



# Bienvenue sur cette enquête sur les risques psychosociaux ouverte à toutes les entreprises, services public et tous les salariés ou agents

## Partie A: VSD

**A1. Vous êtes de sexe...?**

Féminin ☐

Masculin ☐

**A2. A quelle tranche d'âge appartenez-vous?**

Moins de 25 ans ☐

25 à 34 ans ☐

35 à 44 ans ☐

45 à 54 ans ☐

55 ans et plus ☐

**A3. Quel est votre diplôme le plus élevé?**

Pas de diplôme ☐

Enseignement secondaire BEPC ☐

Enseignement secondaire Baccalauréat ☐

Enseignement supérieur Bac +2/+3 ☐

Enseignement supérieur Bac +4/+5 ☐

Au delà de Bac +5 ☐

**A4. Quel type de contrat avez vous ?**

CDI ☐

CDD ☐

Contrat d'intérimaire ☐

Contrat d'apprentissage / Alternance ☐

Autre type de contrat ☐



**A5. Dans quel domaine se situe principalement l'activité de votre entreprise ou organisation ?**

- Activités financières, d'assurance et immobilières ☐
- Administration publique et fonction publique ☐
- Agriculture, sylviculture et pêche ☐
- BTP et construction ☐
- Commerce, Petite et Grande distribution ☐
- Industrie manufacturière ☐
- Information et communication ☐
- Production et distribution d'eau ; assainissement, gestion des déchets et dépollution ☐
- Production et distribution d'énergie ☐
- Santé et activités médicales ☐
- Tourisme, hôtellerie, restauration, arts et spectacles ☐
- Transports, entreposage et logistique ☐
- Autre domaine (A spécifier) ☐

Autre domaine (A spécifier)



**A6. Parmi cette liste de noms génériques de Directions, à laquelle s'apparente le plus le Service ou la Direction dans laquelle vous travaillez ?**

- Direction générale ☐
- Direction financière ☐
- Direction juridique et fiscale ☐
- Direction de la stratégie et du développement ☐
- Direction des ressources humaines ☐
- Direction de la communication ☐
- Direction commerciale et marketing ☐
- Direction technique ☐
- Direction des opérations / production ☐
- Direction R&D et Innovation ☐
- Direction des services informatiques ☐
- Autre ☐

Autre

**A7. Vous travaillez dans le secteur...**

- Privé ☐
- Public ☐

**A8. A quelle catégorie de personnel appartenez-vous?**

- Ouvrier ☐
- Employé ☐
- Agent de maîtrise ☐
- Cadre ☐
- Direction ☐



### A9. A quelle catégorie de personnel appartenez-vous?

- Catégorie A ☐
- Catégorie B ☐
- Catégorie C ☐
- Autre catégorie ☐

### A10. Quelle est la taille de votre entreprise ou organisation?

- < 50 salariés ☐
- 50 - 100 salariés ☐
- 100 - 500 salariés ☐
- 500 - 1000 salariés ☐
- 1000 - 5000 salariés ☐
- > 5000 salariés ☐

### A11. Combien de personnes encadrez-vous directement ?

- Aucune ☐
- 1 - 5 personnes ☐
- 6 - 10 personnes ☐
- 11 - 20 personnes ☐
- + de 20 personnes ☐

## Partie B: Votre environnement psychosocial au travail et votre satisfaction

Les questions ci-dessous portent sur votre environnement psychosocial au travail. Certaines questions peuvent être moins adaptées à votre travail mais nous vous remercions de toutes les compléter.

### B1.

|                                                                                                              | Toujours                 | Souvent                  | Parfois                  | Rarement                 | Jamais                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Votre charge de travail est-elle répartie de façon irrégulière de telle sorte que votre travail s'accumule ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Votre travail vous place-t-il dans des situations déstabilisantes sur le plan émotionnel ?                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous une grande marge de manœuvre dans le travail ?                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Etes-vous contraint de travailler très rapidement ?                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Y a-t-il une bonne ambiance entre vos collègues et vous ?                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dans votre travail, devez-vous composer avec les problèmes personnels des autres ?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



|                                                                                                                   | Toujours                 | Souvent                  | Parfois                  | Rarement                 | Jamais                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Avez-vous votre mot à dire pour choisir les personnes avec qui vous travaillez ?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous une influence sur ce que vous faites au travail ?                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Votre travail prend-il du retard ?                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Au travail, y a-t-il une bonne collaboration entre les collègues ?                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A quelle fréquence sentez-vous que vous manquez de temps pour terminer toutes les tâches qui vous sont confiées ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Disposez-vous d'un temps suffisant pour accomplir vos tâches professionnelles ?                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Au travail, avez-vous le sentiment de faire partie intégrante d'un collectif, d'une équipe ?                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pouvez-vous intervenir sur la quantité de travail qui vous est donnée ?                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A quelle fréquence vous arrive-t-il d'envisager de chercher un autre travail ?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A quelle fréquence recevez-vous de l'aide et du soutien de la part de vos collègues ?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A quelle fréquence vos collègues sont-ils disposés à écouter vos problèmes relatifs au travail ?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A quelle fréquence vos collègues vous disent-ils s'ils apprécient le travail que vous effectuez ?                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Partie C: Les questions ci-dessous portent sur votre environnement psychosocial au travail. (suite)

Les questions ci-dessous portent sur votre environnement psychosocial au travail. Certaines questions peuvent être moins adaptées à votre travail mais nous vous remercions de toutes les compléter.

### C1.

|                                                                                                                                                         | Dans une très grande mesure | Dans une grande mesure   | Plus ou moins            | Dans une faible mesure   | Dans une très faible mesure |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| Dans votre travail, est-il nécessaire de travailler de façon continue à un rythme élevé ?                                                               | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| Votre travail est-il émotionnellement éprouvant ?                                                                                                       | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| Votre travail nécessite-t-il que vous preniez personnellement des initiatives ?                                                                         | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| Votre travail a-t-il du sens pour vous ?                                                                                                                | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| A votre travail, êtes-vous informé(e) suffisamment à l'avance, par exemple, au sujet des décisions importantes, des changements, des projets d'avenir ? | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| Votre travail a-t-il des objectifs clairs ?                                                                                                             | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |



|                                                                                                      | Dans une<br>très grande<br>mesure | Dans une<br>grande<br>mesure | Plus ou<br>moins         | Dans une<br>faible<br>mesure | Dans une<br>très faible<br>mesure |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|--------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| Êtes-vous confronté(e) à des demandes contradictoires durant votre travail ?                         | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>          |
| Votre travail est-il reconnu et apprécié par le management ?                                         | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>          |
| Estimez-vous que le travail que vous réalisez est important ?                                        | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>          |
| Recommanderiez-vous à un ami proche de candidater sur un poste au sein de l'entreprise ?             | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>          |
| Savez-vous exactement quel(s) domaine(s) relève(nt) de votre responsabilité ?                        | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>          |
| Au travail, êtes-vous respecté(e) par la hiérarchie ?                                                | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>          |
| Êtes-vous émotionnellement impliqué(e) dans votre travail ?                                          | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>          |
| Pouvez-vous utiliser vos compétences ou votre expertise dans votre travail ?                         | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>          |
| Prenez-vous plaisir à parler de votre lieu de travail aux autres ?                                   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>          |
| Recevez-vous toutes les informations dont vous avez besoin pour bien faire votre travail ?           | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>          |
| Au travail, faites-vous des choses qui sont acceptées par certaines mais pas par d'autres ?          | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>          |
| Êtes-vous traité(e) équitablement au travail ?                                                       | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>          |
| Savez-vous exactement ce que l'on attend de vous au travail ?                                        | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>          |
| Devez-vous parfois faire des choses d'une certaine façon alors qu'elles devraient l'être autrement ? | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>          |
| Avez-vous la possibilité d'apprendre de nouvelles choses par votre travail ?                         | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>          |
| Vous sentez-vous motivé(e) et impliqué(e) dans votre travail ?                                       | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>          |
| Devez-vous parfois effectuer des choses qui vous semblent inutiles ?                                 | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>          |
| Travaillez-vous à une cadence élevée tout au long de la journée ?                                    | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>          |
| Votre travail vous donne-t-il l'occasion de développer vos compétences ?                             | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>          |
| Avez-vous le sentiment que votre lieu de travail revêt une grande importance pour vous ?             | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>          |



## Partie D: Satisfaction

A propos de votre travail en général, à quel degré êtes-vous satisfait de :

**D1.**

Vos perspectives professionnelles ? ☐

Vos conditions physiques de travail ? ☐

La manière dont vos compétences sont utilisées ? ☐

Votre travail dans son ensemble, en prenant tous ses aspects en considération ? ☐

## Partie E: Votre environnement de travail dans son ensemble

Les questions ci-dessous ne portent pas sur votre propre activité mais sur l'ensemble de l'entreprise au sein de laquelle vous travaillez

**E1.**

|                                                                                                | Dans une<br>très grande<br>mesure | Dans une<br>grande<br>mesure | Plus ou<br>moins         | Dans une<br>faible<br>mesure | Dans une<br>très faible<br>mesure |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|--------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| Le management fait-il confiance aux salariés quant à leur capacité à bien faire leur travail ? | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>          |
| Faites-vous confiance aux informations provenant du management ?                               | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>          |
| Les conflits sont-ils résolus de manière équitable ?                                           | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>          |
| Le management cache-t-il d'importantes informations aux salariés ?                             | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>          |
| Les salariés sont-ils reconnus lorsqu'ils ont effectué du bon travail ?                        | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>          |
| Les salariés se cachent-ils des informations entre eux ?                                       | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>          |
| Les salariés retiennent-ils des informations vis-à-vis du management ?                         | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>          |
| En général, les salariés se font-ils confiance ?                                               | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>          |
| Le management traite-t-il avec sérieux toutes les propositions provenant des salariés ?        | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>          |
| Les salariés peuvent-ils exprimer leurs points de vue et leur ressenti ?                       | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>          |
| Le travail est-il réparti équitablement ?                                                      | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>          |



## Partie F: Encadrement direct

Les questions suivantes concernent votre relation avec votre supérieur direct.

### F1.

|                                                                                                                                 | Toujours                 | Souvent                  | Parfois                  | Rarement                 | Jamais /<br>Presque<br>Jamais |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| A quelle fréquence votre supérieur direct est-il disposé à vous écouter au sujet des problèmes que vous rencontrez au travail ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |
| A quelle fréquence recevez-vous de l'aide et du soutien de votre supérieur direct ?                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |
| A quelle fréquence votre supérieur direct s'entretient-il avec vous sur la façon dont vous réalisez votre travail ?             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |

### F2.

|                                                                                                            | Dans une<br>très grande<br>mesure | Dans une<br>grande<br>mesure | Plus ou<br>moins         | Dans une<br>faible<br>mesure | Dans une<br>très faible<br>mesure |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|--------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| Dans quelle mesure s'assure-t-il que chaque membre de l'équipe a de bonnes possibilités de développement ? | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>          |
| Dans quelle mesure accorde-t-il une grande priorité à la satisfaction au travail ?                         | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>          |
| Dans quelle mesure est-il compétent dans la planification du travail ?                                     | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>          |
| Dans quelle mesure est-il compétent pour résoudre les conflits ?                                           | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>          |

## Partie G: Travail et vie privée

Les questions suivantes concernent les rapports entre votre travail et votre vie privée.

### G1.

|                                                                                                                                                               | Oui,<br>souvent          | Oui<br>parfois           | Rarement                 | Jamais                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Avez-vous le sentiment qu'il y a un conflit entre votre vie professionnelle et votre vie privée, tel que vous voudriez être aux deux endroits en même temps ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### G2.

|                                                                                                                            | Oui,<br>certainement     | Oui, jusqu'à<br>un certain<br>point | Oui, mais<br>juste un<br>peu | Non, pas<br>du tout      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Avez-vous le sentiment que votre travail vous prend tellement d'énergie que cela à un effet négatif sur votre vie privée ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous le sentiment que votre travail vous prend tellement de temps que cela à un effet négatif sur votre vie privée ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| Vos amis ou votre famille vous disent-ils que vous travaillez trop ?                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |





## Partie H: Santé et Bien-être

Les questions ci-dessous sont en rapport avec votre santé et votre bien-être. En répondant, ne cherchez pas à distinguer les symptômes dûs au travail et les symptômes dus à d'autres causes. Il s'agit simplement de décrire comment vous vous sentez en général.

Ces questions vous concernent au cours des 4 dernières semaines

### H1.

|                                                                                                                  | Tout le temps            | Très souvent             | Parfois                  | Rarement                 | Pas du tout              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| A quelle fréquence avez-vous eu un sommeil mauvais et agité ?                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A quelle fréquence vous-êtes vous senti(e) épuisé ?                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A quelle fréquence avez-vous eu des difficultés pour aller dormir ?                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) épuisé(e) physiquement ?                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A quelle fréquence vous-êtes vous senti(e) émotionnellement épuisé(e) ?                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A quelle fréquence vous-êtes vous réveillé trop tôt sans pouvoir ensuite vous rendormir ?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A quelle fréquence vous est-il arrivé de vous sentir fatigué ?                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A quelle fréquence avez-vous été réveillé(e) plusieurs fois dans la nuit avec des difficultés à vous rendormir ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A quelle fréquence avez-vous eu des difficultés à vous détendre ?                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A quelle fréquence vous est-il arrivé de vous sentir irritable ?                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A quelle fréquence avez-vous est-il arrivé d'être tendu(e) ?                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A quelle fréquence avez-vous été stressé(e) ?                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### H2.

|                                               | Bonne                    | Assez bonne              | Plutôt mauvaise          | Mauvaise                 |
|-----------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| En général, diriez-vous que votre santé est : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



## Partie I: Conflits et comportements blessants

**I1. Avez-vous été exposé(e) à des intentions sexuelles non désirées, au cours des 12 derniers mois ?**

Oui, quotidiennement ☐

Oui, hebdomadairement ☐

Oui, mensuellement ☐

Oui, quelques fois ☐

Non ☐

**I2.**

Collègues ☐

Manager/ supérieur ☐

Subordonnés ☐

Clients/ usagers/ patients ☐

**I3. Avez-vous été exposé(e) à des menaces de violence, au cours des 12 derniers mois ?**

Oui, quotidiennement ☐

Oui, hebdomadairement ☐

Oui, mensuellement ☐

Oui, quelques fois ☐

Non ☐

**I4. Si Oui, de la part de qui ? (Vous pouvez cocher plusieurs cases)**

Collègues ☐

Manager/supérieur ☐

Subordonnés ☐

Clients/usagers/patients ☐



**I5. Avez-vous été exposé(e) à de la violence physique, au cours des 12 derniers mois ?**

Oui, quotidiennement ☐

Oui, hebdomadairement ☐

Oui, mensuellement ☐

Oui, quelques fois ☐

Non ☐

**I6. Si Oui, de la part de qui ? (Vous pouvez cocher plusieurs cases)**

Collègues ☐

Manager/ supérieur ☐

Subordonnés ☐

Clients/ usagers/ patients ☐

**I7. Avez-vous été exposé(e) au cours des 12 derniers mois, à des actes déplaisants ou dégradants pour lesquels vous avez éprouvé des difficultés à vous en défendre par vous-même ?**

Oui, quotidiennement ☐

Oui, hebdomadairement ☐

Oui, mensuellement ☐

Oui, quelques fois ☐

Non ☐

**I8. Si Oui, de la part de qui ? (Vous pouvez cocher plusieurs cases)**

Collègues ☐

Manager/supérieur ☐

Subordonnés ☐

Clients/usagers/patients ☐

## Partie J: Question ouverte

**J1. ...?**