

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, 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		
De la part de collègues ou de subordonné-es ?				Oui	Non
De la part de supérieur-es hiérarchiques ?				Oui	Non
De la part d'une personne extérieure à votre entreprise ?				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 😊