

OUTIL DE DÉTECTION de la violence, subie et agie, dans les relations intimes, amoureuses et conjugales

INCIDENTS ET FORMES DE VIOLENCE

- Est-ce qu'il est arrivé à votre partenaire (ou ex) de vous rabaisser, de vous traiter de noms? OUI NON
- Vous est-il arrivé.e de rabaisser ou de traiter de noms votre partenaire (ou ex)? OUI NON
- Est-ce que votre partenaire (ou ex) vous a déjà empêché.e de communiquer avec des proches, des parents, des collègues, des ami.es, ou de les rencontrer? OUI NON
- Avez-vous déjà empêché votre partenaire (ou ex) de communiquer avec des proches, des parents, des collègues, des ami.es, ou de les rencontrer? OUI NON
- Comment se prennent les décisions financières dans votre couple? Est-ce que votre partenaire (ou ex) a déjà pris, sans votre accord, des décisions financières qui vous impliquaient? OUI NON
- Avez-vous déjà pris, sans l'accord de votre partenaire (ou ex), des décisions financières qui l'impliquaient? OUI NON
- Est-ce que votre partenaire (ou ex) vous a déjà poussé.e, agrippé.e, frappé.e? Vous a-t-il/elle/ielle déjà lancé des objets ou détruit des objets auxquels vous teniez? OUI NON
- Avez-vous déjà poussé, agrippé ou frappé votre partenaire (ou ex)? Lui avez-vous déjà lancé des objets ou détruit des objets auxquels elle/il/ielle tenait? OUI NON
- Avez-vous déjà été contraint.e à des caresses ou à des relations sexuelles par crainte des réactions de votre partenaire (ou ex)? OUI NON
- Avez-vous déjà tenté d'imposer à votre partenaire (ou ex) des caresses ou des relations sexuelles? OUI NON
- Votre partenaire (ou ex) a-t-elle/il/ielle déjà menacé de nuire à votre réputation, de tenter de vous faire perdre votre emploi, de porter de fausses accusations à votre endroit, de vous empêcher de voir les enfants? OUI NON
- Avez-vous déjà menacé de nuire à la réputation de votre partenaire (ou ex), de tenter de lui faire perdre son emploi, de porter de fausses accusations à son endroit ou de l'empêcher de voir les enfants? OUI NON
- Est-ce que votre partenaire (ou ex) vous a déjà pris.e à la gorge? Vous a-t-il/elle/ielle déjà menacé.e ou blessé.e avec un objet, un couteau ou une arme ? OUI NON
- Avez-vous déjà pris votre partenaire (ou ex) à la gorge? L'avez-vous déjà menacé.e ou blessé.e avec un objet, un couteau ou une arme? OUI NON

DANGÉROSITÉ

Les épisodes d'agression et de contrôle surviennent-ils :

Tous les jours
Chaque semaine
Parfois

Vous sentez-vous en danger en retournant chez-vous aujourd'hui?

OUI NON

Avez-vous des idées/plans/scénarios qui pourraient mettre en danger votre partenaire (ou ex), ou des personnes de son entourage?

OUI NON

Est-ce que votre partenaire (ou ex) surveille vos faits et gestes, vos déplacements?

OUI NON

Surveillez-vous les faits et gestes et les déplacements de votre partenaire (ou ex)?

OUI NON

Votre partenaire (ou ex) a-t-elle/il/ielle déjà fait des menaces de mort, de suicide, ou de s'en prendre à des personnes (ou des animaux) que vous aimez?

OUI NON

Avez-vous déjà menacé votre partenaire (ou ex) de mort, de suicide, ou de s'en prendre à des personnes (ou des animaux) qu'elle/il/ielle aime?

OUI NON

Craignez-vous pour votre vie ou pour celle de vos proches?

OUI NON

Craignez-vous pour la vie de votre partenaire (ou ex) ou de ses proches?

OUI NON

Dans l'éventualité où vous choisiriez de rompre, vous sentiriez-vous en sécurité?

OUI NON

Dans l'éventualité où votre partenaire décidait de rompre, serait-elle/il/ielle en sécurité?

OUI NON

IMPACTS

Avez-vous l'impression de devoir constamment marcher sur des œufs, par crainte des réactions de votre partenaire (ou ex)?

OUI NON

Suite aux comportements d'agression et de contrôle, avez-vous vécu :

Du ressentiment ou de l'irritabilité?

OUI NON

Des moments de confusion?

OUI NON

De la difficulté à trouver le sommeil?

OUI NON

Un sentiment de culpabilité, de gêne ou de honte?

OUI NON

Un état d'alerte, de constante vigilance?

OUI NON

Un sentiment de crainte et d'insécurité

OUI NON

Un sentiment d'inadéquation ou d'impuissance?

OUI NON

De la fatigue, un désintérêt, une perte de désir, de motivation?

OUI NON

Une consommation inhabituelle (ou plus accentuée) de drogue ou d'alcool?

OUI NON

Des moments d'interruption dans le travail ou les études?

OUI NON

De l'isolement (perte de liens avec des proches, des membres de la famille)?

OUI NON