

Ce questionnaire a pour but de recueillir des informations sur la manière dont vous percevez votre environnement de travail. Vos réponses resteront strictement confidentielles. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses.  
La durée de remplissage du questionnaire est estimée à 15 minutes environ.

## INFORMATIONS GENERALES SUR VOUS ET SUR LE POSTE QUE VOUS OCCUPEZ

*Cochez la case qui correspond à votre situation (ou compléter)*

**Sexe :**

☐ M

☐ F

**Age :**

**Ancienneté dans l'entreprise :**

☐ < 1 an

☐ compris entre 1 et 5 ans

☐ > 5 ans

**Ancienneté dans le poste actuel :**

☐ < 1 an

☐ compris entre 1 et 5 ans

☐ > 5 ans

**Avez-vous un poste de travail attribué de façon fixe dans votre bureau ?**

☐ oui

☐ non

**Combien de personnes travaillent dans la pièce dans laquelle se trouve votre poste de travail ?**

☐ > 50 personnes

☐ 16 - 49 personnes

☐ 7 - 15 personnes

☐ 2 - 6 personnes

☐ Je suis seul(e)

☐ Ne sais pas

**Fonction/poste occupé(e) ?**

*Si vous pensez que cette question compromet votre anonymat, vous êtes libre de ne pas y répondre*

## VOTRE ENVIRONNEMENT PHYSIQUE DE TRAVAIL

*Les éléments suivants concernent votre environnement de travail. Vous devez évaluer chacun de ces éléments en cochant la case du chiffre correspondant à votre degré de satisfaction sur une échelle allant de 1 à 5, où 1 équivaut à "pas du tout satisfaisant" et 5 équivaut à "tout à fait satisfaisant".*

<b>L'ambiance sonore</b>	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
<b>Les possibilités de vous concentrer sur votre lieu de travail</b>	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
<b>La qualité de l'éclairage</b>	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
<b>Le positionnement physique de votre poste de travail</b>	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
<b>La possibilité d'avoir des conversations privées</b>	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
<b>Les possibilités que vous avez de gérer le bruit</b>	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
<b>L'ameublement de votre poste de travail</b>	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
<b>La possibilité de voir à l'extérieur</b>	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
<b>La propreté de votre espace de travail</b>	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
<b>Le matériel disponible sur votre espace de travail</b>	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
<b>La possibilité de contrôler la température</b>	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
<b>La circulation de l'air dans votre espace de travail</b>	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
<b>Les possibilités de personnaliser votre espace de travail (par des objets personnels, des photos ...)</b>	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
<b>La possibilité de vous isoler du regard des autres</b>	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

## L'ENVIRONNEMENT SONORE DE VOTRE ESPACE DE TRAVAIL

**D'une façon générale, vous diriez que le niveau de bruit de votre environnement de travail est élevé :**

- ☐ pas du tout    ☐ 2    ☐ 3    ☐ 4    ☐ tout à fait

**D'une façon générale, vous diriez que le bruit de votre environnement de travail est gênant :**

- ☐ pas du tout    ☐ 2    ☐ 3    ☐ 4    ☐ tout à fait

**A votre poste de travail, vous entendez le bruit du fonctionnement des machines (ventilation, ordinateur, imprimantes ...)**

- ☐ jamais    ☐ 2    ☐ 3    ☐ 4    ☐ en permanence

*Si réponse = "jamais" passer au bloc de questions suivant*

**Vous diriez que ce bruit est gênant :**

- ☐ pas du tout    ☐ 2    ☐ 3    ☐ 4    ☐ tout à fait

*Si réponse = "pas du tout" passer au bloc de questions suivant*

**Y-a-t-il une activité dans votre travail pour laquelle ce bruit vous semble plus gênant ?**

- ☐ oui    ☐ non

**Si "oui" laquelle ? (Lecture, rédaction, saisie, conversations téléphoniques ...)**

**A votre poste de travail, vous entendez le bruit des sonneries des téléphones :**

- ☐ jamais    ☐ 2    ☐ 3    ☐ 4    ☐ en permanence

*Si réponse = "jamais" passer au bloc de questions suivant*

**Vous diriez que ce bruit est gênant :**

- ☐ pas du tout    ☐ 2    ☐ 3    ☐ 4    ☐ tout à fait

*Si réponse = "pas du tout" passer au bloc de questions suivant*

**Y-a-t-il une activité dans votre travail pour laquelle ce bruit vous semble plus gênant ?**

- ☐ oui    ☐ non

**Si "oui" laquelle (lecture, rédaction, saisie, conversations téléphoniques ...)**

**A votre poste de travail, vous entendez et vous comprenez clairement les conversations de vos collègues :**

- ☐ jamais
 ☐ 2
 ☐ 3
 ☐ 4
 ☐ en permanence

*Si réponse = "jamais" passer au bloc de questions suivant*

**Vous diriez que ce bruit est gênant :**

- ☐ pas du tout
 ☐ 2
 ☐ 3
 ☐ 4
 ☐ tout à fait

*Si réponse = "pas du tout" passer au bloc de questions suivant*

**Y-a-t-il une activité dans votre travail pour laquelle ce bruit vous semble plus gênant ?**

- ☐ oui
 ☐ non

**Si "oui", laquelle ? (lecture, rédaction, saisie, conversations téléphoniques ...)**

**Vous avez le sentiment d'être davantage gêné(e) lorsque :**

- ☐ Vous entendez tous les interlocuteurs
 ☐ Vous n'entendez qu'un seul interlocuteur
 ☐ Vous ne faites pas de différences

**A votre poste de travail, vous entendez des conversations de collègues que vous ne pouvez pas comprendre :**

- ☐ jamais
 ☐ 2
 ☐ 3
 ☐ 4
 ☐ en permanence

*Si réponse = "jamais" passer au bloc de questions suivant*

**Vous diriez que ce bruit est gênant :**

- ☐ pas du tout
 ☐ 2
 ☐ 3
 ☐ 4
 ☐ tout à fait

*Si réponse = "pas du tout" passer au bloc de questions suivant*

**Y-a-t-il une activité dans votre travail pour laquelle ce bruit est gênant ?**

- ☐ oui
 ☐ non

**Si "oui", laquelle ? (lecture, rédaction, saisie, conversations téléphoniques ...)**

**A votre poste de travail, vous entendez le bruit des passages de personnes :**

- ☐ jamais
 ☐ 2
 ☐ 3
 ☐ 4
 ☐ en permanence

*Si réponse = "jamais" passer au bloc de questions suivant*

**Vous diriez que ce bruit est gênant :**

- ☐ pas du tout
 ☐ 2
 ☐ 3
 ☐ 4
 ☐ tout à fait

*Si réponse = "pas du tout" passer au bloc de questions suivant*

**Y-a-t-il une activité dans votre travail pour laquelle ce bruit vous semble plus gênant ?**

- ☐ oui
 ☐ non

**Si "oui" laquelle ? (lecture, rédaction, saisie, conversations téléphoniques ...)**

**Pour vous, l'environnement idéal serait :**

- ☐ Un espace ouvert, bureau paysager
 ☐ Un bureau individuel
 ☐ Un bureau collectif, partagé avec 1 à 3 personnes
 ☐ Autre

**Si 'Autre' précisez :**

*Veuillez classer ces 7 sources de bruit de votre environnement de travail de la moins gênante (1) à la plus gênante (7).*

Fonctionnement des machines	<input type="text"/>
Téléphones qui sonnent	<input type="text"/>
Conversations incompréhensibles (vous ne comprenez pas ce qui est dit)	<input type="text"/>
Conversations compréhensibles (vous comprenez tout ce qui est dit)	<input type="text"/>
Passages de personnes à proximité de votre bureau	<input type="text"/>
Bruits liés à l'activité des personnes (clavier, ouverture et fermeture des tiroirs ...)	<input type="text"/>
Bruits liés à une personne en particulier	<input type="text"/>

## VOTRE RELATION AU BRUIT EN GENERAL

*Merci de cocher la case du chiffre correspondant à votre degré d'accord avec les affirmations proposées sur une échelle allant de 1 à 4, où 1 équivaut à "pas du tout d'accord" et 4 équivaut à "tout à fait d'accord".*

**J'ai besoin d'un environnement complètement calme pour avoir une bonne nuit de sommeil**

☐ 1                      ☐ 2                      ☐ 3                      ☐ 4

**J'ai besoin d'un environnement calme pour être capable d'effectuer de nouvelles tâches**

☐ 1                      ☐ 2                      ☐ 3                      ☐ 4

**Quand je suis à la maison, je m'habitue rapidement au bruit**

☐ 1                      ☐ 2                      ☐ 3                      ☐ 4

**Je deviens très agité(e) si j'entends quelqu'un parler alors que j'essaie de m'endormir**

☐ 1                      ☐ 2                      ☐ 3                      ☐ 4

**Je suis très sensible au bruit de voisinage**

☐ 1                      ☐ 2                      ☐ 3                      ☐ 4

**Lorsque les gens autour de moi sont bruyants, j'ai du mal à accomplir mon travail**

☐ 1                      ☐ 2                      ☐ 3                      ☐ 4

**Je suis nettement moins performant(e) dans les endroits bruyants**

☐ 1                      ☐ 2                      ☐ 3                      ☐ 4

**Je ne me sens pas bien reposé(e) lorsque la nuit précédente a été bruyante**

☐ 1                      ☐ 2                      ☐ 3                      ☐ 4

**Vivre dans une rue bruyante ne me dérangerait pas**

☐ 1                      ☐ 2                      ☐ 3                      ☐ 4

**Je suis prêt(e) à accepter des inconvénients pour vivre dans un endroit calme**

☐ 1                      ☐ 2                      ☐ 3                      ☐ 4

**J'ai besoin de calme et de tranquillité pour effectuer un travail difficile**

☐ 1                      ☐ 2                      ☐ 3                      ☐ 4

**Je peux m'endormir même quand c'est bruyant**

☐ 1                      ☐ 2                      ☐ 3                      ☐ 4

## VOUS ET VOTRE SANTE

*Merci de cocher la case du chiffre correspondant à ce que vous pensez sur une échelle allant de 1 à 5, où 1 équivaut à "très mauvais(e)" et 5 équivaut à "très bon(ne)"*

**Je trouve que ma santé est globalement :**

☐ 1      ☐ 2      ☐ 3      ☐ 4      ☐ 5

**Par rapport à l'année dernière, ma santé est :**

☐ 1      ☐ 2      ☐ 3      ☐ 4      ☐ 5

**Je trouve que mon moral est globalement :**

☐ 1      ☐ 2      ☐ 3      ☐ 4      ☐ 5

**Ma confiance dans l'avenir est globalement :**

☐ 1      ☐ 2      ☐ 3      ☐ 4      ☐ 5

*Merci de cocher la case du chiffre correspondant à ce que vous pensez sur une échelle allant de 1 à 5, où 1 équivaut à "jamais" et 5 équivaut à "en permanence"*

**Je me sens plein(e) d'énergie**

☐ 1      ☐ 2      ☐ 3      ☐ 4      ☐ 5

**J'ai des douleurs dans le dos ou dans le cou**

☐ 1      ☐ 2      ☐ 3      ☐ 4      ☐ 5

**J'ai des douleurs dans les bras (de l'épaule à la main)**

☐ 1      ☐ 2      ☐ 3      ☐ 4      ☐ 5

**J'ai des lourdeurs dans les jambes**

☐ 1      ☐ 2      ☐ 3      ☐ 4      ☐ 5

**J'ai des difficultés à dormir**

☐ 1      ☐ 2      ☐ 3      ☐ 4      ☐ 5

**J'ai des maux de tête**

☐ 1      ☐ 2      ☐ 3      ☐ 4      ☐ 5

**J'ai des problèmes de digestion (brûlures d'estomac, ballonnements, diarrhées)**

☐ 1      ☐ 2      ☐ 3      ☐ 4      ☐ 5

**J'ai des douleurs dans la poitrine**

☐ 1      ☐ 2      ☐ 3      ☐ 4      ☐ 5

**Je me sens stressé(e) par mon travail**

☐ 1      ☐ 2      ☐ 3      ☐ 4      ☐ 5

**J'ai l'impression que je suis au bout du rouleau**

☐ 1      ☐ 2      ☐ 3      ☐ 4      ☐ 5

**Je me sens lessivé(e) par mon travail**

☐ 1      ☐ 2      ☐ 3      ☐ 4      ☐ 5

*Merci de cocher la case du chiffre correspondant à ce que vous pensez sur une échelle allant de 1 à 5, où 1 équivaut à "jamais" et 5 équivaut à "toujours"*

<b>J'arrive à me détendre à la fin de la journée</b>				
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
<b>A la fin d'une journée de travail, je me sens encore plein(e) d'énergie</b>				
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
<b>En général, je me sens encore en forme après le dîner</b>				
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
<b>J'arrive à m'intéresser aux autres quand je viens de rentrer à la maison</b>				
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
<b>Après une journée de travail, malgré la fatigue je suis capable de faire autre chose</b>				
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
<b>Les dernières heures de ma journée de travail, je me sens encore en forme</b>				
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
<b>En général, je me sens reposé(e) dès mon premier jour de congé</b>				
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
<b>J'arrive à me concentrer pendant mes heures libres après le travail</b>				
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
<b>Il me suffit de quelques minutes pour récupérer après mon travail</b>				
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

***Merci de votre participation***