

# Questionnaire de satisfaction à destination des agents en situation de handicap

Date : ..... / ..... / 20 .....

Cher(e)s agents, nous serions ravis si vous acceptiez de répondre aux questions qui suivent pour nous aider à nous améliorer à propos de l'accueil et de l'accompagnement des agents en situation de handicap. Nous vous remercions de cocher les cases qui correspondent à votre situation ou ressenti et de restituer le questionnaire dans la boîte aux lettres de l'Administration.

## Information sur votre situation

### Quelle est votre situation de handicap ?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Handicap moteur    | <input type="checkbox"/> Problème d'élocution et de langage |
| <input type="checkbox"/> Handicap auditif   | <input type="checkbox"/> Maladies invalidantes              |
| <input type="checkbox"/> Handicap psychique | <input type="checkbox"/> Autre : .....                      |
| <input type="checkbox"/> Handicap visuel    |   |
| <input type="checkbox"/> Handicap mental    |   |

### Vous êtes ?

- Un agent administratif
- Un agent des équipes technique, de sécurité, ou d'entretien
- Un professionnel de santé (médecin, infirmier, aide-soignant,...)

## Accueil et accessibilité

### Avez-vous eu des appréhensions avant votre prise de poste ?

- Oui
- Non

Si oui, lesquelles : .....

.....

.....

.....

**Avez-vous été satisfait de votre accueil et de votre intégration au sein de la structure ?**



Très satisfait



Satisfait



Assez satisfait



Pas satisfait

Si vous avez coché « pas satisfait », pour quelle raison? .....

.....  
.....  
.....

**Trouvez-vous les locaux, services et équipements accessibles ?**

- Oui,
- Non,
- Partiellement,

Si partiellement ou non, pour quelle raison ? .....

.....  
.....  
.....

**Trouvez-vous votre poste de travail ainsi que votre charge de travail adaptés à votre handicap ?**

- Oui,
- Non,
- Partiellement,

Si partiellement ou non, pour quelle raison ?

.....  
.....

**Que pensez-vous de vos conditions de vie au travail?**

.....  
.....

**Avez-vous eu besoin d'un accompagnement spécifique lié à votre situation de handicap ? (aide humaine, aide technique, etc...)**

Oui, lequel : .....

- Non

**Si oui, L'aide ou le support de votre choix a-t-il été accepté ?**

- Oui
- Non

**Avez-vous pu compter sur l'aide et la compréhension de vos collègues?**

- Oui
- Non

**Pensez-vous que notre accompagnement est adapté aux personnes en situation de handicap ?**

- Oui
- Non
- Partiellement

Si vous avez coché « non » ou « partiellement, pour quelle raison? .....

.....  
.....  
.....

**Trouvez-vous que les professionnels de l'établissement sont formés et sensibilisés aux situations de handicap ?**

- Oui
- Non, pour quelle raison ? .....

**Avez-vous des suggestions pour améliorer notre accueil et accompagnement des personnes en situation de handicap ?**

.....  
.....  
.....  
.....

Merci de restituer le questionnaire dans la boîte aux lettres de l'Administration.

