



## CANEVAS DE TRAVAIL POUR LES PATIENTS - STRESS TRAUMATIQUE / VIOLENCE, ABUS

### DÉTECTER LA VIOLENCE CONJUGALE - QUESTIONNAIRE *issu du site www.violencequefaire.ch*

Le questionnaire suivant a été créé pour vous donner des pistes afin d'évaluer votre situation. En répondant à toutes les questions, vous pourrez mieux déterminer si ce que vous vivez est de la violence.

Suis-je concernée?	OUI	NON
Il me dit : "Ta copine a une mauvaise influence sur toi"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il me dit : "Tu préfères ta famille à moi"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il me dit : "Je n'aime pas que tu fréquentes tes collègues de travail"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il me dit : "Si tu m'aimes, ne va pas à ton rendez-vous"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il me dit : "De toute façon, personne ne te croira"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il décide comment je dois m'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il me donne des ordres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il me rabaisse, il dit que je ne suis bonne à rien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il m'ignore durant plusieurs jours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il m'insulte ou hurle sur moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il ne contribue pas aux dépenses du ménage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il prend tout ce que je gagne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il m'interdit de travailler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il me coupe les vivres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il veut toujours savoir où et avec qui je suis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il m'empêche de voir mes proches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il m'interdit de sortir seule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il m'enferme à la maison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il dit que si je pars, il se suicide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il menace de me frapper ou de me tuer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il frappe dans les murs, dans les portes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il casse des objets de la maison ou détruit mes affaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il frappe ou blesse notre animal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il me secoue ou me pousse brutalement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il me gifle, me pince ou me tord le bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il me donne des coups de poing, des coups de pied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il me menace ou me blesse (avec un couteau, une arme à feu ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il m'oblige à regarder du matériel pornographique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il me force à avoir des rapports sexuels quand je ne le souhaite pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il me contraint à des pratiques sexuelles qui m'humilient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il me viole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il me contraint à des rapports sexuels avec des tiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>