

# QUESTIONNAIRE VIOLENCES CONJUGALES

**Ce questionnaire est destiné aux femmes victimes de violences conjugales pour les aider à identifier les différentes formes de violences subies**

## 1 - VIOLENCES VERBALES

Êtes-vous ou avez-vous été victime :

d'insultes  de chantage  de menaces avec usage d'une arme

de menaces de mort verbales  si oui, ont-elles été proférées une seule fois ou plusieurs fois ?

de menaces de mort sur un support (lettre, mail, texto ...)

d'autres menaces (de vous blesser, d'enlever les enfants, de se suicider...)

depuis quand ? \_\_\_\_\_

Cela arrive/arrivait : une ou plusieurs fois par jour  une ou plusieurs fois par semaine   
une ou plusieurs fois par mois

en privé  devant témoins ?  lesquels ? \_\_\_\_\_

disposez-vous de preuves (**si oui, il est important de les mettre en sécurité**)  
(mails, textos, courriers, témoignages écrits, messages vocaux...) OUI / NON

Les faits se déroulent-ils en présence des enfants ? OUI / NON

Les enfants sont-ils également victimes de violences verbales ? OUI / NON

Informations complémentaires : \_\_\_\_\_

## 2 - VIOLENCES PSYCHOLOGIQUES

Êtes-vous ou avez-vous été victime de comportements et/ou propos méprisants :

dénigrant vos opinions et/ou croyances  ... vos actions  ... votre personne

depuis quand ? \_\_\_\_\_

Cela arrive/arrivait : une ou plusieurs fois par jour  une ou plusieurs fois par semaine   
une ou plusieurs fois par mois

en privé  devant témoins ?  lesquels ? \_\_\_\_\_

disposez-vous de preuves (**si oui, il est important de les mettre en sécurité**)  
(mails, textos, courriers, témoignages, messages vocaux...) OUI / NON

Votre conjoint vous empêche-t-il de sortir ou d'accéder au domicile ? OUI / NON

Votre conjoint vous empêche-t-il de travailler ? OUI / NON

- Vous demande-t-il des comptes sur ce que vous faites, contrôle-t-il vos horaires ? OUI / NON
- Votre conjoint vous empêche-t-il de rencontrer vos amis ou votre famille ? OUI / NON
- Les critique-t-il ? OUI / NON
- Vous empêche-t-il d'accéder au téléphone de la maison ? OUI / NON
- Vous harcèle-t-il par téléphone ? OUI / NON
- Vous empêche-t-il de vous exprimer ? OUI / NON
- Vous prive-t-il de nourriture ? OUI / NON
- Avez-vous peur de votre conjoint ? Cherche-t-il à vous intimider ? OUI / NON
- Les faits se déroulent-ils en présence des enfants ? OUI / NON
- Les enfants sont-ils également victimes des violences psychologiques ? OUI / NON

Informations complémentaires : \_\_\_\_\_

### **3 - VIOLENCES PHYSIQUES**

Êtes-vous ou avez-vous été victime :

- de bousculades  de coups  de blessures (morsures, brûlures...)   
 de strangulation  d'étouffement

à main nue  avec un objet  avec une arme  autres : \_\_\_\_\_

depuis quand ? \_\_\_\_\_

Cela arrive/arrivait : une ou plusieurs fois par jour  une ou plusieurs fois par semaine   
 une ou plusieurs fois par mois

en privé  devant témoins ?  lesquels ? \_\_\_\_\_

Présentez-vous une vulnérabilité particulière (grossesse, handicap, maladie grave ?) OUI / NON

Si oui, a-t-il connaissance de cette vulnérabilité ? OUI / NON

Les faits se déroulent-ils en présence des enfants ? OUI / NON

Les enfants sont-ils également victimes de violences physiques ? OUI / NON

L'agresseur exerce-t-il de la violence physique sur votre animal de compagnie ? OUI / NON

L'agresseur consomme-t-il de l'alcool, des stupéfiants, des médicaments ou autres ? OUI / NON

Possède-t-il une arme ? OUI / NON

A-t-il à votre connaissance des antécédents judiciaires ? OUI / NON

Informations complémentaires : \_\_\_\_\_



**LES CONSEQUENCES DES VIOLENCES VERBALES, PSYCHOLOGIQUES, PHYSIQUES, SEXUELLES :**

- Avez-vous consulté un médecin ? OUI / NON date : \_\_\_\_\_
- Avez-vous consulté un psychologue/psychiatre ? OUI / NON date : \_\_\_\_\_
- Avez-vous été hospitalisée ? OUI / NON date : \_\_\_\_\_
- Avez-vous obtenu des certificats médicaux ? OUI / NON date : \_\_\_\_\_
- Avez-vous obtenu un arrêt de travail ? OUI / NON date : \_\_\_\_\_
- Avez-vous obtenu une Incapacité Totale de Travail (ITT) ? OUI / NON durée : \_\_\_\_\_
- Informations complémentaires : \_\_\_\_\_

**Depuis les violences :**

- Etes-vous isolée (plus de contact avec votre famille, vos amis) ? OUI / NON
- Avez-vous des migraines, des pertes de mémoire, des maux de ventre,... ? OUI / NON
- Avez-vous des troubles du sommeil (insomnies...) ? OUI / NON
- Avez-vous des troubles de l'alimentation (perte de poids...) ? OUI / NON
- Avez-vous des crises d'angoisse ? OUI / NON
- Présentez-vous des symptômes dépressifs ? OUI / NON
- Avez-vous des pensées suicidaires ? OUI / NON
- Avez-vous fait une tentative de suicide ? OUI / NON
- Avez-vous commencé à consommer de l'alcool, des stupéfiants, des médicaments ou autres ? OUI / NON
- Avez-vous perdu votre emploi ? OUI / NON

Informations complémentaires : \_\_\_\_\_

- Vos enfants ont-ils un retard de croissance ? OUI / NON
- Vos enfants ont-ils des troubles du comportement, troubles alimentaires ... ? OUI / NON
- Vos enfants ont-ils des problèmes à l'école pour des actes de violence ? OUI / NON
- Vos enfants sont-ils suivis par le Juge des Enfants ou ont-ils fait l'objet d'une information préoccupante ? OUI / NON

Informations complémentaires : \_\_\_\_\_

**DEMARCHES ENTREPRISES :**

Services sociaux pour rechercher un logement : \_\_\_\_\_

Contacts avec une association spécialisée : \_\_\_\_\_

Démarches au plan pénal :

- Renseignement(s) judiciaire(s) (gendarmerie) ou main(s)-courante(s) (police) : OUI / NON  
Date(s) : \_\_\_\_\_

- Dépôt(s) de plainte : OUI / NON Date(s) : \_\_\_\_\_  
Suites : \_\_\_\_\_

Démarches au plan civil (divorce, ordonnance de protection, requête du Juge aux Affaires Familiales) :

\_\_\_\_\_

Autres : \_\_\_\_\_

**DEMARCHES ENVISAGEES :**

Consulter un médecin OUI  NON

Joindre une association d'aide aux victimes OUI  NON

**Voir plaquette AGIR face aux violences au sein du couple**

Quitter le domicile OUI  NON

Demander un hébergement d'urgence OUI  NON

Se séparer ou divorcer OUI  NON

Déposer une demande d'ordonnance de protection  
auprès du Juge des Affaires Familiales OUI  NON

Déposer un procès-verbal de renseignement judiciaire  
(gendarmerie) ou une main courante (police) OUI  NON

Déposer plainte OUI  NON

FAIT LE \_\_\_\_\_