

Enquête relative à la lutte contre le sexisme au travail

(Questionnaire)

Enquête relative à la lutte contre le sexisme au travail

Questions obligatoires	OUI	NON
	▼	▼
Partie I : Informations générales	OUI	NON
Vous êtes ?		
→ Une femme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Un homme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quel âge avez-vous ?		
→ 16 - 20 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ 20 - 30 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ 30 - 40 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ 40 - 50 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ 50 - 60 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ 60 - 65 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Plus de 65 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A quelle catégorie socio-professionnelle appartenez-vous ?		
→ Employé(e)-Ouvrier(ère)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Technicien(ne)/Agent de maîtrise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Cadre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partie II : Agissements sexistes et violences sexuelles rencontrés au travail		
Avez-vous vécu ou assisté à des injures ou insultes liées à l'identité sexuelle au travail ?		
→ Avez-vous été témoin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous été victime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y-a-t-il des blagues et/ou propos sexistes qui circulent au sein de votre entreprise ?		
→ Avez-vous été témoin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous été victime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y-a-t-il des blagues et/ou propos à connotations sexuelles qui circulent au sein de votre entreprise ?		
→ Avez-vous été témoin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous été victime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y-a-t-il des images, affiches, revues, écrits, vidéos exposant le corps et/ou dégradants qui circulent au sein de votre entreprise ?		
→ Avez-vous été témoin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous été victime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'humour à caractère sexuel est-il présent dans votre entreprise ?		
→ Avez-vous été témoin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous été victime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'humour à caractère pornographique est-il présent dans votre entreprise ?		
→ Avez-vous été témoin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous été victime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une ou plusieurs personnes sont-elles à l'origine des faits ?		
→ Une personne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questions obligatoires	OUI	NON
→ Un groupe de personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous vécu ou assisté à des confidences, questions personnelles ou avances à connotation sexuelle orales ou écrites au travail ?		
→ Avez-vous été témoin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous été victime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous vécu ou assisté à des attitudes sans contact physique suggestives, obscènes ou gênantes au travail ?		
→ Avez-vous été témoin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous été victime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y-a-t-il du voyeurisme (dans les toilettes, les vestiaires ou en poste de travail) au sein de votre entreprise ?		
→ Avez-vous été témoin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous été victime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y-a-t-il de l'exhibitionnisme au sein de votre entreprise ?		
→ Avez-vous été témoin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous été victime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous vécu ou assisté à des contacts physiques ou gestes non désirés au travail ?		
→ Avez-vous été témoin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous été victime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous vécu ou assisté à des attouchements sexuels au travail ?		
→ Vous en avez entendu parler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous été témoin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous été victime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous vécu ou assisté à une tentative de rapport sexuel non consentie (tentative de viol) au travail ?		
→ Vous en avez entendu parler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous été témoin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous été victime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous vécu ou assisté à un viol (rapports sexuels forcés) au travail ?		
→ Vous en avez entendu parler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous été témoin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous été victime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si vous n'avez pas été témoin ou victime des faits ci-dessus, ne pas répondre aux questions ci-après</i>		

Partie III : Auteur(e) et géolocalisation des faits	OUI	NON
Qui est l'auteur(e) des faits énoncés aux questions précédentes ?		
→ Femme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Homme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Personne interne à l'entreprise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Personne externe à l'entreprise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quel est le lieu où se sont déroulés les faits ?		
→ Atelier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Bureau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questions obligatoires	OUI	NON
→ Dock	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Véhicule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Autre(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Partie IV : Evaluation des conséquences du sexisme au travail		OUI	NON
Quelle est la date et la durée des faits ?			
→ En cours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
→ Depuis moins d'un trimestre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
→ Depuis moins de 2 trimestres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
→ Depuis moins de 3 trimestres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
→ Depuis plus d'un an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
→ Autre(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ces faits ont eu des répercussions sur vous, lesquelles ?			
→ Pas de répercussions sur mon travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
→ Peur de représailles impactant l'exécution de votre travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
→ Peur de représailles concernant votre maintien dans l'emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
→ Dégradations générale de vos relations de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
→ Sentiment d'insécurité physique au travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
→ Autre(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Quelles sont les conséquences sur votre santé psychique ?			
→ Perte de confiance en soi, repli sur soi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
→ Agressivité, irritabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
→ Angoisses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
→ Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
→ Aucune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
→ Autre(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Quelles sont les conséquences diverses sur votre état de santé ?			
→ Troubles de l'alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
→ Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
→ Lombalgies, troubles musculosquelettiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
→ Pertes de cheveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
→ Suivi psychologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
→ Traitement médicamenteux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
→ Consommation d'antidépresseurs, d'alcool, de stupéfiants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
→ Pensées suicidaires, automutilation(s), tentative(s) de suicide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
→ Aucune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
→ Autre(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Quelles sont les conséquences sur votre vie sociale ?			
→ Conflits ou prise de distance avec la famille ou avec les proches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
→ Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
→ Aucune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
→ Autre(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Questions obligatoires	OUI	NON
Quelles répercussions ces faits ont-ils eu sur le service ?		
→ Vous ne savez pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Aucune répercussion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Relations sociales et climat social détériorés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Désorganisation du service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Autre(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quelles sont les conséquences de ces faits sur votre travail ?		
→ Absences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Retards	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Démotivation, désintéressement du travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Surinvestissement pour le travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Déconcentration, erreurs dans mon travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Arrêts de travail à répétition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Arrêts de travail longue durée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Frein à la promotion professionnelle ou aux projets professionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Autre(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Partie V : Suites et défenses du ou de la salariée	OUI	NON
À qui en avez-vous parlé ?		
→ A personne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ A un proche de ma famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ A un(e) collègue(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ A une association ou à un ou une assistant(e) sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ A mon employeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Aux référents ressources humaines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ A un supérieur hiérarchique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ A la personne déléguée au sexisme de l'entreprise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ A un ou une délégué(e) syndicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ A un ou une délégué(e) du personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ A mon médecin traitant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Au médecin du travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Psychiatre/psychologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ A l'inspection du travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Autre(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous engagé une démarche ?		
→ Dépôt de plainte à la police, gendarmerie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Signalement au procureur de la République	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Action syndicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Demande de médiation avec le délégué à la lutte contre le sexisme au travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Droit de retrait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Autre(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>