

GRILLE DE DÉPISTAGE DE LA PROBLÉMATIQUE SUICIDAIRE

Mise en garde

La grille de dépistage de la problématique suicidaire doit être passée lorsque le jeune (**12 ans et plus**) est disponible mentalement et physiquement. Si le jeune est agité, confus ou en état de consommation le rendant non disponible, assurez-vous que la grille soit effectuée par vous ou par un autre intervenant, dès que possible, c'est-à-dire, dès que le jeune est calme et disposé à le faire.

Collaboration du jeune Oui Non

1. Qu'est-ce qui est difficile pour toi actuellement? (cocher les catégories pertinentes)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Problèmes familiaux | <input type="checkbox"/> Problèmes amoureux | <input type="checkbox"/> Problèmes de santé mentale |
| <input type="checkbox"/> Problèmes scolaires | <input type="checkbox"/> Problèmes reliés au placement | <input type="checkbox"/> Problèmes de santé physique |
| <input type="checkbox"/> Mesures disciplinaires | <input type="checkbox"/> Dettes (jeu, drogue) | <input type="checkbox"/> Accumulation d'événements négatifs |
| <input type="checkbox"/> Problèmes relationnels | <input type="checkbox"/> Toxicomanie, alcoolisme | <input type="checkbox"/> Suicide d'un proche |
| <input type="checkbox"/> Problèmes affectifs | <input type="checkbox"/> Abus physique, abus sexuel | <input type="checkbox"/> Décès d'un proche, d'un ami |
| <input type="checkbox"/> Perte d'emploi | <input type="checkbox"/> Harcèlement, intimidation | <input type="checkbox"/> Dépendance (jeu, cyberdépendance) |
| <input type="checkbox"/> Événement humiliant | <input type="checkbox"/> Échec touchant les raisons de vivre | |

Préciser au besoin _____

2. Penses-tu au suicide actuellement? (Si NON, passer à la question 8)

- Non Oui

3. As-tu pensé au moyen pour le faire?

- Non Oui – Quoi? Préciser _____

4. As-tu accès à ce moyen actuellement ou sais-tu comment te le procurer?

- Non Oui

5. As-tu pensé à quel endroit tu le ferais?

- Non Oui – Où? Préciser _____

6. As-tu déterminé une date ou un moment où tu le ferais?

- Non Oui – Quand?
 D'ici quelques jours Au cours des prochaines semaines Au cours des prochains mois

7. Qu'est-ce qui pourrait précipiter ton passage à l'acte?

Préciser _____

Nom :

Prénom :

Dossier :

8. As-tu pensé au suicide dans les trois (3) derniers mois?

- Non Oui

Si OUI, qu'est-ce qui était difficile pour toi à ce moment-là?

9. As-tu déjà fait une tentative de suicide? (Si la réponse est non, veuillez passer directement à la question 17)

- Non Oui

Si OUI, quand et qu'est-ce qui était difficile pour toi à ce moment-là?

10. Où étais-tu lorsque tu as tenté de te suicider?

- À la maison Dans ma famille d'accueil Au foyer de groupe
 Au centre de réadaptation Dans un lieu public À l'école
 Autre Préciser _____

11. Quel moyen avais-tu utilisé?

12. Qu'est-ce que tu as trouvé comme solution à ce moment? (cocher les catégories pertinentes)

- En parler à un ami En parler à mon copain ou ma copine
 En parler à ma mère En parler à un professionnel
 En parler à mon père Ressource communautaire (exemple : C.P.S., Tel-Jeunes, etc.)
 En parler à mon frère ou ma sœur Consommation de drogue ou d'alcool
 Autres Préciser _____

13. As-tu demandé de l'aide?

- Non Oui – À qui? Parents Intervenant psychosocial Médecin
 Ami(es) Intervenant scolaire Policier
 Éducateurs Intervenant d'une ressource Famille d'accueil
 Autres Préciser _____

14. Étais-tu en accord et volontaire avec l'aide reçue?

- Non Oui

15. Présentement, serais-tu en accord pour recevoir de l'aide?

- Non Oui

16. As-tu fais d'autres tentatives de suicide?

- Non Oui

Si OUI, à combien de reprises et dans quel(s) contexte(s)? :

17. Es-tu en état de consommation actuellement?

- Non Oui

Si OUI, qu'as-tu consommé? _____

18. As-tu consommé dans les 48 dernières heures?

- Non Oui

Si OUI, qu'as-tu consommé? _____

Légende : C.P.S. : Centre de prévention du suicide

CN00190 (2019-03-19)

GRILLE DE DÉPISTAGE DE LA PROBLÉMATIQUE SUICIDAIRE

19. Es-tu capable

- A. D'accepter un délai? Oui Non Ne sait pas
- B. De prendre le temps de réfléchir avant d'agir? Oui Non Ne sait pas
- C. De contrôler ton agressivité? Oui Non Ne sait pas
- D. De contrôler ta consommation? Oui Non Ne sait pas

20. À qui peux-tu te confier?

Préciser _____

21. Est-ce que tu connais quelqu'un qui a déjà fait une tentative de suicide ou qui s'est suicidé?

- Non Oui

Si OUI, remplir la section suivante à partir des catégories ci-dessous.

Qui? Lien avec le jeune	Quoi? Événement	Qu'a-t-il fait? Moyen	Que vivait-il de difficile? Contexte
• Père	• Suicide	• Intoxication	• Problèmes familiaux
• Mère	• Tentative	• Pendaison — autostrangulation	• Toxicomanie, alcoolisme
• Frère		• Lacération — automutilation	• Problèmes liés à son placement
• Sœur		• Arme à feu	• Problèmes amoureux
• Beau-père		• Noyade	• Accumulation d'événements négatifs
• Belle-mère		• S'est jeté devant une vitrine	• Problèmes relationnels
• Oncle		• S'est lancé dans le vide	• Problèmes scolaires
• Tante		• S'est lancé devant une auto	• Mesures disciplinaires
• Grand-père		• Ne sait pas	• Suicide d'un proche
• Grand-mère		• Autre – préciser :	• Abus physique — sexuel
• Ami			• Problèmes de santé mentale
• Autre – préciser :			• Problèmes de santé physique
			• Décès d'un proche/ami
			• Problèmes financiers
			• Autre – préciser :

	Qui?	Quoi?	Qu'a-t-il fait?	Que vivait-il de difficile?
a)	_____	_____	_____	_____
b)	_____	_____	_____	_____
c)	_____	_____	_____	_____
d)	_____	_____	_____	_____
e)	_____	_____	_____	_____

Nom :

Prénom :

Dossier :

22. Y-a-t-il une ou des personnes dans ta famille qui sont suivies en psychiatrie ou qui souffrent de problèmes de santé mentale?

- Non
 Oui
 Ne sait pas

Si OUI, remplir la section suivante à partir des catégories ci-dessous.

Qui? Lien avec le jeune	De quel type de troubles mentaux souffre-t-elle? (voir ci-dessous)
• Père	• Dépression
• Mère	• Troubles anxieux
• Frère	• Schizophrénie
• Sœur	• Troubles limites
• Beau-père	• Troubles bipolaires
• Belle-mère	• Autre – préciser :
• Oncle	
• Tante	
• Grand-père	
• Grand-mère	
• Autre – préciser :	

Qui?

De quel type de troubles mentaux souffre-t-elle?

- a) _____
 b) _____
 c) _____
 d) _____
 e) _____

23. Y-a-t-il de la violence ou des problèmes d'alcool ou de drogue dans ta famille?

- Non
 Oui – Quoi?
 Violence physique
 Violence psychologique
 Violence sexuelle
 Drogue
 Alcool

SYNTHÈSE

Résumé de la situation

Opinion clinique de l'intervenant

Suite à donner

Date _____ Signature _____
aaaa/mm/jj

Date _____ Nom de l'intervenant _____
aaaa/mm/jj