

---

## VULNÉRABILITÉ DES PERSONNES ÂGÉES AU COURS DE LA VIE

---

Il est assez fréquent de subir, au cours de sa vie, des comportements négatifs de la part des proches, des personnels de soins, ou d'autres personnes. Ces types d'expériences peuvent affecter négativement la santé des personnes, même si c'était il y a longtemps. C'est pourquoi nous vous demandons de bien vouloir répondre aux questions ci-dessous.

	OUI	NON
1. Vous est-il arrivé de vous sentir mal à l'aise ou d'avoir peur d'un proche ou d'un personnel des services de soins et de prise en charge ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Existe-t-il des personnes qui, de manière répétée, vous parlent de manière méprisante ou tentent de vous rabaisser, de vous dévaloriser ou de vous humilier ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Existe-t-il des personnes qui ont tenté de vous contrôler, de limiter vos contacts avec d'autres personnes ou de décider de ce que vous avez le droit de faire ou de ne pas faire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Existe-t-il des personnes qui ont menacé de vous faire du mal, à vous ou à une personne, ou de détériorer quelque chose que vous aimez, par exemple d'autres personnes, des animaux domestiques ou des objets ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Existe-t-il des personnes, des proches ou des personnes des services de soins et de prise en charge, qui ont abusé de vous financièrement, par exemple vous ont volé, ont pris le contrôle de votre économie ou qui ont fait pression sur vous pour obtenir de l'argent ou des objets ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Avez-vous subi des violences physiques, par exemple vous a-t-on poussé, pincé, attaché, battu ou avez-vous reçu des coups de pied ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Avez-vous subi, sous une forme ou sous une autre, des abus sexuels, par exemple que quelqu'un vous a fait des attouchements contre votre volonté, ou obligé à des actes sexuels ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Vous est-il arrivé de ne pas recevoir l'aide dont vous aviez besoin, par exemple pour prendre un médicament, aller aux toilettes, vous lever de votre lit, vous habiller ou manger/boire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Vous est-il arrivé que des proches ou le personnel de soins et de prise en charge qui devaient vous aider vous aient maltraité, par exemple vous aient mal parlé ou aient été brutaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

10. À quel point souffrez-vous aujourd'hui de ce qui vous est arrivé ? (faites une croix sur l'échelle)

