



- **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** 😊