



---

# Activités de suivi et contacts réguliers après une tentative de suicide

Résumé des données probantes sur les soins  
offerts aux survivants d'une tentative de suicide

Commission de la santé mentale du Canada

[commissionsantementale.ca](http://commissionsantementale.ca)

## Remerciements

Ce document a été préparé par la Commission de la santé mentale du Canada. La commission souhaite remercier Dr. Cécile Bardon, Université du Québec à Montréal; Dr. Paul Links, Université McMaster; et Dr. Brian Mishara, Université du Québec à Montréal d'avoir révisé ce document.



Les points de vue présentés ici représentent uniquement les points de vue de la Commission de la santé mentale du Canada. Le présent matériel a été produit grâce à la contribution financière de Santé Canada.

## Points clés

1. Une tentative de suicide antérieure est un des facteurs prédictifs les plus importants d'un comportement suicidaire futur.
2. Le risque de comportements suicidaires ou de tentative répétée de suicide est le plus élevé au cours des semaines et des mois qui suivent un congé d'un service d'urgence ou d'une hospitalisation.
3. Un plan postérieur au congé, y compris des contacts réguliers avec le patient de 24 à 72 heures après le congé, est recommandé en tant que pratique exemplaire.
4. Les plans postérieurs au congé devraient être établis en collaboration avec le patient et idéalement inclure la famille et les amis (le consentement peut être soit implicite ou exigé, selon la situation).
5. Des contacts réguliers devraient être maintenus sur une période allant jusqu'à deux ans après le congé, la fréquence étant déterminée selon l'évolution du patient.

## Contexte

Chaque année au Canada, 4 000 personnes meurent par suicide<sup>1</sup>. Bien que les comportements suicidaires soient influencés par une combinaison de facteurs biologiques, psychosociaux, sociaux, culturels, spirituels, économiques et environnementaux, les recherches indiquent qu'une tentative de suicide antérieure et les comportements de violence auto-infligée comptent parmi les facteurs prédictifs les plus importants d'une future tentative de suicide ou de décès par suicide<sup>2-5</sup>. Puisque ce risque est le plus élevé au cours des semaines et des mois qui suivent le congé d'un service d'urgence ou d'une hospitalisation, un traitement d'urgence et des soins de suivi appropriés sont essentiels.<sup>6-9</sup>

## Statistiques pertinentes

- En 2016, 3,1 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus ont indiqué avoir déjà fait une tentative de suicide.<sup>10</sup>
- Un tiers des personnes qui cherchent de l'aide auprès d'un service d'urgence pour des raisons de santé mentale reçoivent leur congé sans qu'aucun suivi ne soit fait<sup>11</sup>.
- Près de 25 % des décès par suicide se produisent moins d'un an après un congé des services de santé<sup>12,13</sup>.
- Les taux de suicide chez les patients ayant reçu leur congé d'hôpital n'ont pas changé au cours des 50 dernières années<sup>14</sup>.
- Jusqu'à 70% des personnes qui survivent à une tentative de suicide ne se présentent pas à leur premier rendez-vous clinique externe<sup>15,16</sup>.

## Soins de suivi

Différentes interventions de suivi et de contacts réguliers (également appelées contacts « actifs ») permettent d'assurer la continuité des soins<sup>17</sup>. Bien que d'autres recherches soient nécessaires pour déterminer l'impact des suivis dans la réduction des comportements suicidaires et des décès par suicide, ces contacts s'annoncent prometteurs pour réduire les comportements de violence auto-infligée et accroître l'adhésion au traitement<sup>18</sup>.

Les modèles de pratiques exemplaires appuient l'importance d'établir un plan de suivi postérieur au congé pour les personnes à risque élevé de suicide<sup>19-23</sup>. Pour les patients admis précédemment en soins hospitaliers ou dirigés par un service d'urgence vers des services externes, les plans de suivi devraient permettre de s'assurer que le patient est contacté dans un délai de 24 à 72 heures après son congé<sup>24-28</sup>. Des contacts réguliers (p. ex. téléphone, texto, lettre, carte postale, visite à domicile, courriel) peuvent être faits par un bénévole, un intervenant non spécialisé, un professionnel de la santé non spécialisé, ou un professionnel des soins de santé spécialisé lors d'un rendez-vous de suivi<sup>29-32</sup>. Selon l'Organisation mondiale de la santé, des contacts réguliers devraient être maintenus jusqu'à deux ans après le congé, la fréquence étant fondée sur l'état du patient (tel que déterminé par un professionnel de la santé). Par exemple, conformément au plan de soins, des contacts de suivi peuvent avoir lieu tous les jours ou toutes les semaines au cours des deux premiers mois, toutes les deux à quatre semaines pour le reste de la première année, puis deux fois au cours de la deuxième année. Mais puisque la fréquence dépend de la situation du patient, chaque contact devrait inclure une évaluation des pensées suicidaires (et une modification du plan de traitement au besoin)<sup>33</sup>. Certaines organisations recommandent aussi d'inclure les centres de crise dans les soins de suivi<sup>34,35</sup>.

Les chercheurs recommandent de négocier avec le patient les plans postérieurs au congé afin de l'amener à l'accepter et à le respecter, et de s'assurer de leur confidentialité au cours de la période de suivi<sup>36-39</sup>. Avec le consentement du patient, la famille et les amis devraient aussi participer à l'intervention<sup>40-43</sup>. Puisque la famille et les amis sont souvent la principale source de soutien (et peuvent ainsi aider à s'assurer que les rendez-vous de suivi sont respectés), des renseignements pertinents devraient leur être fournis (p. ex. sur le risque accru de suicide après le congé, les services et les ressources locaux disponibles, les mesures de soutien à prendre, et la façon de créer un environnement sécuritaire pour la personne)<sup>44-47</sup>. La question portant sur comment prendre soin de soi pourrait aussi être abordé avec le réseau de soutien du patient puisque ces personnes pourraient porter une lourde responsabilité, surtout si le patient a déjà eu des comportements suicidaires par le passé. En ce qui concerne le consentement, l'Association canadienne de protection médicale considère qu'un patient qui accepte une référence vers un programme en consultation externe consent implicitement au partage de renseignements avec le programme puisqu'il est maintenant à l'intérieur de son cercle de soins<sup>48</sup>.

## Pour de plus amples renseignements :

Le [Resource Centre for Suicide Prevention](#), le [Black Dog Institute](#), la [National Action Alliance for Suicide Prevention](#) et l'[Organisation mondiale de la Santé](#) ont tous publié des guides et des cadres de pratiques

exemplaires soulignant la nécessité de faire un suivi postérieur au congé et d'établir des contacts réguliers. L'annexe 1 présente une liste non-exhaustive des modèles et des cadres accessibles au public.

## Références

- <sup>1</sup> Agence de la santé publique du Canada (2019). *Données sur le suicide au Canada (infographique)*. Consulté le 26 novembre 2019 sur le site <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/donnees-suicide-canada-infographique.html>.
- <sup>2</sup> Agence de la santé publique du Canada (2016). *Travailler ensemble pour prévenir le suicide au Canada : Cadre fédéral de prévention du suicide*. Consulté sur le site <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/cadre-federal-prevention-suicide.html>.
- <sup>3</sup> Inagaki, M., Kawashima, Y., Kawanishi, C., Yonemoto, N., Sugimoto, T., Furuno, T., . . Yamada, M. (2015). Interventions to prevent repeat suicidal behavior in patients admitted to an emergency department for a suicide attempt: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 175, 66-78. doi:10.1016/j.jad.2014.12.048
- <sup>4</sup> Inagaki, M., Kawashima, Y., Yonemoto, N., et Yamada, M. (2019). Active contact and follow-up interventions to prevent repeat suicide attempts during high-risk periods among patients admitted to emergency departments for suicidal behavior: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 19(1), Article 44. doi:10.1186/s12888-019-2017-7.
- <sup>5</sup> Organisation mondiale de la Santé. (2014). *Prévention du suicide : L'état d'urgence mondiale*. Consulté sur le site [https://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/fr/](https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/fr/).
- <sup>6</sup> Inagaki, M., Kawashima, Y., Yonemoto, N., et Yamada, M. (2019). Active contact and follow-up interventions to prevent repeat suicide attempts during high-risk periods among patients admitted to emergency departments for suicidal behavior.
- <sup>7</sup> Christiansen, E., et Jensen, B.F. (2007). Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: A register-based survival analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, 257-265. <https://doi.org/10.1080/00048670601172749>.
- <sup>8</sup> Chung, D.T., Ryan, C.J., Hadzi-Pavlovic, D., Singh, S.P., Stanton, C., et Large, M.M. (2017). Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 74, 694-702. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.1044.
- <sup>9</sup> Large, M., Sharma, S., Cannon, E., Ryan, C., et Nielsens, O. (2011). Risk factors for suicide within a year of discharge from psychiatric hospital: A systematic meta-analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45, 619-628. doi:10.3109/00048674.2011.590465.
- <sup>10</sup> Agence de la santé publique du Canada (2019). *Données sur le suicide au Canada : (infographique)*.
- <sup>11</sup> Commission de la santé mentale du Canada, (2018). *Recherche sur le suicide et sa prévention : Ce que révèlent les données probantes et sujets de travaux de recherche ultérieurs*. Consulté sur le site <https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/ce-que-nous-faisons/prevention-du-suicide>.
- <sup>12</sup> Commission de la santé mentale du Canada, (2018). *Recherche sur le suicide et sa prévention*.
- <sup>13</sup> Knesper, D.J. (2011). *Continuity of care for suicide prevention and research: Suicide attempts and suicide deaths subsequent to discharge from the emergency department or psychiatry inpatient unit*. Consulté sur le site du Suicide Prevention Resource Center : <http://www.sprc.org/sites/default/files/migrate/library/continuityofcare.pdf>
- <sup>14</sup> Chung, D.T., Ryan, C.J., Hadzi-Pavlovic, D., Singh, S.P., Stanton, C., et Large, M.M. (2017). Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: A systematic review and meta-analysis.
- <sup>15</sup> National Suicide Prevention Lifeline. (sans date). *Follow-up care supports the transition of individuals who are in suicidal crisis as they continue their journey towards recovery*. Consulté sur le site <https://followupmatters.suicidepreventionlifeline.org/follow-up-starts-here/>
- <sup>16</sup> Knesper, D.J. (2011). *Continuity of care for suicide prevention and research: Suicide attempts and suicide deaths subsequent to discharge from the emergency department or psychiatry inpatient unit*.
- <sup>17</sup> Suicide Prevention Resource Center. (2013). *Continuity of care for suicide prevention: The role of emergency departments*. Consulté sur le site [http://www.sprc.org/sites/default/files/migrate/library/ContinuityCare\\_Suicide\\_Prevention\\_ED.pdf](http://www.sprc.org/sites/default/files/migrate/library/ContinuityCare_Suicide_Prevention_ED.pdf)
- <sup>18</sup> Inagaki, M., Kawashima, Y., Yonemoto, N., et Yamada, M. (2019).

- 
- <sup>19</sup> National Suicide Prevention Lifeline. (sans date). *Follow-up care supports the transition of individuals who are in suicidal crisis as they continue their journey towards recovery.*
- <sup>20</sup> Suicide Prevention Resource Center. (2013). *Continuity of care for suicide.*
- <sup>21</sup> Black Dog Institute. (sans date). *Improving emergency and follow-up care.* Consulté sur le site [https://www.blackdoginstitute.org.au/docs/default-source/lifespan/lifespan-strategy-summaries-research-summaries/lifespan\\_emergency\\_and\\_followup\\_care\\_research\\_summary.pdf?sfvrsn=8](https://www.blackdoginstitute.org.au/docs/default-source/lifespan/lifespan-strategy-summaries-research-summaries/lifespan_emergency_and_followup_care_research_summary.pdf?sfvrsn=8)
- <sup>22</sup> Hill, N.T.M., Halliday, L., et Reavley, N.J. (2017). *Guidelines for integrated suicide-related crisis and follow-up care in emergency departments and other acute settings.* Consulté sur le site du Blackdog Institute : [https://www.blackdoginstitute.org.au/docs/default-source/lifespan/delphi-guidelines-clinical-summary\\_web.pdf?sfvrsn=0](https://www.blackdoginstitute.org.au/docs/default-source/lifespan/delphi-guidelines-clinical-summary_web.pdf?sfvrsn=0)
- <sup>23</sup> Organisation mondiale de la Santé. (2016). Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées. Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale – Version 2.0. Consulté sur le site <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274363/9789242549799-fre.pdf?ua=1>
- <sup>24</sup> National Suicide Prevention Lifeline. (sans date).
- <sup>25</sup> Suicide Prevention Resource Center. (2013).
- <sup>26</sup> Black Dog Institute. (sans date). *Improving emergency and follow-up care.*
- <sup>27</sup> Organisation mondiale de la Santé. (2016). Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées.
- <sup>28</sup> Knesper, D.J. (2011).
- <sup>29</sup> National Suicide Prevention Lifeline. (sans date).
- <sup>30</sup> Suicide Prevention Resource Center. (2013).
- <sup>31</sup> Black Dog Institute. (sans date).
- <sup>32</sup> Organisation mondiale de la Santé. (2016).
- <sup>33</sup> Organisation mondiale de la Santé. (2016).
- <sup>34</sup> Suicide Prevention Resource Center. (2013).
- <sup>35</sup> Murphy, G., Draper, J., et McKeon, R. (2010). *Following up with individuals at high risk for suicide: Developing a model for crisis hotline and emergency department collaboration.* Consulté sur le site <https://suicidepreventionlifeline.org/wp-content/uploads/2016/09/Lifeline-Crisis-Center-ED-Paper-1.6.pdf>
- <sup>36</sup> Suicide Prevention Resource Center. (2013).
- <sup>37</sup> Black Dog Institute. (sans date).
- <sup>38</sup> National Action Alliance for Suicide Prevention. (2018). *Recommended standard care for people with suicide risk: Making health care suicide safe.* Consulté sur le site [https://theactionalliance.org/sites/default/files/action\\_alliance\\_recommended\\_standard\\_care\\_final.pdf](https://theactionalliance.org/sites/default/files/action_alliance_recommended_standard_care_final.pdf)
- <sup>39</sup> Hill, N.T.M., Halliday, L., et Reavley, N.J. (2017). *Guidelines for integrated suicide-related crisis and follow-up care in emergency departments and other acute settings.*
- <sup>40</sup> National Suicide Prevention Lifeline. (sans date).
- <sup>41</sup> Suicide Prevention Resource Center. (2013).
- <sup>42</sup> National Action Alliance for Suicide Prevention. (2018). *Recommended standard care for people with suicide risk: Making health care suicide safe.*
- <sup>43</sup> Hill, N.T.M., Halliday, L., et Reavley, N.J. (2017).
- <sup>44</sup> Suicide Prevention Resource Center. (2013).
- <sup>45</sup> Hill, N.T.M., Halliday, L., et Reavley, N.J. (2017).
- <sup>46</sup> National Action Alliance for Suicide Prevention. (2018).
- <sup>47</sup> Hill, N.T.M., Halliday, L., et Reavley, N.J. (2017).
- <sup>48</sup> Association canadienne de protection médicale. (sans date). *Protection des renseignements personnels et confidentialité Protection des renseignements sur le patient* Consulté sur le site [https://www.cmpa-acpm.ca/serve/docs/ela/goodpracticesguide/pages/communication/Privacy\\_and\\_Confidentiality/circle\\_care-f.html](https://www.cmpa-acpm.ca/serve/docs/ela/goodpracticesguide/pages/communication/Privacy_and_Confidentiality/circle_care-f.html)

## Annexe 1. Modèles, cadres et ressources postérieurs au congé

<b>Follow-Up Matters—Supports the transition of individuals in suicidal crisis as they continue their journey toward recovery</b>	
<b>Source</b>	<a href="#">National Suicide Prevention Lifeline</a> (États-Unis)
<b>Description</b>	<a href="#">Site Web</a> qui traite des défis associés au congé d’hôpital, en collaboration avec des services d’écoute téléphonique, ainsi que des processus et des types de suivi.
<b>Continuity of Care for Suicide Prevention: The Role of Emergency Departments</b>	
<b>Source</b>	<a href="#">Suicide Prevention Resource Center</a> (États-Unis)
<b>Description</b>	<a href="#">Document</a> de 2013 fondé sur le <a href="#">rapport</a> de 2011 intitulé <i>Continuity of Care for Suicide Prevention</i> sur le rôle des services d’urgence pour assurer la continuité des soins. Les recommandations traitent de l’évaluation initiale, de la condition du patient et des options de traitement, de la planification du congé, des services de suivi, du suivi après le congé, de l’expérience du fournisseur de soins, et de la formation.
<b>LifeSpan Integrated Suicide Prevention—Improving Emergency and Follow-Up Care</b>	
<b>Source</b>	<a href="#">Black Dog Institute</a> (Australie)
<b>Description</b>	<a href="#">Document</a> sur les soins d’urgence et de suivi traitant des données probantes appuyant les interventions recommandées, notamment les contacts brefs, le suivi coordonné actif, la thérapie brève combinée aux contacts brefs, et les traitements fondés sur des données probantes. Il présente aussi des comptes rendus et évalue les sites d’essais cliniques LifeSpan de la Nouvelle-Galles-du-Sud.
<b>Preventing Suicide: A Technical Package of Policy, Programs, and Practices</b>	
<b>Source</b>	<a href="#">Centers for Disease Control and Prevention, Violence Prevention Division</a> (États-Unis)
<b>Description</b>	<a href="#">Rapport</a> de 2017 sur les politiques, les programmes et les pratiques de prévention du suicide (voir les données probantes et les programmes sur les contacts de suivi aux pages 38 et 39).
<b>Following Up with Individuals at High Risk for Suicide: Developing a Model for Crisis Hotline and Emergency Department Collaboration</b>	
<b>Source</b>	<a href="#">National Suicide Prevention Lifeline</a> (États-Unis)
<b>Description</b>	<a href="#">Document</a> de 2010 portant sur la collaboration entre les services d’urgence et les services d’écoute téléphonique. Les données probantes sur le risque de suicide après le congé d’hôpital sont abordées, ainsi que les obstacles potentiels, les questions de responsabilité, et les avantages du modèle de collaboration des centres de crise des services d’urgence. Les annexes incluent des exemples de modèles.

---

**Continuity of Care for Suicide Prevention and Research: Suicide Attempts and Suicide Deaths Subsequent to Discharge from an Emergency Department or an Inpatient Psychiatry Unit**

---

<b>Source</b>	<a href="#">Suicide Prevention Resource Center</a> (États-Unis)
<b>Description</b>	<a href="#">Rapport</a> de 2010 qui examine la documentation disponible et résume les données probantes comme fondement de recommandations de politiques et de pratiques. Recense aussi d'importantes lacunes dans les connaissances et propose des façons de les combler.

---

**Guidelines for Integrated Suicide-Related Crisis and Follow-Up Care in Emergency Departments and Other Acute Settings**

---

<b>Source</b>	<a href="#">Black Dog Institute</a> (Australie)
<b>Description</b>	<a href="#">Lignes directrices</a> de 2017 conçues pour guider la planification des services et aider le personnel à travailler de façon plus efficace et compatissante auprès des personnes à risque de se suicider.

---

**Recommended Standard Care for People with Suicide Risk: Making Health Care Suicide Safe**

---

<b>Source</b>	<a href="#">National Action Alliance for Suicide Prevention</a> (États-Unis)
<b>Description</b>	<a href="#">Guide</a> de 2018 conçu pour aider les organisations à identifier et à soutenir les personnes à risque de suicide et à aider les militants travaillant dans les hôpitaux et les cliniques à les rendre plus sûres. Décrit aussi les lacunes en matière de soins de santé qui contribuent aux décès par suicide, résume les solutions recommandées, et fournit des renseignements sur les ressources pour de meilleurs soins.

---

**Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées. Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale – Version 2.0.**

---

<b>Source</b>	<a href="#">Organisation mondiale de la Santé</a>
<b>Description</b>	<a href="#">Guide</a> de 2016 qui présente un aperçu et un arbre décisionnel sur l'évaluation, la gestion et le suivi en lien avec les comportements de violence auto-infligée pour les professionnels des soins de santé spécialisés. (Le sujet de violence auto-infligée est abordé aux pages 131 à 140.)

---





Commission de  
la santé mentale  
du Canada

Mental Health  
Commission  
of Canada



## Commission de la santé mentale du Canada

Bureau 1210, 350 rue Albert  
Ottawa, ON K1R 1A4

Tel : 613.683.3755  
Fax : 613.798.2989

[infocsmc@commissionsantementale.ca](mailto:infocsmc@commissionsantementale.ca)  
[www.commissionsantementale.ca](http://www.commissionsantementale.ca)

[@CSMC\\_MHCC](https://twitter.com/CSMC_MHCC) [f/theMHCC](https://www.facebook.com/theMHCC) [/1MHCC](https://www.youtube.com/channel/UC1MHCC) [@theMHCC](https://www.instagram.com/theMHCC)

[in/Commission de la santé mentale du Canada](https://www.linkedin.com/company/commission-de-la-santé-mentale-du-canada)