

QUESTIONNAIRE SUR LE HARCELEMENT MORAL

N°

Caractéristiques socio-démographiques

- 1) Quelle est la date à laquelle vous remplissez ce questionnaire ? : ... / ... /.....
- 2) Quelle est votre année de naissance ? :
- 3) Quel est votre sexe ? ☐ F ☐ M
- 4) Quelle est votre situation de famille ?
 - ☐ Vit seul
 - ☐ Vit en couple
 - ☐ Autre
- 5) Combien avez-vous d'enfants à charge ?
- 6) Votre conjoint exerce-t-il (elle) une profession actuellement ?
 - ☐ oui
 - ☐ non :
 - ☐ il (elle) est au chômage
 - ☐ il (elle) est en retraite
 - ☐ pour une autre raison (précisez).....
- 7) Quel est votre niveau de diplôme ?
 - ☐ certificat d'études primaires
 - ☐ BEPC, Brevet des Collèges
 - ☐ CAP, BEP, BP, BEC, BEI
 - ☐ Baccalauréat général, technologique et professionnel
 - ☐ Diplôme universitaire de 1^{er} cycle (BTS, DUT, DEUG) et assimilé
 - ☐ Diplôme universitaire de 2^{eme} cycle (Licence, Maîtrise) et assimilé
 - ☐ Diplôme universitaire de 3^{eme} cycle (DESS, DEA, Doctorat)
 - ☐ Diplôme de Grandes Ecoles
 - ☐ Autres diplômes (précisez)

Profession exercée

8) Quelle est la fonction principale que vous exercez ?

- ☐ Production, fabrication, chantier
- ☐ installation, entretien, réglage, réparation
- ☐ nettoyage, gardiennage, travail ménager
- ☐ manutention, magasinage, transports
- ☐ guichet, saisie, standard, secrétariat
- ☐ gestion, comptabilité, fonction administrative
- ☐ commerce, vente, technico-commercial
- ☐ recherche, étude, méthode, informatique
- ☐ direction générale
- ☐ enseignement
- ☐ santé
- ☐ information
- ☐ autres cas (précisez) _____

9) Dans votre emploi actuel êtes-vous... ?

- ☐ manœuvre ou ouvrier spécialisé
- ☐ ouvrier qualifié ou hautement qualifié
- ☐ agent de maîtrise
- ☐ technicien, dessinateur, VRP (non cadre)
- ☐ instituteur, assistant(e) social(e), infirmier, et autre personnel de catégorie B de la fonction publique
- ☐ ingénieur ou cadre
- ☐ professeur et personnel de catégorie A de la fonction publique
- ☐ employé de bureau, employé de commerce, agent de service, aide-soignant(e), gardienne d'enfants, personnel de catégorie C ou D de la fonction publique
- ☐ autres cas (précisez : coefficient, niveau, échelon, position hiérarchique....)

10) Quel est votre secteur d'activité ?

- ☐ agriculture, sylviculture, pêche
- ☐ mine
- ☐ industrie
- ☐ production, traitement, distribution d'électricité, de gaz, de chaleur, d'eau
- ☐ construction
- ☐ commerce, réparation automobile ou d'articles domestiques
- ☐ hôtel, restaurant
- ☐ transports, postes et télécommunications
- ☐ assurances, banques
- ☐ immobilier, informatique, recherche et développement, services aux entreprises
- ☐ administration publique
- ☐ éducation
- ☐ santé et action sociale
- ☐ assainissement, voirie, gestion des déchets,

- ☐ activités associatives, récréatives, culturelles et sportives
- ☐ services personnels et domestiques
- ☐ activités extraterritoriales
- ☐ autres cas (précisez)

11) Etes-vous ?

- ☐ salarié de la fonction publique (Etat, collectivités locales ou hôpitaux publics)
Si oui :
 - ☐ titulaire
 - ☐ contractuel
- ☐ salarié d'un établissement ou d'une entreprise publique, nationale ou internationale (ex : SNCF, SS, EDF-GDF, ONU, etc...)
- ☐ salarié du secteur privé

12) Etes-vous ?

- ☐ titulaire d'un contrat à durée déterminée
- ☐ titulaire d'un contrat à durée indéterminée
- ☐ intérimaire
- ☐ en stage de formation (y compris apprenti) ou reconversion

13) Combien de personnes sont employées dans votre entreprise ou établissement ?

- ☐ Moins de 5
- ☐ 5 à 9
- ☐ 10 à 19
- ☐ 20 à 49
- ☐ 50 à 199
- ☐ 200 et plus

14) Habituellement, là où vous travaillez, combien y a-t-il de personnes, dans le même lieu et en même temps que vous ?

- ☐ Seul
- ☐ Moins de 5
- ☐ 5 à 9
- ☐ 10 et plus
- ☐ très variable

15) Sur votre lieu de travail diriez-vous qu'il y a... ?

- ☐ A peu près autant d'hommes que de femmes
- ☐ Plus de femmes que d'hommes
- ☐ Plus d'hommes que de femmes
- ☐ Presque uniquement des hommes
- ☐ Presque uniquement des femmes

Travail et conditions de travail

(à remplir même si vous êtes actuellement arrêté)

16) Depuis combien d'années travaillez vous dans l'entreprise ? :

17) Quels sont vos horaires de travail ?

- ☐ horaires de jour
- ☐ horaires de matin
- ☐ horaires d'après-midi
- ☐ horaires de nuit
- ☐ horaires variés

18) Aviez-vous précédemment connu une période de chômage ?

- ☐ Oui ☐ Non

Si oui combien de temps a-t-elle duré ?

19) Votre travail s'est-il modifié au cours des 12 derniers mois pour ? :

- ☐ changement de lieu de travail
- ☐ changement de poste, de fonctions
- ☐ changement d'horaires
- ☐ mutation
- ☐ reconversion
- ☐ reclassement
- ☐ formation qualifiante
- ☐ restructuration du service
- ☐ autre événement (précisez) _____

20) Travaillez-vous ?

- ☐ dans un bureau seul(e)
- ☐ dans un bureau partagé
- ☐ dans des locaux techniques, ateliers de production ou salle spécialisée
- ☐ à l'extérieur
- ☐ autre (précisez) _____

21) L'exécution de votre travail vous impose-t-elle ?

- ☐ d'être polyvalent, d'occuper des postes différents
- ☐ d'avoir un rôle d'encadrement ou de commandement
- ☐ de faire des déplacements en France ou à l'étranger
- ☐ d'être en contact avec le public
- ☐ de travailler sur écran
- ☐ de travailler dans le bruit, ou le froid ou la chaleur
- ☐ d'effectuer une quantité de travail excessive
- ☐ de travailler très vite
- ☐ de faire des efforts physiques
- ☐ d'avoir un haut niveau de compétence

- ☐ d'effectuer des tâches répétitives
- ☐ d'être créatif
- ☐ d'apprendre des choses nouvelles
- ☐ recevoir des ordres contradictoires de la part de différentes personnes
- ☐ d'être souvent interrompu dans vos tâches

22) Dans l'ensemble, les tâches que vous réalisez vous intéressent-elle ?

- ☐ Oui beaucoup
- ☐ oui un peu
- ☐ pas trop
- ☐ pas du tout

Agissements hostiles

Dans votre emploi subissez-vous actuellement les agissements suivants ?

Si vous avez souffert, dans le passé, de ces agissements, répondez quand même au questionnaire, mais précisez ici de quand à quand ces agissements ont eu lieu :

De à

Quelles ont été les répercussions sur votre emploi (*plusieurs réponses possibles*) ? :

- ☐ licenciement pour faute professionnelle
- ☐ départ négocié
- ☐ démission
- ☐ mutation
- ☐ licenciement pour inaptitude médicale
- ☐ déclassement
- ☐ préretraite
- ☐ mise en invalidité
- ☐ longue maladie

EXEMPLE <i>cocher la case qui correspond à votre choix</i>	Tous les jours	au moins une fois par semaine	au moins une fois par mois	rarement	jamais
Si oui, par	un supérieur hiérarchique	un collègue	plusieurs collègues	des subordonnés	des clients, usagers, élèves ou patients autres, précisez
On ne me parle pas	Tous les jours	au moins une fois par semaine	au moins une fois par mois	rarement	jamais
Si oui, par	un supérieur hiérarchique	un collègue	plusieurs collègues	des subordonnés	des clients, usagers, élèves ou patients autres, précisez
La direction refuse mes demandes d'entretien	Tous les jours	au moins une fois par semaine	au moins une fois par mois	rarement	jamais
Si oui, par	un supérieur hiérarchique	un collègue	plusieurs collègues	des subordonnés	des clients, usagers, élèves ou patients autres, précisez
On m'installe à l'écart des autres	Tous les jours	au moins une fois par semaine	au moins une fois par mois	rarement	jamais
Si oui, par	un supérieur hiérarchique	un collègue	plusieurs collègues	des subordonnés	des clients, usagers, élèves ou patients autres, précisez

On me pousse à la faute professionnelle	Tous les jours		au moins une fois par semaine		au moins une fois par mois		rarement		jamais	
Si oui, par	un supérieur hiérarchique	un collègue	plusieurs collègues		des subordonnés	des clients, usagers, élèves ou patients	autres, précisez			
On refuse d'avoir avec moi tout contact (visuel ou geste)	Tous les jours		au moins une fois par semaine		au moins une fois par mois		rarement		jamais	
Si oui, par	un supérieur hiérarchique	un collègue	plusieurs collègues		des subordonnés	des clients, usagers, élèves ou patients	autres, précisez			
On me retire mon autonomie	Tous les jours		au moins une fois par semaine		au moins une fois par mois		rarement		jamais	
Si oui, par	un supérieur hiérarchique	un collègue	plusieurs collègues		des subordonnés	des clients, usagers, élèves ou patients	autres, précisez			
On utilise envers moi des propos méprisants	Tous les jours		au moins une fois par semaine		au moins une fois par mois		rarement		jamais	
Si oui, par	un supérieur hiérarchique	un collègue	plusieurs collègues		des subordonnés	des clients, usagers, élèves ou patients	autres, précisez			
Des rumeurs circulent à mon sujet	Tous les jours		au moins une fois par semaine		au moins une fois par mois		rarement		jamais	
Si oui, par	un supérieur hiérarchique	un collègue	plusieurs collègues		des subordonnés	des clients, usagers, élèves ou patients	autres, précisez			
On ne me transmet pas les informations utiles à mon travail	Tous les jours		au moins une fois par semaine		au moins une fois par mois		rarement		jamais	
Si oui, par	un supérieur hiérarchique	un collègue	plusieurs collègues		des subordonnés	des clients, usagers, élèves ou patients	autres, précisez			
On conteste toutes mes décisions	Tous les jours		au moins une fois par semaine		au moins une fois par mois		rarement		jamais	
Si oui, par	un supérieur hiérarchique	un collègue	plusieurs collègues		des subordonnés	des clients, usagers, élèves ou patients	autres, précisez			
On ne tient pas compte des avis médicaux me concernant formulés par le médecin du travail	Tous les jours		au moins une fois par semaine		au moins une fois par mois		rarement		jamais	
Si oui, par	un supérieur hiérarchique	un collègue	plusieurs collègues		des subordonnés	des clients, usagers, élèves ou patients	autres, précisez			
On me retire l'accès au téléphone/fax	Tous les jours		au moins une fois par semaine		au moins une fois par mois		rarement		jamais	
Si oui, par	un supérieur hiérarchique	un collègue	plusieurs collègues		des subordonnés	des clients, usagers, élèves ou patients	autres, précisez			
On m'agresse physiquement même légèrement	Tous les jours		au moins une fois par semaine		au moins une fois par mois		rarement		jamais	
Si oui, par	un supérieur hiérarchique	un collègue	plusieurs collègues		des subordonnés	des clients, usagers, élèves ou patients	autres, précisez			

On me donne sans arrêt des tâches nouvelles	Tous les jours		au moins une fois par semaine		au moins une fois par mois		rarement		jamais	
Si oui, par	un supérieur hiérarchique	un collègue	plusieurs collègues		des subordonnés	des clients, usagers, élèves ou patients		autres, précisez		
On m’attribue des tâches humiliantes	Tous les jours		au moins une fois par semaine		au moins une fois par mois		rarement		jamais	
Si oui, par	un supérieur hiérarchique	un collègue	plusieurs collègues		des subordonnés	des clients, usagers, élèves ou patients		autres, précisez		
On m'interrompt sans cesse	Tous les jours		au moins une fois par semaine		au moins une fois par mois		rarement		jamais	
Si oui, par	un supérieur hiérarchique	un collègue	plusieurs collègues		des subordonnés	des clients, usagers, élèves ou patients		autres, précisez		
On m’attribue volontairement des tâches très inférieures à mes compétences	Tous les jours		au moins une fois par semaine		au moins une fois par mois		rarement		jamais	
Si oui, par	un supérieur hiérarchique	un collègue	plusieurs collègues		des subordonnés	des clients, usagers, élèves ou patients		autres, précisez		
On m’ôte l’accès à l’informatique	Tous les jours		au moins une fois par semaine		au moins une fois par mois		rarement		jamais	
Si oui, par	un supérieur hiérarchique	un collègue	plusieurs collègues		des subordonnés	des clients, usagers, élèves ou patients		autres, précisez		
On critique mon travail injustement ou exagérément	Tous les jours		au moins une fois par semaine		au moins une fois par mois		rarement		jamais	
Si oui, par	un supérieur hiérarchique	un collègue	plusieurs collègues		des subordonnés	des clients, usagers, élèves ou patients		autres, précisez		
On m’attribue des tâches absurdes ou inutiles	Tous les jours		au moins une fois par semaine		au moins une fois par mois		rarement		jamais	
Si oui, par	un supérieur hiérarchique	un collègue	plusieurs collègues		des subordonnés	des clients, usagers, élèves ou patients		autres, précisez		
On me discrédites vis-à-vis de mes collègues, supérieurs ou subordonnés	Tous les jours		au moins une fois par semaine		au moins une fois par mois		rarement		jamais	
Si oui, par	un supérieur hiérarchique	un collègue	plusieurs collègues		des subordonnés	des clients, usagers, élèves ou patients		autres, précisez		
On m’injurie ou on hurle à mon encontre	Tous les jours		au moins une fois par semaine		au moins une fois par mois		rarement		jamais	
Si oui, par	un supérieur hiérarchique	un collègue	plusieurs collègues		des subordonnés	des clients, usagers, élèves ou patients		autres, précisez		
On communique avec moi uniquement par écrit	Tous les jours		au moins une fois par semaine		au moins une fois par mois		rarement		jamais	
Si oui, par	un supérieur hiérarchique	un collègue	plusieurs collègues		des subordonnés	des clients, usagers, élèves ou patients		autres, précisez		

On m'attribue volontairement des tâches très supérieures à mes compétences	Tous les jours	au moins une fois par semaine	au moins une fois par mois	rarement	jamais	
Si oui, par	un supérieur hiérarchique	un collègue	plusieurs collègues	des subordonnés	des clients, usagers, élèves ou patients	autres, précisez
On m'injurie avec des termes obscènes ou dégradants	Tous les jours	au moins une fois par semaine	au moins une fois par mois	rarement	jamais	
Si oui, par	un supérieur hiérarchique	un collègue	plusieurs collègues	des subordonnés	des clients, usagers, élèves ou patients	autres, précisez
On ignore ma présence en s'adressant exclusivement aux autres	Tous les jours	au moins une fois par semaine	au moins une fois par mois	rarement	jamais	
Si oui, par	un supérieur hiérarchique	un collègue	plusieurs collègues	des subordonnés	des clients, usagers, élèves ou patients	autres, précisez
On envahit ma vie privée par des coups de téléphones	Tous les jours	au moins une fois par semaine	au moins une fois par mois	rarement	jamais	
Si oui, par	un supérieur hiérarchique	un collègue	plusieurs collègues	des subordonnés	des clients, usagers, élèves ou patients	autres, précisez
On me retire mon travail	Tous les jours	au moins une fois par semaine	au moins une fois par mois	rarement	jamais	
Si oui, par	un supérieur hiérarchique	un collègue	plusieurs collègues	des subordonnés	des clients, usagers, élèves ou patients	autres, précisez
On m'attribue contre mon gré des travaux dangereux	Tous les jours	au moins une fois par semaine	au moins une fois par mois	rarement	jamais	
Si oui, par	un supérieur hiérarchique	un collègue	plusieurs collègues	des subordonnés	des clients, usagers, élèves ou patients	autres, précisez
On utilise envers moi des gestes de mépris (soupirs, regards méprisants, haussements d'épaules...)	Tous les jours	au moins une fois par semaine	au moins une fois par mois	rarement	jamais	
Si oui, par	un supérieur hiérarchique	un collègue	plusieurs collègues	des subordonnés	des clients, usagers, élèves ou patients	autres, précisez
On se moque de mes handicaps, de mon physique	Tous les jours	au moins une fois par semaine	au moins une fois par mois	rarement	jamais	
Si oui, par	un supérieur hiérarchique	un collègue	plusieurs collègues	des subordonnés	des clients, usagers, élèves ou patients	autres, précisez
On s'attaque à mes convictions politiques ou religieuses	Tous les jours	au moins une fois par semaine	au moins une fois par mois	rarement	jamais	
Si oui, par	un supérieur hiérarchique	un collègue	plusieurs collègues	des subordonnés	des clients, usagers, élèves ou patients	autres, précisez
On m'attribue volontairement des tâches incompatibles avec ma santé	Tous les jours	au moins une fois par semaine	au moins une fois par mois	rarement	jamais	
Si oui, par	un supérieur hiérarchique	un collègue	plusieurs collègues	des subordonnés	des clients, usagers, élèves ou patients	autres, précisez

Je n'ose plus faire valoir mes droits (congés, horaires, rémunération...)	Tous les jours		au moins une fois par semaine		au moins une fois par mois		rarement	jamais
Si oui, par	un supérieur hiérarchique	un collègue	plusieurs collègues		des subordonnés	des clients, usagers, élèves ou patients	autres, précisez	
On m'attribue des problèmes psychologiques	Tous les jours		au moins une fois par semaine		au moins une fois par mois		rarement	jamais
Si oui, par	un supérieur hiérarchique	un collègue	plusieurs collègues		des subordonnés	des clients, usagers, élèves ou patients	autres, précisez	
On critique ma vie privée	Tous les jours		au moins une fois par semaine		au moins une fois par mois		rarement	jamais
Si oui, par	un supérieur hiérarchique	un collègue	plusieurs collègues		des subordonnés	des clients, usagers, élèves ou patients	autres, précisez	
On occasionne des dégâts à mon poste de travail	Tous les jours		au moins une fois par semaine		au moins une fois par mois		rarement	jamais
Si oui, par	un supérieur hiérarchique	un collègue	plusieurs collègues		des subordonnés	des clients, usagers, élèves ou patients	autres, précisez	
On interdit de m'adresser la parole	Tous les jours		au moins une fois par semaine		au moins une fois par mois		rarement	jamais
Si oui, par	un supérieur hiérarchique	un collègue	plusieurs collègues		des subordonnés	des clients, usagers, élèves ou patients	autres, précisez	
On m'agresse sexuellement (gestes ou propos)	Tous les jours		au moins une fois par semaine		au moins une fois par mois		rarement	jamais
Si oui, par	un supérieur hiérarchique	un collègue	plusieurs collègues		des subordonnés	des clients, usagers, élèves ou patients	autres, précisez	
On me menace de violences physiques	Tous les jours		au moins une fois par semaine		au moins une fois par mois		rarement	jamais
Si oui, par	un supérieur hiérarchique	un collègue	plusieurs collègues		des subordonnés	des clients, usagers, élèves ou patients	autres, précisez	
On ne tient pas compte de mes problèmes de santé	Tous les jours		au moins une fois par semaine		au moins une fois par mois		rarement	jamais
Si oui, par	un supérieur hiérarchique	un collègue	plusieurs collègues		des subordonnés	des clients, usagers, élèves ou patients	autres, précisez	
On ne me laisse plus parler aux autres	Tous les jours		au moins une fois par semaine		au moins une fois par mois		rarement	jamais
Si oui, par	un supérieur hiérarchique	un collègue	plusieurs collègues		des subordonnés	des clients, usagers, élèves ou patients	autres, précisez	
On occasionne des dégâts à mon véhicule ou à mon domicile	Tous les jours		au moins une fois par semaine		au moins une fois par mois		rarement	jamais
Si oui, par	un supérieur hiérarchique	un collègue	plusieurs collègues		des subordonnés	des clients, usagers, élèves ou patients	autres, précisez	

On m'attribue volontairement des tâches très supérieures à mes compétences.	Tous les jours		au moins une fois par semaine		au moins une fois par mois		rarement		jamais	
Si oui, par	un supérieur hiérarchique	un collègue	plusieurs collègues		des subordonnés	des clients, usagers, élèves ou patients	autres, précisez			
On se moque de mes origines ou de ma nationalité	Tous les jours		au moins une fois par semaine		au moins une fois par mois		rarement		jamais	
Si oui, par	un supérieur hiérarchique	un collègue	plusieurs collègues		des subordonnés	des clients, usagers, élèves ou patients	autres, précisez			
On fait en sorte que je n'obtienne pas de promotion	Tous les jours		au moins une fois par semaine		au moins une fois par mois		rarement		jamais	
Si oui, par	un supérieur hiérarchique	un collègue	plusieurs collègues		des subordonnés	des clients, usagers, élèves ou patients	autres, précisez			
On me donne des consignes impossibles à exécuter	Tous les jours		au moins une fois par semaine		au moins une fois par mois		rarement		jamais	
Si oui, par	un supérieur hiérarchique	un collègue	plusieurs collègues		des subordonnés	des clients, usagers, élèves ou patients	autres, précisez			

A quoi attribuez-vous l'attitude hostile de votre ou de vos collègues, supérieurs ou subordonnés ? (*plusieurs réponses possibles*)

- à des raisons d'organisation ☐ oui ☐ en partie ☐ non
- par plaisir de faire souffrir ☐ oui ☐ en partie ☐ non
- à cause de ma nationalité ☐ oui ☐ en partie ☐ non
- parce que je n'arrive pas à me faire apprécier ☐ oui ☐ en partie ☐ non
- à cause de mon apparence physique ☐ oui ☐ en partie ☐ non
- parce que mes résultats son inférieurs à la moyenne ☐ oui ☐ en partie ☐ non
- parce que mes résultats sont supérieurs à la moyenne ☐ oui ☐ en partie ☐ non
- en raison d'une ambiance générale malsaine dans l'entreprise ☐ oui ☐ en partie ☐ non
- parce que mon comportement les agace ☐ oui ☐ en partie ☐ non
- par envie ☐ oui ☐ en partie ☐ non
- en raison de mes difficultés à m'adapter au groupe ☐ oui ☐ en partie ☐ non
- parce qu'ils voulaient se débarrasser de moi ☐ oui ☐ en partie ☐ non
- parce que j'ai refusé les avances d'un collègue ou d'un supérieur ☐ oui ☐ en partie ☐ non
- parce que je suis trop âgé(e) ☐ oui ☐ en partie ☐ non
- parce que tout le monde est stressé ☐ oui ☐ en partie ☐ non
- en raison de ma vie privée ☐ oui ☐ en partie ☐ non
- parce qu'ils veulent le poste pour quelqu'un d'autre ☐ oui ☐ en partie ☐ non
- à cause de mon sexe ☐ oui ☐ en partie ☐ non
- à cause de mes croyances religieuses ou de mes convictions politiques ☐ oui ☐ en partie ☐ non
- parce qu'ici personne n'est bien traité ☐ oui ☐ en partie ☐ non
- à cause de l'influence négative de quelqu'un qui ne m'aime pas ☐ oui ☐ en partie ☐ non
- en raison de vieux conflits mal réglés ☐ oui ☐ en partie ☐ non
- parce que je suis différent(e) des autres ☐ oui ☐ en partie ☐ non
- en raison de ma position privilégiée ☐ oui ☐ en partie ☐ non
- autre explication (précisez).... ☐ oui ☐ en partie ☐ non

Ces agissements ont commencé (*plusieurs réponses possibles*) ? :

- ☐ Lors de mon embauche
- ☐ Lors d'une promotion
- ☐ lors d'une nouvelle affectation dans l'entreprise
- ☐ lors d'une réorganisation dans l'entreprise
- ☐ lors d'un changement de supérieur
- ☐ lors de l'approche de ma retraite
- ☐ lors de difficultés économiques de l'entreprise
- ☐ après un arrêt (maladie, maternité, accident de travail)
- ☐ après un désaccord
- ☐ suite à mes activités syndicales ou de délégué du personnel
- ☐ autres circonstances, précisez : _____

Depuis combien de temps ces agissements durent-ils ?mois

Ces agissements vous ont-ils conduit à un arrêt de travail ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui combien de jours cumulés ? :jours

Dans les 6 mois précédant le début des agissements hostiles, quels sont les événements suivants qui vous sont arrivés personnellement ?

- ☐ mariage
- ☐ naissance ou adoption
- ☐ séparation ou divorce
- ☐ départ d'enfants au foyer
- ☐ maladie grave, accident, hospitalisation de vous-même
- ☐ maladie grave, accident, hospitalisation du conjoint ou d'un proche
- ☐ décès d'un proche
- ☐ chômage du conjoint
- ☐ déménagement
- ☐ autre événement (précisez)

Avez-vous demandé de l'aide pendant cette période ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui à qui l'avez-vous demandé ?

- ☐ médecin du travail
- ☐ DRH (directeur des ressources humaines)
- ☐ Collègues
- ☐ Hiérarchie
- ☐ Délégué syndical
- ☐ Représentant du personnel, CHSCT (comité d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail)
- ☐ Inspection du travail
- ☐ Avocat
- ☐ Médecin traitant

- ☐ Psychiatre ou psychologue
- ☐ Famille
- ☐ Amis
- ☐ Autres (précisez) _____

Qui vous a réellement aidé pendant cette période ?

- ☐ médecin du travail
- ☐ DRH
- ☐ Collègues
- ☐ Hiérarchie
- ☐ Délégué syndical
- ☐ Représentant du personnel, CHSCT
- ☐ Inspection du travail
- ☐ Avocat
- ☐ Médecin traitant
- ☐ Psychiatre ou psychologue
- ☐ Famille
- ☐ Amis
- ☐ Autres (précisez) _____

Santé

EXEMPLE <i>cocher la case qui correspond à votre choix</i>	Non	Oui un peu	Oui moyennement	Oui beaucoup
Ces troubles ont nécessité	une prise de médicament		Un arrêt maladie	Si oui , un arrêt de _____ jours.
Je suis agité(e), survolté(e), irritable	Non	Oui un peu	Oui moyennement	Oui beaucoup
Ces troubles ont nécessité	une prise de médicament		Un arrêt maladie	Si oui , un arrêt de _____ jours.
J'ai envie d'être seule(e)	Non	Oui un peu	Oui moyennement	Oui beaucoup
Ces troubles ont nécessité	une prise de médicament		Un arrêt maladie	Si oui , un arrêt de _____ jours.
Je fais des efforts pour éviter les situations pouvant rappeler ces problèmes professionnels	Non	Oui un peu	Oui moyennement	Oui beaucoup
Ces troubles ont nécessité	une prise de médicament		Un arrêt maladie	Si oui , un arrêt de _____ jours.
J'ai du mal à me souvenir de certains détails concernant ces problèmes professionnels	Non	Oui un peu	Oui moyennement	Oui beaucoup
Ces troubles ont nécessité	une prise de médicament		Un arrêt maladie	Si oui , un arrêt de _____ jours.
J'ai l'impression d'avoir une boule dans la gorge	Non	Oui un peu	Oui moyennement	Oui beaucoup
Ces troubles ont nécessité	une prise de médicament		Un arrêt maladie	Si oui , un arrêt de _____ jours.
J'ai l'impression que mon esprit est vide	Non	Oui un peu	Oui moyennement	Oui beaucoup
Ces troubles ont nécessité	une prise de médicament		Un arrêt maladie	Si oui , un arrêt de _____ jours.
Je suis obligé(e) d'éviter certaines choses, certains endroits ou certaines activités car elles m'effrayent	Non	Oui un peu	Oui moyennement	Oui beaucoup
Ces troubles ont nécessité	une prise de médicament		Un arrêt maladie	Si oui , un arrêt de _____ jours.

Je ressens une profonde angoisse lorsque je vais à mon travail	Non	Oui un peu	Oui moyennement	Oui beaucoup
Ces troubles ont nécessité	une prise de médicament	Un arrêt maladie		Si oui , un arrêt de _____ jours.
La nuit, je rêve fréquemment à mes problèmes professionnels	Non	Oui un peu	Oui moyennement	Oui beaucoup
Ces troubles ont nécessité	une prise de médicament	Un arrêt maladie		Si oui , un arrêt de _____ jours.
Je suis obligé de vérifier plusieurs fois ce que je fais	Non	Oui un peu	Oui moyennement	Oui beaucoup
Ces troubles ont nécessité	une prise de médicament	Un arrêt maladie		Si oui , un arrêt de _____ jours.
Je pense que mes proches souffrent en raison de mes problèmes professionnels	Non	Oui un peu	Oui moyennement	Oui beaucoup
Ces troubles ont nécessité	une prise de médicament	Un arrêt maladie		Si oui , un arrêt de _____ jours.
J'éprouve un sentiment d'échec face à ces problèmes professionnels	Non	Oui un peu	Oui moyennement	Oui beaucoup
Ces troubles ont nécessité	une prise de médicament	Un arrêt maladie		Si oui , un arrêt de _____ jours.
J'ai des problèmes de sommeil (difficultés d'endormissement, réveils nocturnes ou précoces, ou envie de dormir tout le temps)	Non	Oui un peu	Oui moyennement	Oui beaucoup
Ces troubles ont nécessité	une prise de médicament	Un arrêt maladie		Si oui , un arrêt de _____ jours.
Je me sens fatigué(e), sans énergie presque tout le temps	Non	Oui un peu	Oui moyennement	Oui beaucoup
Ces troubles ont nécessité	une prise de médicament	Un arrêt maladie		Si oui , un arrêt de _____ jours.
je n'ai plus goût à rien, j'ai perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui me plaisaient habituellement	Non	Oui un peu	Oui moyennement	Oui beaucoup
Ces troubles ont nécessité	une prise de médicament	Un arrêt maladie		Si oui , un arrêt de _____ jours.
Je fais les choses plus lentement que d'habitude, ou au contraire je me sens agité(e) et j'ai du mal à rester en place	Non	Oui un peu	Oui moyennement	Oui beaucoup
Ces troubles ont nécessité	une prise de médicament	Un arrêt maladie		Si oui , un arrêt de _____ jours.

Actuellement éprouvez-vous les sentiments suivants ? :

J'éprouve un sentiment d'injustice face à ces problèmes professionnels	Non	Oui un peu	Oui moyennement	Oui beaucoup
Ces troubles ont nécessité	une prise de médicament	Un arrêt maladie		Si oui , un arrêt de _____ jours.
J'ai l'impression d'être coincé, pris(e) au piège	Non	Oui un peu	Oui moyennement	Oui beaucoup
Ces troubles ont nécessité	une prise de médicament	Un arrêt maladie		Si oui , un arrêt de _____ jours.
Je ressens un sentiment d'humiliation face à ces problèmes professionnels	Non	Oui un peu	Oui moyennement	Oui beaucoup
Ces troubles ont nécessité	une prise de médicament	Un arrêt maladie		Si oui , un arrêt de _____ jours.
J'éprouve un sentiment d'impuissance face à ces problèmes professionnels	Non	Oui un peu	Oui moyennement	Oui beaucoup
Ces troubles ont nécessité	une prise de médicament	Un arrêt maladie		Si oui , un arrêt de _____ jours.
Je pleure facilement	Non	Oui un peu	Oui moyennement	Oui beaucoup
Ces troubles ont nécessité	une prise de médicament	Un arrêt maladie		Si oui , un arrêt de _____ jours.
Mon appétit a changé, j'ai pris ou perdu du poids sans en avoir l'intention	Non	Oui un peu	Oui moyennement	Oui beaucoup
Ces troubles ont nécessité	une prise de médicament	Un arrêt maladie		Si oui , un arrêt de _____ jours.
Je me sens triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps au cours de la journée, et ce, presque tous les jours	Non	Oui un peu	Oui moyennement	Oui beaucoup
Ces troubles ont nécessité	une prise de médicament	Un arrêt maladie		Si oui , un arrêt de _____ jours.
Je me sens bloqué(e) devant la moindre chose à faire	Non	Oui un peu	Oui moyennement	Oui beaucoup
Ces troubles ont nécessité	une prise de médicament	Un arrêt maladie		Si oui , un arrêt de _____ jours.
J'ai le sentiment que je me détache de mes proches	Non	Oui un peu	Oui moyennement	Oui beaucoup
Ces troubles ont nécessité	une prise de médicament	Un arrêt maladie		Si oui , un arrêt de _____ jours.

J'ai l'impression que l'avenir est sans espoir	Non	Oui un peu	Oui moyennement	Oui beaucoup
Ces troubles ont nécessité	une prise de médicament	Un arrêt maladie	Si oui , un arrêt de _____ jours.	
Je me sens coupable	Non	Oui un peu	Oui moyennement	Oui beaucoup
Ces troubles ont nécessité	une prise de médicament	Un arrêt maladie	Si oui , un arrêt de _____ jours.	
J'ai eu à plusieurs reprises des idées noires comme penser qu'il vaudrait mieux que je sois mort(e), ou j'ai pensé à me faire du mal	Non	Oui un peu	Oui moyennement	Oui beaucoup
Ces troubles ont nécessité	une prise de médicament	Un arrêt maladie	Si oui , un arrêt de _____ jours.	
j'ai du mal à me concentrer ou à prendre des décisions	Non	Oui un peu	Oui moyennement	Oui beaucoup
Ces troubles ont nécessité	une prise de médicament	Un arrêt maladie	Si oui , un arrêt de _____ jours.	
J'ai l'impression de devenir fou (folle)	Non	Oui un peu	Oui moyennement	Oui beaucoup
Ces troubles ont nécessité	une prise de médicament	Un arrêt maladie	Si oui , un arrêt de _____ jours.	

Actuellement souffrez-vous des troubles suivants ?

EXEMPLE <i>cocher la case qui correspond à votre choix</i>	Non	Oui un peu	Oui moyennement	Oui beaucoup
Ces troubles ont nécessité	une prise de médicament	Un arrêt maladie		Si oui , un arrêt de _____ jours
maux d'estomac, ulcère gastro-duodénal, gastrite, maux de ventre, diarrhée, constipation	Non	Oui un peu	Oui moyennement	Oui beaucoup
Ces troubles ont nécessité	une prise de médicament	Un arrêt maladie		Si oui , un arrêt de _____ jours
Douleurs dans la poitrine, palpitations, oppression, difficultés à respirer...	Non	Oui un peu	Oui moyennement	Oui beaucoup
Ces troubles ont nécessité	une prise de médicament	Un arrêt maladie		Si oui , un arrêt de _____ jours
Nausées	Non	Oui un peu	Oui moyennement	Oui beaucoup
Ces troubles ont nécessité	une prise de médicament	Un arrêt maladie		Si oui , un arrêt de _____ jours
Troubles de l'appétit (perte d'appétit ou boulimie)	Non	Oui un peu	Oui moyennement	Oui beaucoup
Ces troubles ont nécessité	une prise de médicament	Un arrêt maladie		Si oui , un arrêt de _____ jours
Baisse du désir sexuel	Non	Oui un peu	Oui moyennement	Oui beaucoup
Ces troubles ont nécessité	une prise de médicament	Un arrêt maladie		Si oui , un arrêt de _____ jours
Troubles endocriniens, modification des règles...	Non	Oui un peu	Oui moyennement	Oui beaucoup
Ces troubles ont nécessité	une prise de médicament	Un arrêt maladie		Si oui , un arrêt de _____ jours
Vertiges, malaises	Non	Oui un peu	Oui moyennement	Oui beaucoup
Ces troubles ont nécessité	une prise de médicament	Un arrêt maladie		Si oui , un arrêt de _____ jours
Maux de tête	Non	Oui un peu	Oui moyennement	Oui beaucoup
Ces troubles ont nécessité	une prise de médicament	Un arrêt maladie		Si oui , un arrêt de _____ jours

Hypertension artérielle	Non	Oui un peu	Oui moyennement	Oui beaucoup
Ces troubles ont nécessité	une prise de médicament	Un arrêt maladie		Si oui , un arrêt de _____ jours
Démangeaisons, maladies de peau	Non	Oui un peu	Oui moyennement	Oui beaucoup
Ces troubles ont nécessité	une prise de médicament	Un arrêt maladie		Si oui , un arrêt de _____ jours
Tremblements	Non	Oui un peu	Oui moyennement	Oui beaucoup
Ces troubles ont nécessité	une prise de médicament	Un arrêt maladie		Si oui , un arrêt de _____ jours
Insomnie	Non	Oui un peu	Oui moyennement	Oui beaucoup
Ces troubles ont nécessité	une prise de médicament	Un arrêt maladie		Si oui , un arrêt de _____ jours
Mal de dos, douleurs musculaires	Non	Oui un peu	Oui moyennement	Oui beaucoup
Ces troubles ont nécessité	une prise de médicament	Un arrêt maladie		Si oui , un arrêt de _____ jours
Autres, précisez : _____	Non	Oui un peu	Oui moyennement	Oui beaucoup
Ces troubles ont nécessité	une prise de médicament	Un arrêt maladie		Si oui , un arrêt de _____ jours

Je vous remercie de votre participation