Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
Québec

Cette case doit contenir : N° dossier, nom, prénom, date de naissance, NAM, nom de la mère, prénom de la mère, nom du père, prénom du père

GUIDE D'ÉVALUATION DE LA PERSONNE À RISQUE SUICIDAIRE

À utiliser dans certains milieux spécifiques (ex. : milieux hospitaliers, services spécialisées 2-3e ligne) en fonction des procédures établies dans la direction.

Niveaux de risque ➔ / Paramètres à considérer ↓		Absent	Faible	Modéré	Élevé
Urgence suicidaire	**Idées suicidaires**	Aucune	1 fois par semaine ou moins	2 à 5 fois par semaine	Tous les jours ou presque, ou plusieurs fois par jour
	Durée des idées	Aucune	Brièvement, moins d'une heure	1 à 8 heures	Plus de 8 heures ou continuellement
	Intention suicidaire	Aucune intention d'agir	Souhaite parfois mourir sans intention d'agir	Souhaite souvent mourir avec une certaine intention d'agir	Déterminé à mourir et à agir
	Planification	N'a aucun plan	Pense à un moyen, un un lieu ou un moment sans intention de passer à l'acte	A choisi un moyen, un lieu. Moment au-delà de 24 heures ou imprévisible. Préparatifs.	Plan complet et imminent (d'ici 24 heures)
	Obsession des idées	Capable de chasser ses pensées/idées	Peu ou certaines difficultés à chasser ses pensées/idées	Beaucoup de difficulté à chasser ses pensées/idées	Incapable de chasser ses pensées/idées **Hallucinations mandatoires**
	Tension émotive	Est/se sent détendu	Est/se sent un peu ou parfois tendu	Est/se sent souvent tendu, déplaisant, mais supportable	Est/se sent toujours tendu, insupportable
	Capacité à accepter de l'aide	Agit de façon à recevoir de l'aide	Légère réticence à recevoir de l'aide, distant	Réticence modérée, garde de l'information	Refuse l'aide. Mutisme
Dangerosité	**Létalité du moyen**	Sans objet	Peu probable d'entraîner des blessures	Probabilité d'entraîner des blessures majeures	Probabilité élevée d'entraîner la mort
	Accès au moyen	Aucun	Difficile	Envisageable, réalisable	Direct, à portée de main

Facteurs additionnels

Voir évaluation en date (aaaa/mm/jj) _____

Description du plan _____

Signes avant-coureurs ☐ Message d'adieu ☐ Documents légaux (Testament) ☐ Dons des biens
☐ Rémission spontanée, euphorie ☐ Isolement ☐ Autres

☐ **Tentatives de suicide antérieures** Nombre _____ Niveau de risque : ☐ **Faible** Il y a plus de 1 an ☐ **Modéré** Entre 2 mois et 1 an ☐ **Élevé** Il y a moins de 2 mois

Si tentative de suicide récente ☐ Honte, déçu(e) ☐ Fâché(e) d'être en vie ☐ Désire répéter le geste ☐ Autre _____

☐ Idées suicidaires antérieures Fréquence _____ ☐ Gestes autodestructeurs/automutilations Nombre _____

Date (aaaa/mm/jj) _____ Événement(s) précipitant(s) _____ Moyen(s) _____

Facteurs précipitants (proximaux)

☐ Symptômes ou trouble de santé mentale _____

☐ Augmentation récente de la consommation

☐ Maladie physique/invalidante (ex. : cancer, douleur chronique)

Événements ou condition de vie difficile

☐ Échec ☐ Rupture ☐ Abus
☐ Harcèlement ☐ Intimidation ☐ Humiliation
☐ Difficultés financières ☐ Conflits juridiques ☐ Culpabilité
☐ Conflits relationnels ☐ Perte ou deuil récent ☐ Honte
☐ Circonstances périnatales ☐ Autre _____

Facteurs contribuants et prédisposants (développementaux et distaux)

☐ Déficits cognitifs ☐ Anxiété élevée
☐ Abus de substances et autres dépendances

Histoires ou conditions de vie difficiles

☐ Abus ou négligence dans l'enfance ☐ Mère adolescente
☐ Monoparentalité ☐ Isolement social
☐ Violence ☐ Impulsivité
☐ Antécédents familiaux de suicide _____

Population vulnérable

☐ Militaire ☐ Orientation sexuelle et identité de genre
☐ Minorité ethnique ☐ Détenu, ex-détenu ☐ Itinérance
☐ Déficience intellectuelle ☐ Autisme ☐ Personnes âgées
☐ Enfant/adolescent ☐ Homme ☐ Autre _____

Nom : N° dossier :

Facteurs de protection Qu'est-ce qui aide, peut aider? _____

Éléments dissuasifs, forces

☐ Identifie des raisons de vivre ☐ Croit que le suicide est immoral ☐ Grande spiritualité ☐ Soutien social perçu comme significatif/soutenant

☐ Famille ou réseau impliqué et se tient responsable ☐ Autre _____

Nom _____ Lien _____ Coordonnées _____

☐ Peur de la mort ou de mourir en douleur et souffrance ☐ Engagé dans son travail ou à l'école ☐ Autres _____

Date _____ (aaaa/mm/jj) Heure _____ (hh:mm) Signature _____

	1. Date aaaa/mm/jj		Heure hh:mm		2. Date aaaa/mm/jj		Heure hh:mm		3. Date aaaa/mm/jj		Heure hh:mm	
	Absent	**Faible**	**Modéré**	**Élevé**	**Absent**	**Faible**	**Modéré**	**Élevé**	**Absent**	**Faible**	**Modéré**	**Élevé**
Idées suicidaires												
Durée des idées												
Intention suicidaire												
Planification												
Obsession des idées												
Tension émotive												
Accepter de l'aide												
Létalité												
Accès au moyen												
Facteurs additionnels												
Niveau de risque global												
Signature												

	4. Date aaaa/mm/jj		Heure hh:mm		5. Date aaaa/mm/jj		Heure hh:mm		6. Date aaaa/mm/jj		Heure hh:mm	
	Absent	**Faible**	**Modéré**	**Élevé**	**Absent**	**Faible**	**Modéré**	**Élevé**	**Absent**	**Faible**	**Modéré**	**Élevé**
Idées suicidaires												
Durée des idées												
Intention suicidaire												
Planification												
Obsession des idées												
Tension émotive												
Accepter de l'aide												
Létalité												
Accès au moyen												
Facteurs additionnels												
Niveau de risque global												
Signature												

Date (aaaa/mm/jj)						
Heure (hh:mm)						
Élevé						
Modéré						
Faible						
Absent						
Signature						

Références : CIUSSS de l'Ouest-de-l'île-de-Montréal (2019). Guide d'évaluation de la personne à risque suicidaire.