

À quel genre vous identifiez-vous? Homme  Femme  Non-binaire

Vous considérez-vous une minorité visible? Oui  Non

Êtes-vous en situation de handicap? Oui  Non

Quelle est votre orientation sexuelle? \_\_\_\_\_

Dans les aires communes du milieu, comment est votre sentiment de sécurité, en général?

J'ai peur lorsque je me promène seul·e 1 2 3 4 5 Je me sens en sécurité lorsque je me promène seul·e

<b>Dans les 3 derniers mois, avez-vous observé les comportements suivant entre les locataires dans votre milieu de vie?</b>	Jamais ou très rarement	Parfois ou de temps à autre	Souvent ou de nombreuses fois
<b>Violence verbale</b>			
Insulter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenter de faire peur par des paroles, formuler des menaces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Violence physique</b>			
Frapper avec ou sans objet, bousculer, pousser, agresser physiquement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenter de faire peur par des gestes (ex. : avec le poing, la canne, en lançant un objet ou en frappant dans un mur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloquer le chemin, empêcher de circuler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Violence sociale</b>			
Diriger, dire aux autres quoi faire (faire le boss des bécoses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Isoler une personne, empêcher les autres de socialiser avec elle, l'ignorer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Répandre des rumeurs au sujet d'une personne, raconter ses confidences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Violence matérielle</b>			
Briser ou abimer volontairement le matériel d'une personne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

À quel point fréquentez-vous l'organisme/la salle communautaire/les espaces communs?

Jamais ou presque jamais    1    2    3    4    5    Tous les jours ou presque tous les jours

À quel point êtes-vous satisfait·e de votre réseau social?

Pas du tout satisfait·e    1    2    3    4    5    Tout à fait satisfait·e

Où se déroulent les actes de violence? (Ex. : dans un corridor en particulier, à la buanderie, dans la salle à manger, dans la salle commune, dans l'ascenseur, etc.)

---

---

Avez-vous déjà signalé un acte de violence?    Oui     Non

Si oui, à qui?    OMHM/Direction     Intervenant·e     Autre(s) locataire(s)     Autre: \_\_\_\_\_

Si non, pourquoi?

---

---

Commentaires

---

---

---

---