

GRILLE D'ÉVALUATION DU DANGER

IDENTITÉ DE LA VICTIME

Nom : Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Coordonnées téléphoniques où elle peut être contactée en sécurité :
(préciser les horaires et jours si besoin)

Mail où elle peut être contactée en sécurité :

FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ

Handicap physique ou mental ?
(Si oui précisez lequel)

Problème de santé éventuel ?
(Si oui précisez lequel)

Addiction éventuelle ?
(Si oui précisez laquelle)

QUESTIONS

OUI NON

		OUI	NON
INFORMATIONS SUR LA VICTIME	Êtes-vous blessé ?		
	Craignez-vous de nouvelles violences (envers vous, vos enfants, proches, etc.) ?		
	Selon vous, votre partenaire ou ancien partenaire a-t-il eu connaissance de votre projet de séparation ? Ou êtes-vous séparés ? (cherche-t-il à connaître votre lieu de résidence ?)		
	Vous sentez-vous isolé de votre famille et/ou de vos amis ?		
	Avez-vous peur pour vous et/ou pour vos enfants ? Existe-t-il un risque de représailles ?		
Êtes-vous déprimé ou vous sentez-vous « à bout », sans solution ?			
INFORMATIONS SUR L'AUTEUR	Votre partenaire ou ancien partenaire possède-t-il des armes à feu (déclarées ou non) ?		
	Votre partenaire ou ancien partenaire consomme-t-il de l'alcool, des drogues et/ou médicaments ?		
	Votre partenaire ou ancien partenaire a-t-il des antécédents psychiatriques ?		
	À votre connaissance, votre partenaire ou ancien partenaire a-t-il déjà blessé quelqu'un d'autre ? (notamment ancienne partenaire)		
	À votre connaissance, votre partenaire ou ancien partenaire a-t-il déjà eu des problèmes avec la justice ou la police ?		
	La police ou la gendarmerie est-elle déjà intervenue à votre domicile ?		
Votre partenaire ou ancien partenaire a-t-il déjà tenté ou menacé de se suicider ?			
CONTEXTE DES VIOLENCES	Votre partenaire ou ancien partenaire s'est-il déjà montré violent envers vous ?		
	La fréquence des violences a-t-elle augmenté récemment ? (violences verbales, physiques, sexuelles ou psychologiques)		
	Êtes-vous enceinte ou avez-vous un enfant de moins de deux ans ?		
	Votre partenaire ou ancien partenaire essaie-t-il de contrôler ce que vous faites (vêtements, maquillage, sortie, travail...) ?		
	Votre partenaire ou ancien partenaire exerce-t-il sur vous une surveillance quotidienne, du harcèlement moral et/ou sexuel au moyen de mails, sms, appels, messages vocaux, lettres ?		
	Vous empêche-t-il de disposer librement de votre argent, de vos documents administratifs (papiers d'identité, carte vitale...) ?		
	Êtes-vous en difficultés financières ?		
	Votre partenaire ou ancien partenaire a-t-il déjà menacé de vous tuer ou de tuer quelqu'un d'autre ? (enfant)		
A-t-il précisé de quelle manière il projetait de le faire ?			
Votre partenaire ou ancien partenaire a-t-il déjà évoqué ou commis des actes à caractère sexuel qui vous ont mis mal à l'aise, ont heurté votre sensibilité ou vous ont blessé ?			