

adressographe

**ÉVALUATION ET GESTION  
DU RISQUE DE VIOLENCE  
Clinique sur la colère et la toxicomanie**

Nom du client/patient : \_\_\_\_\_  
Nom du thérapeute : \_\_\_\_\_

Dossier médical n° \_\_\_\_\_  
Date : \_\_\_\_\_  
(jj/mm/année)

**Encerclez Oui ou Non (si oui, précisez)**

- |   | Oui | Non |
|---|-----|-----|
| 1) Idéation de violence<br>_____<br>_____   |     |     |
| 2) Menaces d'infliger aux autres des dommages corporels<br>_____<br>_____   | Oui | Non |
| 3) Intention de commettre des actes de violence ou de causer des dommages corporels<br>_____<br>_____   | Oui | Non |
| 4) Planification ou préparation en vue d'infliger des dommages corporels aux autres<br>_____<br>_____   | Oui | Non |
| 5) Accès à des armes (le cas échéant)<br>_____<br>_____   | Oui | Non |
| 6) Accès à une ou plusieurs victimes<br>_____<br>_____  | Oui | Non |
| 7) Victime ou groupe de victimes identifiables (préciser)<br>_____<br>_____   | Oui | Non |
| 8) Symptômes psychotiques (en particulier symptômes de menaces ou de neutralisation des mécanismes de contrôle)<br>_____<br>_____                 | Oui | Non |
| 9) Faible réaction au traitement (p. ex. insatisfaction ou désintéressement, séances manquées, observance thérapeutique faible)<br>_____<br>_____ | Oui | Non |

adressographe

Nom du client/patient : \_\_\_\_\_ Dossier médical n° : \_\_\_\_\_

10) Antécédents de violence similaires aux circonstances actuelles  
(p. ex. causes immédiates, victimes, méthodes) Oui Non

---

---

---

---

11) Signes d'instabilité récente dans les relations  
(rupture, niveau de conflit élevé) Oui Non

---

---

12) État d'ébriété ou d'intoxication à une drogue Oui Non

---

---

13) Colère ou humeur dysphorique Oui Non

---

---

14) Manque de compréhension du niveau et des facteurs de risques Oui Non

---

---

15) Attitudes appuyant la violence Oui Non

---

---

16) Manque de soutien personnel Oui Non

---

---

17) Jalousie sexuelle Oui Non

---

---

18) Autre(s) (préciser) Oui Non

---

---

---

---

adressographe

Nom du client/patient : \_\_\_\_\_ Dossier médical n° : \_\_\_\_\_

Évaluation du risque

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gestion du risque

Plan d'action :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Démarches effectuées :

Information d'un tiers

Si oui, qui ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Réaction du client/patient par rapport au plan d'action :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Superviseur (le cas échéant)

\_\_\_\_\_  
Nom et titres (en lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Nom et titres (en lettres moulées)