

# QUESTIONNAIRE ANONYME sur les VIOLENCES SEXISTES et SEXUELLES envers les femmes dans les relations de TRAVAIL

Ce questionnaire s'adresse aux femmes et aux hommes travaillant dans les établissements de STMicroelectronics SA et SAS. Il vise à recenser les comportements sexistes et les violences sexuelles subis dans le cadre des relations de travail au cours des 3 dernières années.

Vos réponses contribueront à mieux cerner, mieux prévenir et mieux agir contre ce phénomène dont chacun et chacune peut être témoin et /ou victime. **Il est possible de ne pas répondre à toutes les questions.**

**Cette enquête a un triple objectif :**

- Mesurer les violences sexistes et sexuelles faites aux femmes au travail,
- Dégager des pistes d'action,
- Sensibiliser l'encadrement, les représentant-e-s des salarié-e-s, les salarié-e-s...

## PARTIE I : Faits observés dans votre environnement de travail au cours des 3 dernières années ?

- **Avez-vous déjà entendu des blagues ou propos à connotation sexiste ou sexuelle dans votre environnement de travail ?**

Jamais	Une seule fois	Plusieurs fois	Très souvent		
<b>De la part de collègues ou de subordonné-es ?</b>				Oui	Non
<b>De la part de supérieur-es hiérarchiques ?</b>				Oui	Non
<b>De la part d'une personne extérieure à votre entreprise ?</b>				Oui	Non

- **Si oui, quel est le sexe de l'auteur-e ou des auteur-e-s de ces blagues ou prpos ?**

Féminin      masculin

- **Y-a-t-il des images, affiches, écrits ou revues que vous estimez dégradants à l'égard des femmes dans votre environnement de travail (à caractère humoristique, sexuel, pornographique...) ?**

Oui                      Non

**Si vous êtes un homme : passez directement à la partie III**

## PARTIE II : Comportements et violences rencontrés par les femmes dans les relations de travail au cours de ces 3 dernières années

- **Avez-vous déjà subi des injures ou des insultes liées au fait d'être une femme ?**

<input type="radio"/>	Jamais	Une seule fois	Plusieurs fois	Très souvent		
<input type="radio"/>	De la part de collègues ou de subordonné-es ?			Oui	Non	
<input type="radio"/>	De la part de supérieur-es hiérarchiques ?			Oui	Non	
<input type="radio"/>	De la part d'une personne extérieure à votre entreprise ?			Oui	Non	

- **Vous est-il arrivé de faire l'objet de blagues, propos, rumeurs ou sous-entendus à connotation sexuelle ?**

<input type="radio"/>	Jamais	Une seule fois	Plusieurs fois	Très souvent		
<input type="radio"/>	De la part de collègues ou de subordonné-es ?			Oui	Non	
<input type="radio"/>	De la part de supérieur-es hiérarchiques ?			Oui	Non	
<input type="radio"/>	De la part d'une personne extérieure à votre entreprise ?			Oui	Non	

- **Quelqu'un vous a-t-il exprimé, oralement ou par écrit, des confidences ou avances non désirées à connotation sexuelle ?**

<input type="radio"/>	Jamais	Une seule fois	Plusieurs fois	Très souvent		
<input type="radio"/>	De la part de collègues ou de subordonné-es ?			Oui	Non	
<input type="radio"/>	De la part de supérieur-es hiérarchiques ?			Oui	Non	
<input type="radio"/>	De la part d'une personne extérieure à votre entreprise ?			Oui	Non	

- **Quelqu'un a-t-il eu à votre égard des attitudes suggestives, obscènes ou gênantes, mais sans contact physique (sifflement, regard insistant, jeux de langue, acte sexuel mimé, voyeurisme, exhibitionnisme...) ?**
- |   |                                      |                                      |                                    |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Jamais  | <input type="radio"/> Une seule fois | <input type="radio"/> Plusieurs fois | <input type="radio"/> Très souvent |
| <input type="radio"/> De la part de collègues ou de subordonné-es ?             |                                      |                                      | Oui Non                            |
| <input type="radio"/> De la part de supérieur-es hiérarchiques ?                |                                      |                                      | Oui Non                            |
| <input type="radio"/> De la part d'une personne extérieure à votre entreprise ? |                                      |                                      | Oui Non                            |
- **Avez-vous subi des contacts physiques ou gestes non désirés (frôlement, étreinte, caresse sur la nuque, main dans les cheveux ou sur le genou...) ?**
- |   |                                      |                                      |                                    |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Jamais  | <input type="radio"/> Une seule fois | <input type="radio"/> Plusieurs fois | <input type="radio"/> Très souvent |
| <input type="radio"/> De la part de collègues ou de subordonné-es ?             |                                      |                                      | Oui Non                            |
| <input type="radio"/> De la part de supérieur-es hiérarchiques ?                |                                      |                                      | Oui Non                            |
| <input type="radio"/> De la part d'une personne extérieure à votre entreprise ? |                                      |                                      | Oui Non                            |
- **Quelqu'un a-t-il touché votre sexe, vos fesses, vos cuisses ou votre poitrine contre votre gré ?**
- |   |                                      |                                      |                                    |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Jamais  | <input type="radio"/> Une seule fois | <input type="radio"/> Plusieurs fois | <input type="radio"/> Très souvent |
| <input type="radio"/> De la part de collègues ou de subordonné-es ?             |                                      |                                      | Oui Non                            |
| <input type="radio"/> De la part de supérieur-es hiérarchiques ?                |                                      |                                      | Oui Non                            |
| <input type="radio"/> De la part d'une personne extérieure à votre entreprise ? |                                      |                                      | Oui Non                            |
- **Quelqu'un vous a-t-il embrassée contre votre gré ?**
- |   |                                      |                                      |                                    |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Jamais  | <input type="radio"/> Une seule fois | <input type="radio"/> Plusieurs fois | <input type="radio"/> Très souvent |
| <input type="radio"/> De la part de collègues ou de subordonné-es ?             |                                      |                                      | Oui Non                            |
| <input type="radio"/> De la part de supérieur-es hiérarchiques ?                |                                      |                                      | Oui Non                            |
| <input type="radio"/> De la part d'une personne extérieure à votre entreprise ? |                                      |                                      | Oui Non                            |

**Si vous n'avez été confronté-e à aucun des faits énoncés, veuillez passer à la partie III du questionnaire, sinon continuez ci-après.**

- **Ces faits se sont-ils déroulés (plusieurs réponses possibles) :**
- |  |                           |                           |
|--|---------------------------|---------------------------|
| <input type="radio"/> Dans les locaux de travail ?                         | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| <input type="radio"/> En déplacement/mission ?                             | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| <input type="radio"/> Chez un client ou fournisseur ?                      | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| <input type="radio"/> Lors d'un évènement d'entreprise (ex : soirée...) ?  | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| <input type="radio"/> Dans les transports sur le trajet travail/domicile ? | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| <input type="radio"/> Autres :   |                           |                           |
- **Quelle était votre situation conjugale au moment des faits ?**
- |   |                           |                           |
|---|---------------------------|---------------------------|
| <input type="radio"/> Célibataire, pas en couple ?                  | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| <input type="radio"/> En instance de divorce ou de séparation ?     | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| <input type="radio"/> En couple, mariée, pacsée ou en union libre ? | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| <input type="radio"/> Veuve ou divorcée, pas en couple ?            | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
- **Aviez-vous des enfants à charge ?**
- Oui       Non
- **Quelle était votre catégorie socioprofessionnelle ?**
- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="radio"/> Ouvrière          | <input type="radio"/> Employée         | <input type="radio"/> Agent de maîtrise, technicienne |
| <input type="radio"/> Cadre, ingénieure | <input type="radio"/> Cadre dirigeante |   |
- **Quelles étaient vos conditions d'emploi et de travail ? (Plusieurs réponses possibles. Ex : CDI - Temps partiel - Travail isolé - Travail en soirée ou de nuit.)**
- |  |                                       |   |   |
|--|---------------------------------------|---|---|
| <input type="radio"/> CDI                | <input type="radio"/> Temps partiel   | <input type="radio"/> CDD ou Intérim  | <input type="radio"/> Travail en équipe |
| <input type="radio"/> Travail en journée | <input type="radio"/> Travail de nuit | <input type="radio"/> Stage, contrat de professionnalisation, d'apprentissage |   |

➤ **Les effectifs de votre filière, bureau ou lieu de travail étaient:**

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| <input type="radio"/> Majoritairement composés d'hommes ?  | Oui | Non |
| <input type="radio"/> Majoritairement composés de femmes ? | Oui | Non |
| <input type="radio"/> Autant féminins que masculins ?      | Oui | Non |

➤ **Qu'avez-vous engagé comme action ? (plusieurs réponses possibles)**

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| <input type="radio"/> Aucune ?   | Oui | Non |
| <input type="radio"/> Vous en avez parlé à des proches ?   | Oui | Non |
| <input type="radio"/> Vous en avez parlé à des collègues ?   | Oui | Non |
| <input type="radio"/> Vous avez contacté une association ?   | Oui | Non |
| <input type="radio"/> Vous avez porté plainte ?  | Oui | Non |
| <input type="radio"/> Alerté le médecin du travail et/ou les infirmières ?                             | Oui | Non |
| <input type="radio"/> Alerté le médecin traitant ?   | Oui | Non |
| <input type="radio"/> Alerté l'assistante sociale du site ?  | Oui | Non |
| <input type="radio"/> Vous avez informé l'employeur des faits que vous avez subi afin qu'il agisse ?   | Oui | Non |
| <input type="radio"/> Vous avez exercé votre droit de retrait ?  | Oui | Non |
| <input type="radio"/> Vous avez saisi l'Inspection du travail ?  | Oui | Non |
| <input type="radio"/> Vous avez contacté une organisation syndicale/des représentant-es du personnel ? | Oui | Non |
| <input type="radio"/> Autres ? Veuillez préciser :   |     |     |

➤ **Si vous avez engagé des actions, quels ont été les résultats de ces actions ? (plusieurs réponses possibles)**

- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| <input type="radio"/> Rien n'a changé ?   | Oui | Non |
| <input type="radio"/> Les personnes informées ont refusé de vous soutenir ou de reconnaître les faits que vous avez subis ? | Oui | Non |
| <input type="radio"/> Des représailles ou sanctions à votre égard ?   | Oui | Non |
| <input type="radio"/> Les personnes informées vous ont-elles écoutée, soutenue ?  | Oui | Non |
| <input type="radio"/> Il y a eu une grève/manifestation de soutien à votre égard ?  | Oui | Non |
| <input type="radio"/> Une enquête a été réalisée par l'employeur et/ou les représentant-es du personnel (DP, CHSCT) ?       | Oui | Non |
| <input type="radio"/> Une enquête a été réalisée par l'Inspection du travail ?  | Oui | Non |
| <input type="radio"/> Vous avez obtenu réparation du préjudice subi (dommages et intérêts) ?                                | Oui | Non |
| <input type="radio"/> Il y a eu une sanction pénale ou civile de l'auteur-e ou des auteur-es des faits ?                    | Oui | Non |
| <input type="radio"/> L'auteur-e ou les auteur-es des faits ont été muté-es ou licencié-es ?                                | Oui | Non |
| <input type="radio"/> Autres ?  | Oui | Non |

Si vous avez indiqué "Autres", veuillez préciser :

➤ **Quelles répercussions ces faits ont-ils eu sur vous ?**

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| <input type="radio"/> Aucune répercussion ?  | Oui | Non |
| <input type="radio"/> Des représailles de la part de l'auteur-e/des auteur-es des faits ?  | Oui | Non |
| <input type="radio"/> Un sentiment d'insécurité au travail ?   | Oui | Non |
| <input type="radio"/> Une dégradation des relations de travail (conflits, moqueries, rumeurs, isolement...) ?  | Oui | Non |
| <input type="radio"/> Des conséquences sur votre emploi/travail (avertissement, mutation forcée, désinformation, charge de travail accrue, mise au placard, dénigrement du travail réalisé, pressions, menaces...) ? | Oui | Non |
| <input type="radio"/> Un changement de secteur d'activité ?  | Oui | Non |
| <input type="radio"/> D'autres conséquences sur votre travail (arrêts de travail répétitifs/de longue durée, absentéisme, retards, démotivation, déconcentration, surinvestissement, erreurs...) ?                   | Oui | Non |
| <input type="radio"/> Des conséquences sur votre santé (angoisse, agressivité, irritabilité, perte de confiance, repli, dépression, troubles de l'alimentation, du sommeil, lombalgies, maladies immunitaires...) ?  | Oui | Non |
| <input type="radio"/> Une consommation d'antidépresseurs, d'alcool, de stupéfiants ?   | Oui | Non |
| <input type="radio"/> Des conséquences sur votre vie sociale, affective et/ou sexuelle ?   | Oui | Non |
| <input type="radio"/> Des pensées suicidaires, automutilation(s), tentative(s) de suicides ?   | Oui | Non |

## Partie III : Témoignage sur des comportements sexistes et violences sexuelles envers des femmes au travail survenus au cours des 3 dernières années (Partie à remplir par les femmes comme par les hommes)

- **Avez-vous été témoin ou informé-e des faits suivants à l'égard d'une femme ?**
- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| <input type="radio"/> Des blagues, propos, rumeurs ou sous-entendus à connotation sexuelle ?  | Oui | Non |
| <input type="radio"/> Des injures ou insultes liées au fait d'être une femme ?  | Oui | Non |
| <input type="radio"/> Des confidences ou avances non désirées à connotation sexuelle exprimées verbalement ou par écrit ?   | Oui | Non |
| <input type="radio"/> Des attitudes suggestives, obscènes ou gênantes mais sans contact physique (sifflement, regard insistant, jeux de langue, acte sexuel mimé, voyeurisme, exhibitionnisme...) ? | Oui | Non |
| <input type="radio"/> Des frôlements, étreintes, caresses sur la nuque, main sur le genou, sur l'épaule ou dans les cheveux non consentis ?   | Oui | Non |
| <input type="radio"/> Des attouchements sur le sexe, les fesses, les cuisses ou les seins non consentis ?   | Oui | Non |
| <input type="radio"/> Des baisers forcés ?  | Oui | Non |
- **Considérez-vous les faits énoncés comme des violences faites spécifiquement aux femmes ?**
- Oui    Non
- **Quelles actions ont suivi ? (plusieurs réponses possibles)**
- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| <input type="radio"/> Aucune ?  | Oui | Non |
| <input type="radio"/> Etes-vous intervenu ?   | Oui | Non |
| <input type="radio"/> Vous en avez parlé à la femme concernée ou aux femmes concernées ?  | Oui | Non |
| <input type="radio"/> Vous en avez parlé à des proches ?  | Oui | Non |
| <input type="radio"/> Vous en avez parlé à des collègues ?  | Oui | Non |
| <input type="radio"/> Vous avez contacté une association ?  | Oui | Non |
| <input type="radio"/> Vous avez accompagné la victime pour porter plainte ou avez signalé les faits au Procureur de la République ? | Oui | Non |
| <input type="radio"/> Vous avez accompagné la victime aux Prud'hommes/au Tribunal administratif ?                                   | Oui | Non |
| <input type="radio"/> Vous avez informé l'employeur des faits afin qu'il agisse (droit d'alerte) ?                                  | Oui | Non |
| <input type="radio"/> Vous avez alerté l'Inspection du travail ?  | Oui | Non |
| <input type="radio"/> Vous avez contacté une organisation syndicale/des représentant-es du personnel ?                              | Oui | Non |
| <input type="radio"/> Vous avez saisi le CHSCT ?  | Oui | Non |
| <input type="radio"/> Vous en avez parlé au médecin du travail, aux infirmières ou à l'assistante sociale ?                         | Oui | Non |
| <input type="radio"/> Autres ?  |     |     |
- Si vous avez indiqué "Autres", veuillez préciser :

## Partie IV : Quelques informations vous concernant :

- **Vous êtes :**                      Une femme                      Un homme
- **Etes-vous salarié d'une autre entreprise extérieure à ST ?** : Oui    Non
- **Votre âge :**    Moins de 25 ans                      Entre 25 ans et 50 ans                      Plus de 50 ans
- **Vous êtes mis à disposition de l'employeur :** Oui    Non
- **Votre environnement de travail :** Bureaux                      Salle Blanche                      Autres (merci de préciser)
- **Pensez-vous être informé-e/formé-e pour agir efficacement contre les violences faites aux femmes au travail ?**    Non, pas du tout.                      Oui, mais insuffisamment.                      Oui, suffisamment
- **Souhaiteriez-vous bénéficier d'information ou de formation sur ces questions ?**    Oui    Non

**Merci de votre participation** 😊