insuffisant	Commentaires
Agent de développement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Agent de liaison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Agent de service social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Analyste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
AVSEC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bibliothécaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Conseiller d'orientation/Cons. Form. Scolaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Conseiller en communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Conseiller pédagogique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ergothérapeute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Orthopédagogue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Orthophoniste/Agent correction langage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Psychoéducateur/Agent réadaptation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Psychologue/Cons. Rééducation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Secrétaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Commentaires/Précisions

26. Pensez-vous que certaines tâches que vous effectuez devraient être faites par une personne d'un autre corps d'emploi?

Oui Non

Spécifiez et donnez des exemples :

27. Croyez-vous que, dans votre milieu de travail, les attentes sont réalistes de la part :

i) de votre supérieur **Oui** **Non**

Commentaires/Précisions

ii) de la clientèle que vous desservez? **Oui** **Non**

Commentaires/Précisions

iii) des collègues ou autres professionnels? **Oui** **Non**

Commentaires/Précisions

28. Est-ce que vous croyez que votre rythme de travail est :

Normal

Élevé

Toujours en état d'urgence

Spécifiez et donnez des exemples :

29. En lien avec la question précédente, avez-vous constaté que le rythme de travail a augmenté depuis les cinq dernières années?

Oui **Non**

Si oui, spécifiez et donnez des exemples :

30. Les outils de travail que vous utilisez (ex. ordinateur, matériel d'évaluation, locaux, etc.) sont-ils adaptés à la réalité de votre travail?

Oui Non

Spécifiez :

31. Est-ce que votre supérieur connaît (ou reconnaît) la situation réelle de la charge de travail que vous assumez?

Oui Non

Spécifiez :

32. Si vous avez répondu oui à la question précédente, croyez-vous que votre employeur a pris les moyens pour diminuer votre charge de travail?

Oui Non Ne s'applique pas

Spécifiez :

33. Croyez-vous qu'une formation pourrait vous rendre plus efficace dans votre rendement au travail?

Oui Non

Si oui, quelle(s) formation(s)?
