# 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 ………………… *(indiquer le champs du questionnaire entreprise/établissement/service…)*. 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 propos ?

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 ?

* + - Jamais Une seule fois Plusieurs fois Très souvent

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| o De la part de collègues ou de subordonné-es ? | Oui | Non |
| o De la part de supérieur-es hiérarchiques ? | Oui | Non |
| o 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 ?

* + - Jamais Une seule fois Plusieurs fois Très souvent

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| o De la part de collègues ou de subordonné-es ? | Oui | Non |
| o De la part de supérieur-es hiérarchiques ? | Oui | Non |
| o 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 ?

* + - Jamais Une seule fois Plusieurs fois Très souvent

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| o De la part de collègues ou de subordonné-es ? | Oui | Non |
| o De la part de supérieur-es hiérarchiques ? | Oui | Non |
| o 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…) ?

* + - Jamais Une seule fois Plusieurs fois Très souvent

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| o De la part de collègues ou de subordonné-es ? | Oui | Non |
| o De la part de supérieur-es hiérarchiques ? | Oui | Non |
| o 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…) ?

* + - Jamais Une seule fois Plusieurs fois Très souvent

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| o De la part de collègues ou de subordonné-es ? | Oui | Non |
| o De la part de supérieur-es hiérarchiques ? | Oui | Non |
| o 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 ?

* + - Jamais Une seule fois Plusieurs fois Très souvent

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| o De la part de collègues ou de subordonné-es ? | Oui | Non |
| o De la part de supérieur-es hiérarchiques ? | Oui | Non |
| o De la part d’une personne extérieure à votre entreprise ? | Oui | Non |
| * **Quelqu'un vous a-t-il embrassée contre votre gré ?**
 |  |  |
| o Jamais Une seule fois Plusieurs fois Très souvent |
| o De la part de collègues ou de subordonné-es ? | Oui | Non |
| o De la part de supérieur-es hiérarchiques ? | Oui | Non |
| o 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) :**
		- Dans les locaux de travail ? Oui Non
		- En déplacement/mission ? Oui Non
		- Chez un client ou fournisseur ? Oui Non
		- Lors d’un évènement d’entreprise (ex : soirée…) ? Oui Non
		- Dans les transports sur le trajet travail/domicile ? Oui Non
		- Autres :

### Quelle était votre situation conjugale au moment des faits ?

* + - Célibataire, pas en couple ? Oui Non
		- En instance de divorce ou de séparation ? Oui Non
		- En couple, mariée, pacsée ou en union libre ? Oui Non
		- Veuve ou divorcée, pas en couple ? Oui Non

### Aviez-vous des enfants à charge ?

Oui Non

### Quelle était votre catégorie socioprofessionnelle ?

Ouvrière Employée Agent de maîtrise, technicienne Cadre, ingénieure 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.)

CDI Temps partiel CDD ou Intérim Travail en équipe

Travail en journée Travail de nuit Stage, contrat de professionnalisation, d’apprentissage

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| o Majoritairement composés d’hommes ? | Oui | Non |
| o Majoritairement composés de femmes ? | Oui | Non |
| o Autant féminins que masculins ? | Oui | Non |
| * **Qu'avez-vous engagé comme action ? (plusieurs réponses possibles)**
 |  |  |
| o Aucune ? | Oui | Non |
| o Vous en avez parlé à des proches ? | Oui | Non |
| o Vous en avez parlé à des collègues ? | Oui | Non |
| o Vous avez contacté une association ? | Oui | Non |
| o Vous avez porté plainte ? | Oui | Non |
| o Alerté le médecin du travail et/ou les infirmières ? | Oui | Non |
| o Alerté le médecin traitant ? | Oui | Non |
| o Alerté l’assistante sociale du site ? | Oui | Non |
| o Vous avez informé l’employeur des faits que vous avez subi afin qu’il agisse ? | Oui | Non |
| o Vous avez exercé votre droit de retrait ? | Oui | Non |
| o Vous avez saisi l’Inspection du travail ? | Oui | Non |
| * Vous avez contacté une organisation syndicale/des représentant-es du personnel ?
* Autres ? Veuillez préciser :
 | Oui | Non |

* + **Si vous avez engagé des actions, quels ont été les résultats de ces actions ? (plusieurs réponses possibles)**
		- Rien n’a changé ? Oui Non
		- Les personnes informées ont refusé de vous soutenir ou de reconnaître les faits que vous avez subis ?

Oui Non

* + - Des représailles ou sanctions à votre égard ? Oui Non
		- Les personnes informées vous ont-elles écoutée, soutenue ? Oui Non
		- Il y a eu une grève/manifestation de soutien à votre égard ? Oui Non
		- Une enquête a été réalisée par l’employeur et/ou les représentant-es du personnel (DP, CHSCT) ?

Oui Non

* + - Une enquête a été réalisée par l’Inspection du travail ? Oui Non
		- Vous avez obtenu réparation du préjudice subi (dommages et intérêts) ? Oui Non
		- Il y a eu une sanction pénale ou civile de l'auteur-e ou des auteur-es des faits ? Oui Non
		- L'auteur-e ou les auteur-es des faits ont été muté-es ou licencié-es ? Oui Non
		- Autres ? Oui Non

Si vous avez indiqué "Autres", veuillez préciser :

### Quelles répercussions ces faits ont-ils eu sur vous ?

* + - Aucune répercussion ? Oui Non
		- Des représailles de la part de l’auteur-e/des auteur-es des faits ? Oui Non
		- Un sentiment d’insécurité au travail ? Oui Non
		- Une dégradation des relations de travail (conflits, moqueries, rumeurs, isolement...) ? Oui Non
		- 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
		- Un changement de secteur d'activité ? Oui Non
		- D'autres conséquences sur votre travail (arrêts de travail répétitifs/de longue durée, absentéisme, retards, démotivation, déconcentration, surinvestissement, erreurs...) ? Oui Non
		- Des conséquences sur votre santé (angoisse, agressivité, irritabilité, perte de confiance, repli, dépression, troubles de l’alimentation, du sommeil, lombalgies, maladies immunitaires...) ?

Oui Non

* + - Une consommation d’antidépresseurs, d’alcool, de stupéfiants ? Oui Non
		- Des conséquences sur votre vie sociale, affective et/ou sexuelle ? Oui Non
		- 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 ?

* + - Des blagues, propos, rumeurs ou sous-entendus à connotation sexuelle ? Oui Non
		- Des injures ou insultes liées au fait d’être une femme ? Oui Non
		- Des confidences ou avances non désirées à connotation sexuelle exprimées verbalement ou par écrit ?

Oui Non

* + - Des attitudes suggestives, obscènes ou gênantes mais sans contact physique (sifflement, regard insistant, jeux de langue, acte sexuel mimé, voyeurisme, exhibitionnisme…) ? Oui Non
		- Des frôlements, étreintes, caresses sur la nuque, main sur le genou, sur l’épaule ou dans les cheveux

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| non consentis ? | Oui | Non |
| o Des attouchements sur le sexe, les fesses, les cuisses ou les seins non consentis ? | Oui | Non |
| o 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)

* + - Aucune ? Oui Non
		- Etes-vous intervenu ? Oui Non
		- Vous en avez parlé à la femme concernée ou aux femmes concernées ? Oui Non
		- Vous en avez parlé à des proches ? Oui Non
		- Vous en avez parlé à des collègues ? Oui Non
		- Vous avez contacté une association ? Oui Non
		- Vous avez accompagné la victime pour porter plainte ou avez signalé les faits au Procureur de la

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| République ? | Oui | Non |
| o Vous avez accompagné la victime aux Prud’hommes/au Tribunal administratif ? | Oui | Non |
| o Vous avez informé l’employeur des faits afin qu’il agisse (droit d’alerte) ? | Oui | Non |
| o Vous avez alerté l’Inspection du travail ? | Oui | Non |
| o Vous avez contacté une organisation syndicale/des représentant-es du personnel ? | Oui | Non |
| o Vous avez saisi le CHSCT ? | Oui | Non |
| * Vous en avez parlé au médecin du travail, aux infirmières ou à l’assistante sociale ?
* Autres ?
 | Oui | Non |
| 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 exterieure 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 **