

ÉTAT DES PRATIQUES

Pratiques de suivi étroit auprès des
personnes présentant un risque
suicidaire à la sortie de l'hôpital : défis
rencontrés et pistes de solution

Une production de l'Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux (INESSS)

Direction de l'évaluation et du soutien à
l'amélioration des modes d'interventions –
services sociaux et santé mentale



Pratiques de suivi étroit auprès des personnes présentant un risque suicidaire à la sortie de l'hôpital : défis rencontrés et pistes de solution

Rédaction

Sophie Bernard
Sophie Léveillé
Isabelle Toupin

Collaboration

Sybille Saury

Coordination scientifique

Isabelle Boisvert

Direction

Marie-Claude Sirois
Anne Chamberland

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Membres de l'équipe de projet

Auteures principales - professionnelles scientifiques

Sophie Bernard, M. Sc.
Sophie Léveillé, M. A.
Isabelle Toupin, Ph. D.

Collaboratrice interne - professionnelle scientifique

Sybille Saury, M. Sc.

Coordonnatrice scientifique

Isabelle Boisvert, Ph. D.

Adjointe à la direction

Anne Chamberland, M.S.S.

Directrice

Marie-Claude Sirois, M. Sc. ps.éd., M. Sc. Adm.

Repérage de l'information scientifique

Vicky Tessier, M.S.I., M.A. litt. comp.

Service de documentation

Bin Chen, techn. docum.

Soutien administratif

Marie-Michelle Mongeau

Équipe de l'édition

Jean Talbot
Nathalie Vanier

Sous la coordination de
Catherine Olivier, Ph. D.

Avec la collaboration de
Josée De Angelis, révision linguistique
Traductions Alain Gélinas inc., traduction

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2024
ISBN 978-2-550-98857-1 (PDF)

Tous droits réservés
© Gouvernement du Québec, 2024

Ce document peut être utilisé, reproduit, imprimé, partagé et communiqué, en tout ou en partie, à des fins non commerciales, éducatives ou de recherche uniquement, à condition que l'INESSS soit dûment mentionné comme source. Les photos, images, figures ou citations peuvent être associées à des droits d'auteur spécifiques et nécessitent une autorisation de la part de l'INESSS avant utilisation. Tout autre usage de cette publication, y compris sa modification en tout ou en partie ou visant des fins commerciales, doit faire l'objet d'une autorisation préalable de l'INESSS. Une autorisation peut être obtenue en formulant une demande à droitdauteur@inesss.qc.ca.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Pratiques de suivi étroit auprès des personnes présentant un risque suicidaire à la sortie de l'hôpital : défis rencontrés et pistes de solution. État des pratiques rédigé par Sophie Bernard, Sophie Léveillé et Isabelle Toupin. Québec, Qc : INESSS; 2024. 35 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Lectrice et lecteurs externes

Pour ce rapport les lecteurs externes sont :

René Cloutier, directeur général, Confédération des associations de proches en santé mentale du Québec (CAP santé mentale)

Sandra Lord, conseillère cadre soutien à la pratique, Direction des services multidisciplinaires et à la communauté, Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Outaouais

Brian Mishara, professeur, Département du psychologie, Université du Québec à Montréal

Participant·es et participants aux consultations

Pour ce rapport les participant·es et participants aux consultations sont :

Kathleen Albert, travailleuse sociale à l'urgence, Hôpital régional de Rimouski, Direction des programmes en santé mentale et dépendance (DPSMD) – Service d'accueil, d'analyse, d'orientation et de référence (AAOR), CISSS du Bas-Saint-Laurent

Catherine Boily, cheffe du programme jeunes en difficulté, Direction du programme jeunesse, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Annick Boissonneault, cheffe de services sociaux généraux (AAOR, liaison, 811-2), secteur Val-d'Or, CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

Karine Bourck, coordonnatrice clinique, Service social en CH, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Cynthia Brideau, infirmière de liaison, Urgence psychiatrique, Hôpital Pierre-Le Gardeur, CISSS de Lanaudière

Geneviève Brisson, coordonnatrice interprofessionnelle, Hôpital Pierre-Le Gardeur, CISSS de Lanaudière

Gloria Capaz, spécialiste en activités cliniques, Direction du soutien à domicile (SAD) en milieu hospitalier, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Sara-Ève Charrette-Duchesneau, directrice adjointe, Direction des services multidisciplinaires, CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

Caroline Côté, cheffe d'administration des programmes des services psychosociaux généraux et santé mentale adulte première ligne, Réseau local de services (RLS) Sud de Lanaudière, CISSS de Lanaudière

Nathalie Desmeules, travailleuse sociale et coordonnatrice professionnelle, Services sociaux généraux, CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean

Karine Desrosiers, cheffe de service intérimaire, Équipe mobile Résolution et centre de crise Émile-Nelligan, Direction des programmes santé mentale, dépendance et itinérance (DPSMDI), CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Julie Dionne, travailleuse sociale, Direction des programmes en santé mentale et dépendance (DPSMD) – Service d'accueil, d'analyse, d'orientation et de référence (AAOR), CISSS du Bas-Saint-Laurent – Installation du Témiscouata

Caroline Dufresne, coordonnatrice des programmes de santé mentale, services hospitaliers et cliniques externes de psychiatrie, Direction du programme santé mentale et dépendance, CISSS de Lanaudière

Audrey Fortin, psychologue et neuropsychologue, Chargée de projet en prévention du suicide, équipe de deuxième ligne en santé mentale, CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean

Joanie Fouquereau-Blais, ergothérapeute et cheffe d'équipe Connec-T, Institut universitaire en santé mentale de Montréal, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Rosa Herrera, psychologue et cheffe d'équipe Clinique de pédopsychiatrie, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Julie Jalbert, directrice générale et responsable clinique – Centre de prévention du suicide du KRTB

Patrick Lamoureux, agent de planification, de programmation et de recherche, direction des services professionnels – Soutien à la pratique professionnelle et aux programmes (SPPP), CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

Laurence Le Brun, coordonnatrice interprofessionnelle, Info-social 811, CISSS de Lanaudière

Nathalie Marchiori, conseillère cadre à la pratique professionnelle, Direction des services multidisciplinaires, CISSS de Lanaudière

Mario Mathieu, psychologue, Direction des programmes en santé mentale et en dépendance, santé mentale adulte et première ligne, CISSS de Lanaudière

Mélanie Rocher, cheffe de service de la salle d'urgence et des soins intensifs de Val-d'Or, CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

Alexandre Simard, agent de planification, de programmation et de recherche en prévention du suicide, Direction des services multidisciplinaires, CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean

Kate Villeneuve, infirmière de liaison, Urgence psychiatrique, Hôpital de Chicoutimi, CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean

Louise Vincent, spécialiste en activités, Équipe mobile Résolution et centre de crise Émile-Nelligan, Direction des programmes santé mentale, dépendance et itinérance (DPSMDI), CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Panel des usagers et des proches de la DESA

Pour ce rapport, les membres du Panel des usagers et des proches de la DESA consultés sont :

Julie Bergeron

Simon Courtemanche

Angela Fragasso

Denis Lefebvre

Louis Lochhead

Yvon Massicotte

Autres contributions

L'Institut tient à aussi à remercier les personnes suivantes qui ont contribué à la préparation de ce rapport en fournissant soutien, information et conseils clés :

Sergio Cortez Ghio

Olivier Demers-Payette

Anne-Josée Guimond

Frédéric Kuzminski

Claire-Marie Legendre

Houssein Missaoui

Catherine Olivier

Déclaration d'intérêts

Les personnes consultées et les membres du Panel des usagers déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts ou de rôles relatif à l'objet de l'évaluation.

Les lecteurs externes qui ont déclaré un conflit d'intérêts sont mentionnés ci-dessous :

- René Cloutier : Il exerce des représentations politiques et organisationnelles concernant les besoins et les intérêts des proches en santé mentale.
- Brian Mishara : Il mène des travaux de recherche en lien avec la thématique, pour lesquels du financement public (IRSC, CRSH, FRQSC) et privé (Fondation Bell) est octroyé. Il participe à des congrès scientifiques et offre de la formation en lien avec la thématique, pour lesquels des honoraires sont parfois perçus. Il est directeur du Centre de recherche et d'intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie (CRISE), qui reçoit un financement du FRQSC, de l'UQAM et de la Fondation Bell.

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs de ce document. Les conclusions ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou des autres personnes consultées aux fins de son élaboration.

Besoin d'aide?

Vous pensez au suicide? Vous vous inquiétez pour un proche? Vous vivez un deuil?
Un service d'aide professionnel et confidentiel est disponible partout au Québec,
24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

- Téléphone : 1 866 APPELLE
- Texto : 535353
- Clavardage, information et outils : www.suicide.ca

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	I
SUMMARY.....	V
SIGLES ET ACRONYMES	VIII
INTRODUCTION.....	1
1 MÉTHODOLOGIE SOMMAIRE	4
1.1 Sources de données.....	4
1.1.1 Revue de la portée de la littérature scientifique et grise	4
1.1.2 Consultation auprès d'acteurs clés québécois	5
1.2 Analyse et intégration de l'ensemble des données	6
1.3 Limites.....	6
2 RÉSULTATS	8
2.1 Adapter le suivi étroit selon les besoins des personnes présentant un risque suicidaire.....	9
2.1.1 Planification de la sortie de l'hôpital	11
2.1.2 Premier contact avec l'intervenant responsable d'effectuer le suivi étroit.....	13
2.1.3 Accompagnement intensif de la personne à risque suicidaire	14
2.1.4 Fin du suivi étroit.....	15
2.2 Coordonner les services offerts aux personnes présentant un risque suicidaire à la sortie de l'hôpital.....	16
2.3 Favoriser l'implication des proches et la reconnaissance de leurs besoins	19
2.4 Utiliser des outils communs pour les pratiques de suivi étroit	21
2.5 Développer les compétences en prévention du suicide au sein des établissements de santé et de services sociaux et de leurs partenaires.....	24
CONCLUSION	27
RÉFÉRENCES.....	29

RÉSUMÉ

Introduction

Les personnes qui présentent des idées ou des comportements suicidaires sont nombreuses à transiter par les centres hospitaliers pour y recevoir les soins et services nécessaires. Or, les personnes admises en centre hospitalier dans le cadre d'une crise suicidaire sont susceptibles de poser ou de répéter un geste suicidaire après l'obtention de leur congé. L'application des pratiques de prévention du suicide par les établissements de santé et de services sociaux et leurs partenaires revêt une importance particulière pour venir en aide aux personnes à risque suicidaire.

Différentes pratiques en prévention du suicide sont déployées au sein des établissements québécois, dont le suivi étroit qui vise à s'assurer que la personne qui est ou qui a été en danger grave de poser un geste suicidaire puisse bénéficier d'un suivi rapide et intensif. Malgré la consolidation de pratiques en prévention du suicide, le déploiement harmonisé du suivi étroit auprès de personnes à risque suicidaire reste difficile. Par conséquent, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) souhaite mettre en place un chantier afin d'améliorer l'offre et l'accessibilité du suivi étroit, de même qu'à baliser et à harmoniser ses pratiques (mesure 2.8; *Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026 — Rallumer l'espoir*) [MSSS, 2022a].

Dans ce contexte, le MSSS a mandaté l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) pour fournir des informations pertinentes en prévision du futur chantier de suivi étroit. Pour ce faire, il est apparu pertinent que l'INESSS réalise un état des pratiques en répondant aux deux questions suivantes :

1. Selon la littérature et la consultation d'acteurs clés québécois, quelles sont les pratiques cliniques et organisationnelles de suivi étroit déployées auprès des personnes de 14 ans et plus présentant un risque suicidaire à la sortie de l'hôpital?
2. Quels sont les défis rencontrés par des établissements québécois de santé et de services sociaux au regard de la mise en application de ces pratiques de suivi étroit et quelles pistes de solution sont proposées pour y remédier?

Méthodologie

Cet état des pratiques est élaboré à partir de deux sources de données : une **revue de la portée** (*scoping review*) de la littérature scientifique et grise portant sur le suivi étroit, incluant des rapports récents du Bureau du coroner du Québec, ainsi qu'une **consultation** auprès d'acteurs clés québécois impliqués dans l'offre de ce suivi. Les résultats de l'analyse thématique de l'ensemble des données sont présentés sous la forme d'une synthèse narrative.

Résultats

L'analyse et l'intégration de l'ensemble des données recueillies mettent en avant cinq thématiques centrales, permettant ainsi de dégager des constats afin de soutenir l'harmonisation des pratiques de suivi étroit auprès des personnes de 14 ans et plus présentant un risque de suicide à la sortie de l'hôpital, à savoir :

- l'adaptation du suivi étroit selon les besoins des personnes présentant un risque suicidaire par :
 - l'obtention du consentement libre et éclairé de l'utilisateur tout au long de la trajectoire de suivi étroit;
 - le déploiement, à chacune des étapes de la trajectoire de suivi étroit, d'une approche flexible et individualisée basée sur la réévaluation continue des besoins de l'utilisateur;
 - la mise en place des formations destinées à renforcer les compétences cliniques nécessaires pour offrir un suivi personnalisé à certaines populations spécifiques (p. ex. des individus avec un profil clinique complexe, les membres de communautés autochtones ou ethnoculturelles) et ceux qui minimisent leur risque suicidaire ou refusent le suivi offert.
- la coordination des services offerts aux personnes présentant un risque suicidaire à la sortie de l'hôpital par :
 - le renforcement de la coordination et du partage d'information entre les services hospitaliers et les services de proximité qui assureront le suivi étroit, pour éviter les interruptions de services et assurer des transitions sécuritaires et fluides pour l'utilisateur;
 - la définition claire du rôle des différentes entités de liaison (p. ex. agents de liaison, équipes mobiles d'intervention de crise, coordonnateurs professionnels et interprofessionnels, comités de liaison) pour que chaque personne à risque suicidaire puisse recevoir les soins et services appropriés;
 - la mise en place d'un système centralisé de réception des requêtes de suivi étroit, ainsi qu'un accès 24 heures par jour, sept jours par semaine, à un intervenant du service qui reçoit la requête;
 - la promotion de la gamme de services pouvant soutenir la personne à risque suicidaire et veiller à ce que les différents acteurs travaillent de manière complémentaire et intégrée.
- l'implication des proches et la reconnaissance de leurs besoins par :
 - l'obtention du consentement de l'utilisateur pour impliquer les proches dans le suivi étroit;
 - l'augmentation de la capacité des proches à soutenir la personne à risque suicidaire et à prendre soin d'eux;

- en cas de refus de la part de l'utilisateur à impliquer ses proches ou si ceux-ci ne sont pas en mesure de s'engager, le partage du risque suicidaire en équipe plutôt que de le faire reposer sur l'intervenant seul;
- davantage de soutien aux établissements et à leurs partenaires, y compris aux organismes communautaires, afin qu'ils mettent en place de bonnes pratiques pour impliquer les proches dans la trajectoire de services de l'utilisateur.
- l'utilisation des outils communs pour les pratiques de suivi étroit par :
 - l'harmonisation des différents outils utilisés à l'échelle provinciale pour soutenir les pratiques organisationnelles et cliniques au sein des établissements, tout en veillant à ce qu'ils soient suffisamment flexibles pour répondre efficacement aux besoins spécifiques des usagers, des intervenants et des établissements;
 - la révision régulière des outils utilisés et la formation adéquate du personnel clinique à leur utilisation;
 - l'élaboration de protocoles d'intervention clairs et adaptés pour guider le jugement clinique des intervenants;
 - l'amélioration de l'interopérabilité des systèmes d'information pour soutenir la consignation des données relatives au suivi étroit et le partage d'information avec les partenaires intrasectoriels et intersectoriels.
- le développement des compétences en prévention du suicide au sein des établissements de santé et de services sociaux et de leurs partenaires par :
 - l'adoption d'une approche globale de sensibilisation à la prévention du suicide à l'ensemble du personnel, clinique ou non, à tous les niveaux hiérarchiques et en fonction des rôles de chacun;
 - l'élargissement et l'amélioration de la formation spécialisée offerte dans le réseau de la santé et des services sociaux à l'ensemble du personnel clinique en renforçant particulièrement les compétences pour intervenir auprès de groupes spécifiques (p. ex. personnes qui présentent un trouble de santé mentale ou lié à l'usage de substances), en collaborant avec les ressources communautaires qui travaillent auprès de ces populations et en réalisant des évaluations du risque suicidaire;
 - une offre de formation spécialisée aux autres acteurs travaillant auprès de personnes susceptibles d'être à risque suicidaire, notamment ceux des secteurs communautaire et parapublic.

Pour chacune de ces thématiques, les défis associés à la mise en œuvre des pratiques de suivi étroit et les pistes de solution envisagées pour y remédier sont détaillés.

Conclusion

Le présent état des pratiques se veut un levier complémentaire aux démarches visant à renforcer les capacités du réseau de la santé et des services sociaux à mieux accompagner les personnes présentant un risque suicidaire. Les thématiques identifiées, y compris les défis associés et solutions envisagées, pourront ainsi être approfondies dans le futur chantier initié par le MSSS dans le cadre de la *Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026 — Rallumer l'espoir* [MSSS, 2022a].

SUMMARY

Close follow-up Practices for People at Risk of Suicide after Hospital Discharge: Challenges and Possible Solutions

Introduction

Many people with suicidal ideation and behaviours enter hospitals to receive the care and services they need. However, people admitted to hospital for a suicidal episode are likely to commit or repeat a suicidal act after being discharged. The application of suicide management and prevention practices by health and social service institutions and their partners is particularly important in helping people at risk of suicide.

Various suicide prevention practices have been implemented in Quebec institutions, including close follow-up, which aims to ensure that people who are or have been in serious danger of committing a suicidal act can benefit from rapid and intensive follow-up. Despite the consolidation of suicide prevention practices, the harmonized implementation of close follow-up for people at risk of suicide remains a challenge. For this reason, the Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) wishes to set up a project to improve the availability and accessibility of close follow-up, and to define and harmonize its practices (measure 2.8; *Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026 - Rallumer l'espoir*) [MSSS, 2022a].

Therefore, the MSSS has mandated the Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) to provide relevant information in anticipation of the future project on close follow-up. To do so, it seemed appropriate for INESSS to conduct a review of practices by answering the following two questions:

1. According to the literature and consultation with key Quebec stakeholders, what are the clinical and organizational practices for the close follow-up of people aged 14 and over at risk of suicide on discharge from hospital?
2. What are the challenges faced by Quebec health and social services institutions in implementing these close follow-up practices, and what solutions are being proposed to overcome these challenges?

Methodology

This state of practice is based on two sources of data: a **scoping review** of the scientific and grey literature on close follow-up, including recent reports by the Quebec Coroner's Office, and a **consultation** with key Quebec stakeholders involved in providing this follow-up. The results of the thematic analysis of all the data are presented in the form of a narrative synthesis.

Results

The analysis and integration of all the data collected highlight five central themes, enabling us to identify findings to support the harmonization of close follow-up practices for people aged 14 and over at risk of suicide upon hospital discharge, namely:

- adapting close follow-up to the needs of people at risk of suicide by:
 - obtaining the free and informed consent of the user throughout the close follow-up trajectory;
 - implementing a flexible, individualized approach based on continuous reassessment of the user's needs at each stage of the close follow-up trajectory;
 - implementing training to enhance the clinical skills needed to offer personalized follow-up to certain specific populations (e.g., individuals with a complex clinical profile, members of indigenous or ethno-cultural communities) and those who minimize their suicidal risk or refuse the follow-up offered.
- coordinating care services for people at risk of suicide on discharge from hospital by:
 - strengthening coordination and information sharing between hospital services and community services which will provide close follow-up, in order to avoid service interruptions and ensure safe, smooth transitions for users;
 - clearly defining the role of the various liaison entities (e.g., liaison officers, mobile crisis intervention teams, professional and inter-professional coordinators, liaison committees) to ensure that each person at risk of suicide receives the appropriate care and services;
 - setting up a centralized system for receiving requests for close follow-up, as well as 24/7 access to a service provider who receives the request;
 - promoting the range of services available to support people at risk of suicide, and ensuring that the various support actors work in a complementary and integrated manner.
- involving relatives and recognizing their needs by:
 - obtaining the user's consent to involve relatives in the close follow-up process;
 - increasing the ability of relatives to take care of themselves all the while supporting the person at risk of suicide.
 - sharing the suicidal risk as a team rather than having it rest on of the caregiver alone if the user refuses to involve relatives, or if they are unable to commit;

- providing more support for facilities and their partners, including community organizations, so that they can implement best practices to involve relatives in the user's service trajectory.
- using common tools for close follow-up practices by:
 - harmonizing the various tools used across the province to support organizational and clinical practices within facilities, while ensuring that they are sufficiently flexible to respond effectively to the specific needs of users, caregivers and facilities;
 - regularly reviewing the tools used and appropriate training of clinical staff in their use;
 - developing clear and adapted intervention protocols to guide the clinical judgment of care providers;
 - improving the interoperability of information systems to support close follow-up data recording and information sharing with intrasectoral and intersectoral partners.
- developing suicide prevention skills within health and social service institutions and their partners by:
 - adopting a comprehensive approach to raising awareness of suicide prevention among all staff, clinical and non-clinical, at all hierarchical levels and according to individual roles;
 - expanding and improving the specialized training offered in the health and social services network to all clinical staff, particularly by enhancing skills for intervening with specific groups (e.g., people with mental health or substance use disorders), by collaborating with community resources working with these populations, and conducting suicide risk assessments;
 - offering specialized training to other actors working with people at risk of suicide, particularly those in the community and parapublic sectors.

For each of these themes, the challenges associated with implementing close follow-up practices and the solutions envisioned to overcome them are detailed.

Conclusion

This state of practice is intended to be a complementary lever for initiatives aimed at strengthening the capacity of the health and social services network to better support people at risk of suicide. The themes identified, including the associated challenges and envisioned solutions, could thus be explored in greater depth in the future project initiated by the MSSS as part of the *Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026 — Rallumer l'espoir* [MSSS, 2022a].

SIGLES ET ACRONYMES

CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
DESA	Direction de l'évaluation et du soutien à l'amélioration des modes d'intervention — services sociaux et santé mentale
GEDPAS	Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire
HSO	Organisation de normes en santé
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
IUPLSSS	Institut universitaire de première ligne en santé et en services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OHA	Ontario Hospital Association
RLS	Réseau local de services
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Services Administration
SPRC	Suicide Prevention Resource Center

INTRODUCTION

Problématique

Plusieurs acteurs déploient des efforts importants en matière de prévention du suicide au Québec. Selon un récent portrait publié par l'Institut national de santé publique du Québec [Levesque et Perron, 2024], les mesures de prévention mises en place semblent avoir eu un impact sur le taux¹ de suicide qui a beaucoup diminué au cours des deux dernières décennies au Québec, passant de 17,9 par 100 000 habitants en 2000 à 12,0 en 2021. Malgré ces progrès, le suicide demeure une cause importante de mortalité, en se situant au 10^e rang des causes de décès dans la province, représentant 1 031 décès en 2021.

Les personnes qui présentent des idées ou des comportements suicidaires sont nombreuses à consulter les urgences hospitalières et à recevoir des soins et services en centre hospitalier. Les plus récentes données disponibles montrent que 4 854 visites aux urgences sont attribuables aux tentatives de suicide, dans l'ensemble du Québec, en 2023. Les adolescent(e)s (15-19 ans) et les jeunes adultes (20-34 ans) sont ceux qui font davantage appel aux urgences pour cette raison, comparativement aux groupes plus âgés. De plus, 3 627 hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide ont été enregistrées en 2022 au Québec, établissant le taux d'hospitalisations pour tentative de suicide à 42,3 par 100 000 personnes [Levesque et Perron, 2024].

Les personnes admises en centre hospitalier dans le cadre d'une crise suicidaire sont particulièrement susceptibles de poser ou de répéter un geste suicidaire après leur sortie, et ce, sur une période pouvant aller de quelques jours à trois mois après leur congé. Les premiers jours suivant la sortie de l'hôpital sont particulièrement critiques [Chung *et al.*, 2019; Hunt *et al.*, 2009; Nordentoft, 2007]. Certaines études suggèrent que les manifestations suicidaires, comme une tentative de suicide antérieure ou les idées suicidaires sérieuses, sont des facteurs prédictifs d'une mort subséquente par suicide [McHugh *et al.*, 2019; Hubers *et al.*, 2018; Bostwick *et al.*, 2016]. Par ailleurs, de nombreuses recommandations émises dans le récent rapport d'enquête du Bureau du coroner du Québec militent pour une amélioration des pratiques de suivi étroit auprès des personnes à risque suicidaire, tant lors de leur passage en centre hospitalier que lors de leur sortie [Godin, 2023].

Par conséquent, l'amélioration de l'offre, l'accessibilité et l'harmonisation des pratiques de suivi étroit au sein des établissements de santé et de services sociaux sont essentielles pour apporter une aide efficace aux personnes concernées.

¹ Les taux rapportés dans le présent État des pratiques sont les taux ajustés. Ils ont été calculés à l'aide de la méthode de standardisation directe, avec l'année 2016 comme population de référence [Levesque et Perron, 2024].

Contexte des travaux

Le Québec dispose de plusieurs politiques et plans d'action entourant la prévention du suicide, ce qui témoigne de l'importante mobilisation de l'ensemble des partenaires souhaitant se concerter pour répondre aux besoins de la population. En 2005, le MSSS a, dans son *Plan d'action en santé mentale (PASM) 2005-2010 — La force des liens* [MSSS, 2005], établi des directives spécifiques au suivi étroit des personnes à risque suicidaire. Afin de soutenir l'implantation des pratiques en prévention du suicide, deux guides de bonnes pratiques à l'intention des intervenants et des gestionnaires des centres de santé et de services sociaux sont publiés [Archambault *et al.*, 2010; Lane *et al.*, 2010]. Ces guides énoncent notamment des directives encadrant la mesure de suivi étroit des personnes suicidaires ou ayant fait une tentative de suicide. Cette mesure vise à s'assurer que la personne qui est ou qui a été en danger grave de poser un geste suicidaire, et qui obtient un congé de l'organisation ayant effectué la gestion de sa crise suicidaire, puisse bénéficier d'un suivi rapide et intensif [Archambault *et al.*, 2010; Lane *et al.*, 2010].

D'autres actions récentes, découlant du *Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 (PAISM) — S'unir pour un mieux-être collectif* [MSSS, 2022b] ou de la *Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026 — Rallumer l'espoir* [MSSS, 2022a] sont en cours de déploiement. Parmi celles-ci, des équipes spécialisées d'intervention rapide et de relais en santé mentale dans la communauté s'implantent actuellement dans l'ensemble du Québec. Ces équipes d'accompagnement bref dans la communauté, appelées « équipe ABC », permettent notamment d'assurer un filet de sécurité et de favoriser la consolidation des objectifs d'intervention auprès de la personne qui reçoit un congé de l'hôpital à la suite d'un épisode aigu lié à un trouble mental, en collaboration avec les ressources en place [MSSS *et al.*, 2023 (inédit)]. De plus, l'Institut universitaire de première ligne en santé et en services sociaux (IUPLSSS) du Centre intégré universitaire en santé et en services sociaux de l'Estrie — Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie — CHUS) a récemment publié deux guides de pratique en prévention du suicide à l'intention des intervenants et des établissements du réseau de la santé et des services sociaux et leurs partenaires [Picarou, 2024; St-Martin et Picarou, 2024], qui s'inscrivent en continuité avec des guides portant sur la même thématique publiés en 2010 [Archambault *et al.*, 2010; Lane *et al.*, 2010].

Malgré la consolidation des pratiques en santé mentale et en prévention du suicide, le déploiement harmonisé du suivi étroit offert aux personnes à risque suicidaire demeure difficile. Ce faisant, le MSSS souhaite mettre en place un chantier pour améliorer l'offre et l'accessibilité du suivi étroit, ainsi qu'à baliser et harmoniser ses pratiques (mesure 2.8; *Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026 — Rallumer l'espoir*) [MSSS, 2022a].

Le MSSS confie à l'INESSS la réalisation d'un état des pratiques de suivi étroit auprès des personnes âgées de 14 ans et plus présentant un risque suicidaire à la sortie de l'hôpital. Ce mandat vise à enrichir le chantier pour soutenir les centres intégrés en santé et en services sociaux (CISSS) ainsi que les centres intégrés universitaires en santé et en services sociaux (CIUSSS) dans leur mission d'offrir des services adaptés aux personnes à risque suicidaire sur leur territoire. Il s'inscrit également dans la complémentarité des guides de pratique en prévention du suicide publiés récemment par l'IUPLSSS du CIUSSS de l'Estrie — CHUS, en s'attardant spécifiquement aux pratiques en suivi étroit.

Questions d'évaluation

Pour répondre aux besoins exprimés par le MSSS, deux questions d'évaluation sont formulées dans le cadre de cet état des pratiques :

1. Selon la littérature et la consultation d'acteurs clés québécois, quelles sont les pratiques cliniques et organisationnelles de suivi étroit déployées auprès des personnes de 14 ans et plus présentant un risque suicidaire à la sortie de l'hôpital?
2. Quels sont les défis rencontrés par des établissements québécois de santé et de services sociaux au regard de la mise en application de ces pratiques de suivi étroit et quelles pistes de solution sont proposées pour y remédier?

1 MÉTHODOLOGIE SOMMAIRE

La méthodologie détaillée du présent rapport est présentée dans le document « *Annexes complémentaires* ».

1.1 Sources de données

Pour répondre aux questions d'évaluation de cet état des pratiques, deux sources de données ont été utilisées, soit une revue de la portée (*scoping review*) de la littérature scientifique et grise portant sur le suivi étroit, ainsi qu'une consultation auprès d'acteurs clés québécois impliqués dans l'offre de ce suivi (voir Annexe A du document *Annexes complémentaires* pour plus de détails méthodologiques).

1.1.1 Revue de la portée de la littérature scientifique et grise

Une revue de la portée² de la littérature scientifique et grise portant sur le suivi étroit auprès des personnes présentant un risque suicidaire à la sortie de l'hôpital a été privilégiée, car cette méthode exploratoire de la littérature sur un sujet spécifique permet d'identifier des caractéristiques liées à un concept en vue de futurs travaux [Mak et Thomas, 2022; Levac *et al.*, 2010; Arksey et O'Malley, 2005]. La recherche documentaire a été faite par deux professionnelles scientifiques, avec le soutien d'une conseillère en information scientifique de l'INESSS pour la littérature scientifique.

Les critères de sélection des documents sont détaillés à l'annexe A du document *Annexes complémentaires* (Tableau A-1) et la stratégie de repérage de la littérature est disponible à l'annexe B du document *Annexes complémentaires*. La recherche documentaire a ciblé les revues de littérature s'accompagnant d'une méthodologie ainsi que les guides de pratique clinique ou autres documents contenant des indications sur les pratiques en lien avec le suivi étroit, publiés de 2013 à 2023 et provenant des pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économique. La recherche se limite aux documents en anglais et en français. Par ailleurs, deux documents inédits (non publiés), s'inscrivant dans la continuité des guides de pratique en prévention du suicide initialement publiés en 2010, ont été soumis à l'attention de l'INESSS. Ces derniers ont été officiellement publiés en 2024, remplaçant ainsi les versions précédentes qui avaient été portées à l'attention de l'INESSS (non publiées). Un total de 23 revues de littérature, revues systématiques ou méta-analyses et de 22 documents présentant les pratiques cliniques et organisationnelles ont ainsi été sélectionnés, incluant les deux documents inédits.

² Une revue de la portée permet notamment d'identifier, de façon exploratoire, les types de données probantes disponibles dans un domaine de recherche et de clarifier des concepts clés qui s'y rattachent (voir Annexe A du document *Annexes complémentaires* pour plus de détails sur ce type de revue).

De plus, l'ensemble de cas d'accident ou de suicide investigués par le Bureau du coroner du Québec entre le 1^{er} janvier 2021 et le 10 avril 2024 ont été examinés afin d'y repérer les cas pertinents. Huit rapports détaillés de décès par suicide³ du Bureau du coroner du Québec, en plus des cas issus du rapport d'enquête publique thématique sur le suicide — Volet recommandations⁴ ont été retenus, puisqu'ils présentent des recommandations concernant le suivi étroit et s'adressent au MSSS ou au réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). Les cas retenus représentent un total de 13 personnes décédées par suicide, soit six femmes et sept hommes, âgées de 27 à 88 ans.

Enfin, au terme du processus de sélection de la littérature scientifique et grise, incluant les rapports du Bureau du coroner du Québec, 54 documents ont été retenus. La description de l'ensemble de ces documents est présentée à l'annexe C du document *Annexes complémentaires*.

1.1.2 Consultation auprès d'acteurs clés québécois

La consultation menée auprès d'intervenants, de professionnels et de gestionnaires impliqués dans le suivi étroit auprès de personnes présentant un risque suicidaire à la sortie de l'hôpital vise à identifier les pratiques de suivi étroit mises en place dans les établissements québécois (question d'évaluation 1) ainsi que leurs défis et les pistes de solution associées pour soutenir ces pratiques (question d'évaluation 2). Sur la base d'un échantillon de convenance [Miles et Huberman, 1994], les personnes engagées dans les pratiques de suivi étroit ont été recrutées au sein des cinq établissements de santé et de services sociaux, à savoir : le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, le CISSS du Bas-Saint-Laurent, le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, le CISSS de Lanaudière et le CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Ces établissements ont été retenus, en collaboration avec le MSSS, sur la base des critères suivants :

- avoir élaboré et mis en place un cadre de référence ou un protocole de suivi étroit;
- avoir établi des mécanismes intrasectoriels et intersectoriels de coordination, de liaison et de partenariat;
- être en mesure de favoriser la participation de différents acteurs significatifs des milieux touchés par l'organisation et les pratiques de suivi étroit (p. ex : urgence, milieu hospitalier, gestionnaire, intervenant du RSSS ou organisme communautaire lié par une entente);
- couvrir une diversité de milieux (milieu urbain, semi-urbain, rural).

³ Les rapports d'investigation des coroners sont publics et accessibles. Ils ont été téléchargés en ligne ou ont fait l'objet d'une demande d'accès, le cas échéant.

⁴ Godin JK. Rapport d'enquête : Pour la protection de la vie humaine. Québec, Qc. : Bureau du coroner du Québec; 2023

Dans chaque établissement, les personnes consultées devaient avoir une compréhension approfondie des pratiques de suivi étroit disponibles dans leur région et être en mesure de décrire leur mise en œuvre. La consultation s'est déroulée sous la forme de groupes de discussion, un pour chaque établissement, d'une durée de 2 heures pendant l'hiver 2024. Chaque groupe de discussion comprenait entre trois et sept représentants de la région, avec un total de 25 participants. Le canevas d'entrevue, présenté à l'annexe D du document *Annexes complémentaires*, a été élaboré par l'équipe de projet à partir des concepts clés dégagés lors de l'examen préliminaire de la littérature. L'animation des groupes de discussion a également été assurée par les membres de l'équipe de projet.

1.2 Analyse et intégration de l'ensemble des données

Pour répondre aux deux questions d'évaluation, l'analyse thématique de Braun et Clarke [2006] a été privilégiée. Cette méthode implique six étapes itératives : 1) se familiariser avec les données; 2) générer des codes préliminaires; 3) rechercher les thèmes; 4) réviser les thèmes; 5) définir et nommer les thèmes; et 6) produire les résultats. Elle a été retenue pour sa flexibilité, permettant l'identification inductive de thèmes sémantiques ou plus explicites (dans la littérature et la consultation d'acteurs clés) en vue d'identifier les pratiques cliniques et organisationnelles de suivi étroit (question d'évaluation 1) ainsi que des défis sous-jacents à ces pratiques et les pistes de solution proposées pour y remédier (question d'évaluation 2).

Les résultats ont fait l'objet d'une synthèse narrative, une méthode reconnue pour décrire les résultats issus d'une analyse thématique. Cette synthèse est aussi indiquée pour répondre à des questions descriptives à portée élargie. Elle permet de juxtaposer les données issues de différentes sources de données, en y incluant des éléments d'intégration, en plus de permettre l'interprétation des résultats hétérogènes [Fradet, 2013].

1.3 Limites

Certaines limites méthodologiques doivent être signalées dans cet état des pratiques :

- *Variabilité de la définition du suivi étroit.* La définition du suivi étroit peut varier entre le Québec et la littérature internationale, ce qui rend difficile l'identification des pratiques spécifiques au suivi étroit;
- *Complexité des pratiques actuelles.* Les changements en cours dans le domaine de la prévention du suicide, résultant de la mise en œuvre de plusieurs travaux structurants, rendent plus complexe l'aperçu des pratiques actuelles de suivi étroit;
- *Diversité des modèles d'organisation.* L'analyse des données est complexifiée par le fait que les modèles d'organisation des services de suivi étroit sont nombreux et ne sont pas nécessairement harmonisés d'un CISSS ou CIUSSS à l'autre, voire d'un RLS à l'autre à l'intérieur d'un même territoire;

- *Limites de généralisation et de transférabilité.* La démarche de consultation réalisée auprès d'acteurs clés québécois repose sur un échantillonnage de convenance [Miles et Huberman, 1994], limitant ainsi la généralisation et la transférabilité des résultats :
 - certains intervenants, professionnels et gestionnaires impliqués dans le suivi étroit n'ont pas participé à la consultation, ne garantissant pas une répartition équilibrée des caractéristiques socioprofessionnelles;
 - une seule représentante des partenaires intersectoriels du RSSS a participé à la consultation, malgré leur contribution aux pratiques de suivi étroit;
 - aucune consultation n'a été réalisée auprès des usagers ayant reçu ou refusé une prestation de suivi étroit à la sortie de l'hôpital ni auprès de leurs proches pour obtenir leur perspective;
 - les données proviennent de cinq établissements, chacun associé à une région sociosanitaire, et ne peuvent représenter l'ensemble des pratiques de suivi étroit au Québec.

Enfin, ce rapport brosse un portrait des pratiques de suivi étroit auprès des personnes de 14 ans et plus présentant un risque suicidaire à la sortie de l'hôpital, en mettant l'accent sur les défis liés à leur mise en œuvre et les pistes de solution pour y remédier dans le contexte québécois. Il est important de noter que les pratiques de suivi étroit ne font pas l'objet d'une évaluation d'efficacité. De plus, les thématiques et constats présentés dans le cadre de cet état des pratiques ne sont pas présentés en fonction de leur importance; ils sont tous considérés comme pertinents, indépendamment du nombre de documents ou d'acteurs clés qui les abordent.

2 RÉSULTATS

Dans la littérature, le concept de « suivi étroit » est sujet à une grande variabilité. Sa définition et son application varient d'un pays à l'autre, mais aussi entre les territoires au sein d'un même pays. Par ailleurs, une multitude de termes sont utilisés pour décrire les interventions offertes aux personnes qui présentent un risque suicidaire lorsqu'elles quittent un établissement de santé, ce qui rend la comparaison et la synthèse des recherches internationales plus complexe.

Malgré ces défis, il est possible de dégager une perspective commune. Il est généralement admis que la responsabilité de la mise en œuvre du suivi étroit incombe aux établissements de santé et de services sociaux [St-Martin et Picarou, 2024; Giraud *et al.*, 2021; New Zealand Ministry of Health, 2016; SPRC, 2015; Victoria Department of Health, 2014]⁵. De plus, sa réussite est considérée comme reposant sur une responsabilité collective partagée entre de nombreux autres acteurs, tels que les organismes communautaires travaillant en prévention du suicide, les familles et les communautés [St-Martin et Picarou, 2024; HSO, 2023; CDC, 2022; Rassy *et al.*, 2022; HAS, 2021; NAASP, 2019; NICE, 2016].

Pour décrire le suivi étroit, la littérature met l'accent sur la mise en place rapide et intensive d'interventions visant à soutenir la personne à risque suicidaire, à assurer sa sécurité et à maintenir la continuité des soins et des services pour réduire les idées suicidaires et prévenir les comportements suicidaires. La littérature met également en évidence la personnalisation des services en fonction de l'état de la personne, nécessitant une adaptation du suivi étroit aux besoins spécifiques de chacun [Picarou, 2024; St-Martin et Picarou, 2024; Giraud *et al.*, 2021; Falcone *et al.*, 2017; Brown et Green, 2014; du Roscoät et Beck, 2013].

Au Québec, cette définition semble faire consensus parmi les personnes consultées. Toutefois, celles-ci rapportent plutôt s'appuyer, dans leur pratique quotidienne, sur les modalités proposées dans le *Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux*, publié par le MSSS [Lane *et al.*, 2010]⁶. Ces modalités incluent des actions intensives et rapides adaptées au niveau du risque suicidaire destinées à résoudre la crise, à renforcer les facteurs de protection et à rétablir l'équilibre dans la vie de la personne. Elles prévoient également l'implication de divers types de soutien disponibles dans l'environnement de la personne (p. ex. les groupes de soutien, les proches de l'utilisateur) et l'orientation vers les services appropriés après le suivi étroit.

⁵ Au Québec, les CISSS et les CIUSSS ont pour mission d'assurer une prestation de services de qualité à la clientèle de leur territoire en mobilisant les acteurs locaux. Dès lors, les centres de crise ou de prévention du suicide peuvent, au besoin, être mandatés pour appliquer le suivi étroit [St-Martin et Picarou, 2024; Giraud *et al.*, 2021]. Cependant, la délégation des responsabilités peut varier en fonction des politiques et des pratiques de chaque établissement, région ou territoire.

⁶ Ce document ne figure pas parmi ceux retenus dans la recherche documentaire en raison de la date de publication antérieure à la période couverte par cet état des pratiques.

Selon certaines personnes consultées, les modalités de mise en œuvre pourraient cependant varier en fonction des établissements. Cette variation serait attribuable aux clientèles desservies, qui peuvent différer considérablement d'un territoire à l'autre (p. ex. personnes vivant en situation d'itinérance plus nombreuses dans certains territoires, communautés autochtones plus présentes dans d'autres), ainsi qu'aux ressources disponibles dans l'établissement et aux partenariats établis. Cela soulignerait l'importance, pour chaque établissement, d'être en mesure d'adapter ou de modifier les modalités du suivi en fonction des besoins spécifiques de sa clientèle et de son contexte.

Enfin, l'analyse et l'intégration de l'ensemble des données recueillies mettent en lumière cinq thématiques centrales pour soutenir l'amélioration des pratiques de suivi étroit auprès des personnes présentant un risque suicidaire à la sortie de l'hôpital, à savoir :

- l'adaptation du suivi étroit selon les besoins des personnes présentant un risque suicidaire;
- la coordination des services offerts aux personnes présentant un risque suicidaire à la sortie de l'hôpital;
- l'implication des proches et la reconnaissance de leurs besoins;
- l'utilisation des outils communs pour les pratiques de suivi étroit;
- le développement des compétences en prévention du suicide au sein des établissements de santé et de services sociaux et de leurs partenaires.

Chacune de ces thématiques est présentée ci-dessous, en décrivant les pratiques cliniques et organisationnelles associées, ainsi que leur mise en œuvre dans les établissements québécois consultés. Les défis et les pistes de solution pour soutenir le déploiement du suivi étroit sont également abordés.

2.1 Adapter le suivi étroit selon les besoins des personnes présentant un risque suicidaire

L'analyse des différentes sources de données révèle que l'accompagnement des personnes présentant un risque suicidaire à la sortie de l'hôpital est un processus complexe qui demande non seulement une coordination étroite entre divers acteurs et services, mais aussi une approche individualisée. Ce processus, dégagé dans la littérature recensée [Picarou, 2024; HSO, 2023; Zhang *et al.*, 2023; CDC, 2022; Rassy *et al.*, 2022; Giraud *et al.*, 2021; HAS, 2021; Wilson *et al.*, 2020; NAASP, 2019; Asselin *et al.*, 2018; NAASP, 2018; Hill *et al.*, 2017; SPRC, 2015; Chesin et Stanley, 2013], est souvent désigné sous le terme de « trajectoire de suivi étroit » par les personnes consultées. Cette trajectoire est structurée autour de quatre étapes, soit :

- la planification de la sortie de l'hôpital;
- le premier contact avec l'intervenant responsable d'effectuer le suivi;
- l'accompagnement intensif de la personne à risque suicidaire;
- la fin du suivi étroit.

Chacune de ces étapes, qui nécessite une attention particulière et une adaptation aux besoins spécifiques de la personne concernée, requiert le consentement libre et éclairé de l'utilisateur. Bien que le consentement soit généralement requis, la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (RLRQ, c P-38.001) prévoit que, dans le cas où la personne ne consent pas à recevoir de l'aide et que le risque suicidaire représente un danger grave et imminent pour elle-même ou pour autrui, une intervention exceptionnelle visant à assurer sa sécurité contre son gré pourra être appliquée [Picarou, 2024; St-Martin et Picarou, 2024; Giraud *et al.*, 2021]. Dans les autres situations, le consentement libre et éclairé garantit que la personne à risque est non seulement un participant actif dans son parcours de soins et services, mais aussi qu'elle comprend pleinement ce que le suivi implique. Il assure également que chaque étape de la trajectoire de suivi est menée avec son plein accord, renforçant ainsi l'efficacité du suivi et le respect de l'autonomie de l'individu [HSO, 2023; SAMHSA, 2023; Giraud *et al.*, 2021; Castaigne *et al.*, 2017; NICE, 2016].

Afin de donner son consentement de manière éclairée, l'utilisateur doit non seulement connaître les modalités du suivi, mais aussi comprendre son fonctionnement [SAMHSA, 2023; Zhang *et al.*, 2023; Giraud *et al.*, 2021; NICE, 2016]. Dans ce contexte, les personnes consultées soulignent l'importance pour l'intervenant d'être en mesure de :

- fournir à l'utilisateur des informations claires et précises sur ce que le suivi étroit implique, ainsi que sur les conséquences potentielles de s'y engager ou de le refuser;
- partager ses préoccupations concernant la sécurité de l'utilisateur, orienter celui-ci vers la partie de lui qui aspire à vivre afin de susciter l'espoir, et travailler sur son ambivalence.

Ces deux éléments sont essentiels pour donner une valeur clinique au consentement. Ils mettent en évidence l'importance d'une communication transparente et du rôle crucial de l'intervenant dans la création d'un environnement sécuritaire et de confiance, où l'utilisateur se sent soutenu et compris. Ils soulignent également que le consentement est un processus continu qui nécessite un engagement constant de la part de l'utilisateur et de l'intervenant, et que le respect de ce principe est fondamental pour permettre une prise de décision libre et éclairée tout au long de la trajectoire de suivi étroit. Cependant, l'absence de consentement de l'utilisateur à s'engager dans le suivi semble poser un défi majeur pour les intervenants. Selon plusieurs personnes consultées, cela pourrait engendrer des questionnements sur l'intensité que devrait prendre leur intervention pour inciter la personne à s'engager dans le suivi étroit ainsi que des préoccupations concernant la gestion d'un risque parfois élevé. Bien que les personnes consultées expriment le besoin d'équiper davantage le personnel clinique à gérer le refus de consentir à un suivi étroit, elles rapportent l'utilisation de quelques stratégies comme de tenter de susciter l'intérêt de l'utilisateur à s'engager dans le suivi étroit; de faire des tentatives à différents moments pour lui proposer à nouveau l'offre de suivi étroit avant sa sortie de l'hôpital ou de faire des relances après sa sortie de l'hôpital.

2.1.1 Planification de la sortie de l'hôpital

La première étape, la planification de la sortie de l'hôpital, vise principalement à déterminer si l'utilisateur est prêt à quitter l'hôpital et est en mesure d'utiliser des stratégies lors de l'apparition de signes de détresse [Picarou, 2024; Giraud *et al.*, 2021; SAMHSA, 2018; Hill *et al.*, 2017; New Zealand Ministry of Health, 2016]. Dans ce contexte, la littérature met en évidence l'importance d'une évaluation du risque suicidaire qui soit à la fois complète, approfondie et personnalisée. Pour ce faire, différentes modalités d'évaluation du risque suicidaire sont mentionnées dans la littérature [Lesage *et al.*, 2023; HSO, 2023; CDC, 2022; Giraud *et al.*, 2021; Wilson *et al.*, 2020; NAASP, 2018; OHA Task Force on Suicide Prevention, 2017; Chesin et Stanley, 2013], telles que les entretiens cliniques, les échelles d'évaluation et les questionnaires d'auto-évaluation, qui sont fréquemment utilisées [Picarou, 2024; Giraud *et al.*, 2021; SAMHSA, 2018; New Zealand Ministry of Health, 2016].

La Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire (GEDPAS; Lavoie *et al.*, 2012) serait largement adoptée au Québec, selon les personnes rencontrées. La GEDPAS serait appréciée pour le langage commun qu'elle offre qui facilite la communication clinique entre les intervenants. De plus, sa flexibilité permettrait d'ajuster le suivi selon l'évolution de la personne. Enfin, elle permettrait une estimation en continu du risque suicidaire en étant utilisable à chaque étape du suivi étroit⁷.

Malgré ses avantages potentiels, la GEDPAS présenterait certains défis quant à son interprétation et son application, comme le soulignent les personnes consultées. Par exemple, il serait difficile :

- d'effectuer une estimation précise de la dangerosité pour une clientèle aux besoins diversifiés, comme celle souffrant de troubles psychotiques ou de déficience intellectuelle/trouble du spectre de l'autisme;
- de prendre des décisions éclairées sur l'initiation, la continuation ou l'arrêt du suivi étroit dans des situations ambiguës, comme lorsque le niveau de dangerosité fluctue au fil des évaluations entre un indice faible (jaune) et un indice grave à court terme (orange).

⁷ La GEDPAS [Lavoie *et al.*, 2012] peut être utilisée à travers les différentes étapes de la trajectoire de suivi étroit. Elle facilite la **planification** de la sortie de l'hôpital en estimant le niveau de risque suicidaire de la personne, ce qui aide à organiser les services de soutien nécessaires après la sortie. Lors du **premier contact** avec l'intervenant responsable d'effectuer le suivi étroit, la GEDPAS aide à comprendre le niveau de risque suicidaire de la personne et à déterminer le niveau approprié de suivi. Elle guide également l'**accompagnement intensif**, aidant à identifier les domaines de vie et de bien-être de l'utilisateur qui nécessitent une attention particulière et à ajuster le suivi en fonction de l'évolution de la personne. Enfin, avant de mettre **fin au suivi étroit**, la GEDPAS peut être utilisée pour réviser le risque suicidaire de la personne, aidant à déterminer si la personne est prête à passer à un niveau de suivi moins intensif. La GEDPAS n'a cependant pas fait l'objet d'une validation psychométrique rigoureuse. La GEDPAS ainsi que son guide d'utilisation sont disponibles via la formation *Prévenir le suicide chez les personnes de 14 ans et plus : susciter l'espoir et estimer le danger*, disponible sur l'Environnement numérique d'apprentissage (ENA).

Les coroners recommandent dans certains de leurs rapports de réaliser une évaluation du risque suicidaire au moment opportun et de mettre en place des mécanismes adaptatifs pour répondre aux variations du niveau de risque de l'usager. De plus, l'examen de l'ensemble des sources de données met en évidence le rôle crucial du jugement clinique dans l'évaluation du risque suicidaire [HSO, 2023; Wilson *et al.*, 2020; New Zealand Ministry of Health, 2016; Bolton *et al.*, 2015].

Enfin, la planification de la sortie de l'hôpital vise aussi à établir un filet de sécurité autour de la personne à risque suicidaire. D'après la littérature et les rapports des coroners consultés, quelques stratégies et actions efficaces peuvent être mises en œuvre pour mobiliser ce filet de sécurité [Picarou, 2024; St-Martin et Picarou, 2024; HSO, 2023; Zhang *et al.*, 2023; CDC, 2022; Rassy *et al.*, 2022; Giraud *et al.*, 2021; HAS, 2021; Wilson *et al.*, 2020; NAASP, 2019; Asselin *et al.*, 2018; NAASP, 2018; Hill *et al.*, 2017; SPRC, 2015; Chesin et Stanley, 2013], telles que :

- l'élaboration d'un plan de sécurité, qui détaille les mesures à prendre en situation de crise ou de détérioration de l'état de l'usager (p. ex. contacts d'urgence, stratégies d'adaptation, signes d'alerte à surveiller);
- la mise en place d'un plan de relance dans lequel des mécanismes de communication sont établis en cas d'absence à un rendez-vous pour tenter de contacter l'usager et s'assurer de sa sécurité;
- l'implication des proches⁸ ainsi que la collaboration avec les intervenants et les partenaires qui peuvent surveiller l'état de l'usager et fournir un soutien continu.

Des interventions brèves, incluant des contacts actifs (*caring contacts*) tels que des rappels téléphoniques, l'envoi de messages textes ou de courriels et des rencontres en présence, peuvent être mises en place avant la sortie de l'hôpital de l'usager et se poursuivre par la suite. Ces interventions visent à lui assurer un soutien, à l'aider à diminuer sa détresse, à maintenir le lien et à assurer sa sécurité [Picarou, 2024; HSO, 2023; CDC, 2022; Rassy *et al.*, 2022; Giraud *et al.*, 2021; HAS, 2021; NAASP, 2019; Shand *et al.*, 2019; NAASP, 2018; Hill *et al.*, 2017; OHA Task Force on Suicide Prevention, 2017; NICE, 2016; New Zealand Ministry of Health, 2016; SPRC, 2015].

Cependant, la littérature fait état de l'efficacité mitigée de ces interventions. L'efficacité peut varier, notamment en fonction des caractéristiques de l'intervention (p. ex. intensité, fréquence, durée, type d'intervention), des effets observés (p. ex. nombre de suicides/tentatives de suicide, présence d'idées suicidaires) et du maintien des effets dans le temps [Azizi *et al.*, 2023; Zarska *et al.*, 2023; Tay et Li, 2022; Wand *et al.*, 2022; Katsivarda *et al.*, 2021; Nuij *et al.*, 2021; Chaudhary *et al.*, 2020; Doupnik *et al.*, 2020; Wilson *et al.*, 2020; Inagaki *et al.*, 2019; McCabe *et al.*, 2018; Castaigne *et al.*, 2017; Falcone *et al.*, 2017; Riblet *et al.*, 2017; Milner *et al.*, 2016; Noh *et al.*, 2016; Bolton *et al.*,

⁸ Pour une compréhension approfondie de l'implication des proches dans le suivi étroit auprès des personnes à risque suicidaire à la sortie de l'hôpital, se référer à la [section 2.3](#) — Favoriser l'implication des proches et la reconnaissance de leurs besoins.

2015; Ghanbari *et al.*, 2015; Inagaki *et al.*, 2015; Milner *et al.*, 2015; Brown et Green, 2014; Chesin et Stanley, 2013; du Roscoät et Beck, 2013; Luxton *et al.*, 2013].

Les personnes consultées, quant à elles, corroborent la nécessité d'assurer un filet de sécurité autour de la personne avant sa sortie de l'hôpital, par la mise en place de stratégies et d'actions similaires à celles décrites dans la littérature. De plus, certains établissements ont inclus dans leur plan de relance des mesures innovantes, dont la mise en place de procédures permettant de contacter l'usager en dehors des heures régulières de travail, ou même pendant qu'il attend qu'un intervenant lui soit affecté pour son suivi.

Selon quelques personnes consultées, il arrive parfois que des établissements ou des intervenants rencontrent des défis spécifiques qui affectent leur capacité à planifier de façon optimale la sortie de l'hôpital de la personne présentant un risque suicidaire, par exemple :

- le manque d'occasion, pour certains intervenants œuvrant dans des programmes spécifiques (dont l'intervention auprès des usagers s'étale sur une longue période plutôt qu'en urgence), d'accroître leur expertise dans la gestion des situations de risque suicidaire pourrait potentiellement compromettre la mise en œuvre du suivi étroit;
- l'absence de soutien d'un proche pourrait entraver la surveillance de l'état de santé de l'usager, mais également imposer un poids considérable sur le personnel clinique qui se retrouve à porter la responsabilité entière de la sécurité de la personne à risque.

2.1.2 Premier contact avec l'intervenant responsable d'effectuer le suivi étroit

La deuxième étape de la trajectoire de suivi étroit commence généralement par la désignation d'un intervenant dédié au suivi de la personne présentant un risque suicidaire. Il a notamment pour responsabilités de maintenir un contact étroit avec la personne, de surveiller son état de santé, d'ajuster le plan de sécurité selon les besoins et de se coordonner avec d'autres services ou ressources nécessaires [Giraud *et al.*, 2021; Hill *et al.*, 2017]. Cet intervenant devrait, entre autres, avoir reçu une formation sur les bonnes pratiques d'intervention auprès de la personne suicidaire [Picarou, 2024; St-Martin et Picarou, 2024; Lesage *et al.*, 2023; HSO, 2023; SAMHSA, 2023; Zarska *et al.*, 2023; Zhang *et al.*, 2023; HAS, 2022; Giraud *et al.*, 2021; MacDonald *et al.*, 2020; NAASP, 2019; Hill *et al.*, 2017; OHA Task Force on Suicide Prevention, 2017; New Zealand Ministry of Health, 2016; SPRC, 2015].

Lors de cette étape, la littérature fait état qu'un l'intervenant doit établir rapidement un premier contact avec l'usager, que ce soit avant sa sortie de l'hôpital ou dans les 24 à 48 heures suivant celle-ci [St-Martin et Picarou, 2024; Lesage *et al.*, 2023; HSO, 2023; SAMHSA, 2023; Rassy *et al.*, 2022; Giraud *et al.*; NAASP, 2019; Hill *et al.*, 2017; NICE, 2016; New Zealand Ministry of Health, 2016; SPRC, 2015]. Comme le soulignent la

littérature et certaines recommandations formulées par les coroners, cette intervention précoce est essentielle. Elle permet notamment :

- de soutenir la participation et la motivation de l'utilisateur dans un processus de décision partagée;
- d'adapter le plan de suivi aux besoins spécifiques de la personne;
- d'établir un lien de confiance.

Selon quelques personnes consultées, l'établissement d'un lien de confiance lors du premier contact avec l'utilisateur serait d'ailleurs l'une des conditions essentielles pour assurer un suivi efficace. Pour faciliter la mise en place de ce lien de confiance, il serait privilégié que le premier contact ait lieu avant que l'utilisateur ne quitte l'hôpital. De plus, il serait bénéfique que l'utilisateur soit accompagné par le même intervenant tout au long du suivi étroit, lorsque possible.

2.1.3 Accompagnement intensif de la personne à risque suicidaire

La troisième étape de la trajectoire de suivi étroit consiste en l'accompagnement intensif auprès de la personne à risque suicidaire après sa sortie de l'hôpital. Selon la littérature recensée, cette étape nécessite une approche flexible et individualisée basée sur la réévaluation continue des besoins de l'utilisateur [Picarou, 2024; St-Martin et Picarou, 2024; HSO, 2023; SAMHSA, 2023; CDC, 2022; Wand *et al.*, 2022; Giraud *et al.*, 2021; HAS, 2021; NAASP, 2019; Shand *et al.*, 2019; Castaigne *et al.*, 2017; Hill *et al.*, 2017; OHA Task Force on Suicide Prevention, 2017; NICE, 2016; SPRC, 2015], en considérant notamment :

- son niveau de risque suicidaire;
- son état de santé mentale et physique;
- sa situation personnelle et sociale;
- son développement psychoaffectif, cognitif et comportemental, particulièrement pour la clientèle jeunesse.

En fonction de cette réévaluation continue des besoins de l'utilisateur, des ajustements peuvent être apportés aux modalités du suivi étroit, notamment quant à sa fréquence, son intensité et sa durée. Cette approche personnalisée permet de répondre de manière adaptée aux besoins spécifiques de chaque personne présentant un risque suicidaire.

Les personnes consultées confirment ces observations et l'importance d'offrir un suivi étroit adapté aux besoins de l'utilisateur. Elles rapportent d'ailleurs plusieurs actions visant à répondre aux besoins des usagers, en proposant notamment :

- des approches d'intervention variées (p. ex. orientées vers les solutions, culturellement sensibles, axées sur les forces);

- des moyens de communication traditionnels (p. ex. des rencontres en personne ou par téléphone) et de nouveaux moyens explorés (p. ex. messagerie texte) pour augmenter les possibilités d'entrer en contact avec l'utilisateur;
- un format de suivi conçu pour être davantage accessible, flexible et convivial, facilitant ainsi la présence et la participation de l'utilisateur aux rencontres (p. ex : rendez-vous dans le lieu choisi par l'utilisateur);
- une intensité et une durée du suivi ajustées en fonction des besoins de l'utilisateur et de l'évolution de son niveau de risque suicidaire.

Cependant, les établissements rencontrés seraient confrontés au défi d'offrir un suivi personnalisé à certaines populations spécifiques, incluant notamment des individus avec un profil clinique complexe, des membres des communautés autochtones ou ethnoculturelles, des personnes qui minimisent ou refusent d'aborder leur risque suicidaire, ainsi que celles qui font appel aux services de manière récurrente. De plus, selon certaines personnes consultées, l'intervenant dédié ou l'équipe d'intervention qui assure le suivi étroit ne posséderait pas toujours l'expertise requise pour assurer un suivi étroit auprès de ces populations. Des coroners recommandent d'ailleurs de mettre en place des formations destinées à renforcer leurs compétences cliniques pour travailler efficacement auprès de populations en situation de vulnérabilité ou marginalisées.

2.1.4 Fin du suivi étroit

La dernière étape marque la fin du suivi étroit. Elle intervient lorsque l'utilisateur a atteint une stabilité qui lui permet de passer à une moindre intensité d'intervention. À ce stade, la littérature souligne qu'il est crucial de réévaluer les besoins de l'utilisateur et de vérifier la pertinence de mettre en place un suivi régulier. Il peut également être nécessaire d'orienter, de référer et d'accompagner ce dernier vers d'autres ressources ou services (p. ex. groupe de soutien communautaire ou entre pairs, intervention individuelle ou de groupe, services de santé mentale spécifiques ou spécialisés) [Picarou, 2024; Lesage *et al.*, 2023; HSO, 2023; Giraud *et al.*, 2021; Shand *et al.*, 2019; OHA Task Force on Suicide Prevention, 2017].

Au Québec, la GEDPAS est utilisée pour orienter l'utilisateur vers la fin d'un suivi étroit : la fin peut être envisagée lorsque la personne présente un indice de danger faible de passage à l'acte pendant trois rencontres consécutives (cote jaune), selon les directives de certaines publications recensées [Picarou, 2024; Giraud *et al.*, 2021]. Comme le soulignent les personnes consultées, cette décision, qui doit être prise avec prudence et dans l'intérêt de l'utilisateur, nécessite de porter un jugement clinique. Un des défis soulignés par les personnes consultées indique que certains usagers, jeunes ou adultes, pourraient avoir du mal à satisfaire les critères nécessaires pour mettre fin au suivi (c.-à-d. un indice de danger faible de passage à l'acte pour trois rencontres). D'autres usagers pourraient refuser la fin du suivi, ressentant un sentiment d'abandon ou une perte de lien, et pourraient alors exacerber leurs symptômes. Différentes stratégies sont déployées par les intervenants pour pallier ces difficultés, dont la concertation en équipe pour statuer sur la fin de suivi afin que cette responsabilité ne repose pas sur un seul individu.

Plusieurs mentionnent également la nécessité de favoriser une diminution graduelle de l'intensité du suivi étroit en vue de préparer la fin de l'intervention.



Pour adapter le suivi étroit selon les besoins des personnes présentant un risque suicidaire, l'analyse des données collectées souligne :

- de favoriser l'obtention du consentement libre et éclairé de l'usager tout au long de la trajectoire de suivi étroit;
- de déployer, à chacune des étapes de la trajectoire de suivi étroit, une approche flexible et individualisée basée sur la réévaluation continue des besoins de l'usager;
- de mettre en place des formations destinées à renforcer les compétences cliniques nécessaires pour offrir un suivi personnalisé à certaines populations spécifiques (p. ex. des individus avec un profil clinique complexe, les membres des communautés autochtones ou ethnoculturelles) et à celles qui minimisent leur risque suicidaire ou refusent le suivi offert.

2.2 Coordonner les services offerts aux personnes présentant un risque suicidaire à la sortie de l'hôpital

Pour assurer une coordination efficace entre les services hospitaliers et les services de proximité qui effectueront le suivi étroit, la littérature souligne l'importance d'accéder à l'information pertinente concernant l'usager et de la partager avec les acteurs concernés (p. ex. état de santé de l'usager, niveau du risque suicidaire, plan de soins, soutien social disponible) [Giraud *et al.*, 2021; NAASP, 2019; NAASP, 2018; Hill *et al.*, 2017; NICE, 2016; New Zealand Ministry of Health, 2016; Victoria Department of Health, 2014]. Une coordination efficace prévient les interruptions de service et assure des transitions sécuritaires et fluides pour l'usager [HSO, 2023]. La désignation d'une entité de liaison, qui agit comme un maillon essentiel entre la personne à risque suicidaire, l'hôpital et l'équipe responsable du suivi étroit, est reconnue comme une bonne pratique pour améliorer la coordination des services [Lesage *et al.*, 2023; SAMHSA, 2023; Rassy *et al.*, 2022; Wand *et al.*, 2022; Giraud *et al.*, 2021; HAS, 2021; NAASP, 2019; Hill *et al.*, 2017]. L'examen de la littérature et des rapports des coroners révèle que les acteurs et les stratégies de liaison pouvant opérer dans ce processus sont :

- les **agents de liaison**, principalement placés à l'hôpital ou au sein des services sociaux généraux, pour assurer la communication avec l'équipe responsable du suivi étroit;
- les **équipes mobiles d'intervention de crise**, qui dépêchent un intervenant en milieu hospitalier pour rencontrer la personne à risque suicidaire et mettre en œuvre le suivi étroit;

- les **coordonnateurs professionnels et interprofessionnels**, situés dans les secteurs de services des établissements impliqués dans le suivi étroit, qui ont la responsabilité d'assigner les intervenants les plus habilités à répondre aux besoins de suivi;
- les **comités de liaison**, qui rassemblent tous les agents de liaison ainsi que les gestionnaires de services intrasectoriels ou intersectoriels concernés, et qui se réunissent régulièrement pour améliorer la coordination et assurer un suivi plus rapide.

L'importance d'entités de liaison pour faciliter la coordination et le partage d'information entre les différents acteurs est largement reconnue au sein des établissements consultés. Pour certaines personnes, la présence d'agent de liaison et d'équipes mobiles d'intervention est présentée comme un atout majeur.

Pour d'autres personnes consultées, la présence d'entités de liaison au sein de leur établissement serait inexistante ou poserait des défis, possiblement en raison d'obstacles tels que le manque de ressources et une mauvaise définition des rôles et responsabilités des diverses entités de liaison. Différentes recommandations des coroners visent précisément à surmonter ces obstacles, en mettant l'accent sur le renforcement des ressources et des mécanismes de liaison pour le suivi étroit dans toutes les régions du Québec, pour que chaque personne à risque suicidaire puisse recevoir l'attention et les soins et services appropriés, indépendamment de leur localisation.

Pour s'assurer que la personne qui présente un risque suicidaire puisse avoir un suivi rapide à sa sortie de l'hôpital, la « requête de suivi étroit » joue également un rôle unique et essentiel. Elle constitue un moment clé pour partager les informations nécessaires au suivi de l'utilisateur. La requête de suivi étroit peut être formulée par écrit, fournissant des informations suffisantes pour que l'intervenant qui la reçoit soit informé de la nature des problèmes de l'utilisateur et des actions à entreprendre [NAASP, 2019; Hill *et al.*, 2017]. Les informations transmises, qui doivent être précises et complètes, nécessitent une confirmation de réception de la part du destinataire afin de garantir qu'il agira en conséquence [SAMHSA, 2023; Zhang *et al.*, 2023; Giraud *et al.*, 2021; HAS, 2021; NAASP, 2019; NAASP, 2018; Hill *et al.*, 2017; NICE, 2016; New Zealand Ministry of Health, 2016; SPRC, 2015; Victoria Department of Health, 2014]. La requête permet également d'éviter la répétition des mêmes questions à chaque transfert [NAASP, 2019]. Bien que certains utilisent des gabarits de transmission, il est préconisé de compléter ces informations par une communication orale, en appelant directement l'intervenant qui prendra le relais [NAASP, 2019]. De plus, selon les recommandations émises par les coroners, il importe de s'assurer que le formulaire de requête soit complet (p. ex. prénom et nom du professionnel, titre, numéro de permis, numéro de téléphone et lieu de pratique du professionnel référent, autorisation signée par l'utilisateur pour le transfert d'informations ou indication claire quant à son refus le cas échéant) et lisible. Une attention particulière doit également être accordée à la révision des règles entourant le partage des renseignements confidentiels et le secret professionnel, afin de mieux prévenir les décès par suicide.

Les personnes consultées mettent en lumière plusieurs initiatives pour soutenir la réception et le traitement des requêtes de suivi étroit. Parmi les actions qui pourraient s'avérer prometteuses au long terme, certaines personnes mentionnent :

- la mise en place d'un système centralisé de réception des requêtes de suivi étroit, accessible par une adresse numérique unique;
- un accès ininterrompu (24 heures par jour, sept jours par semaine) à un intervenant du service qui reçoit la requête pour s'assurer que l'aide est disponible à tout moment.

Malgré ces initiatives, l'absence d'un retour du service qui reçoit la requête au service référent est identifiée comme un obstacle majeur par certains établissements consultés.

Au-delà de la continuité des services entre l'hôpital et l'intervenant responsable d'effectuer le suivi étroit auprès de la personne à risque suicidaire, la transmission d'informations entre les acteurs impliqués dans la prévention du suicide s'avère primordiale. Pour améliorer la communication, la plupart des personnes consultées suggèrent d'optimiser le partenariat intrasectoriel et intersectoriel, en veillant à promouvoir et à se familiariser avec l'ensemble des services existants destinés aux personnes à risque suicidaire et en renforçant les relations collaboratives.

Les recommandations des coroners vont dans ce sens, soulignant la nécessité de mieux faire connaître la gamme de services pouvant soutenir la personne à risque suicidaire et de veiller à ce que les équipes en place travaillent de manière complémentaire et intégrée avec les équipes de suivi étroit.



Pour coordonner les services offerts aux personnes présentant un risque suicidaire à la sortie de l'hôpital, l'analyse des données collectées souligne :

- de renforcer la coordination et le partage d'information entre les services hospitaliers et les services de proximité qui assureront le suivi étroit pour éviter les interruptions de services et assurer des transitions sécuritaires et fluides pour l'utilisateur;
- de définir clairement le rôle des différentes entités de liaison (p. ex. agents de liaison, équipes mobiles d'intervention de crise, coordonnateurs professionnels et interprofessionnels, comités de liaison) pour que chaque personne à risque suicidaire puisse recevoir les soins et services appropriés;
- de mettre en place un système centralisé de réception des requêtes de suivi étroit, ainsi qu'un accès 24 heures par jour, sept jours par semaine, à un intervenant du service qui reçoit la requête;

- de faire connaître la gamme de services pouvant soutenir la personne à risque suicidaire et veiller à ce que les différents acteurs travaillent de manière complémentaire et intégrée.

2.3 Favoriser l'implication des proches et la reconnaissance de leurs besoins

Les proches (famille, amis, personnes significatives) peuvent être un soutien pour la personne qui présente un risque suicidaire, en contribuant à assurer un filet de sécurité lors des crises suicidaires et en facilitant sa réintégration sécuritaire dans son milieu de vie [Picarou, 2024; Zhang *et al.*, 2023; Giraud *et al.*, 2021; Wilson *et al.*, 2020; NAASP, 2019; NICE, 2016; SPRC, 2015]. En ce sens, des recommandations issues des rapports de coroners soulignent l'importance, pour les intervenants, de communiquer avec les proches de l'utilisateur en vue de son congé de l'hôpital et de les engager davantage dans la planification de ce congé.

Selon la littérature, l'implication des proches est préconisée à chaque étape du suivi étroit. Par exemple, lors de la planification de la sortie de l'hôpital, ils peuvent partager leur point de vue sur le plan de sortie personnalisé et discuter des obstacles potentiels au respect des rendez-vous ou du suivi [Giraud *et al.*, 2021; NAASP, 2019; SPRC, 2015]. Ils peuvent également contribuer aux stratégies de sécurité, notamment en limitant l'accès aux moyens létaux afin de rendre l'environnement sécuritaire pour l'utilisateur [Picarou, 2024; HAS, 2022; Giraud *et al.*, 2021; HAS, 2021; Wilson *et al.*, 2020; NAASP, 2019; SPRC, 2015].

Dès le premier contact avec l'intervenant responsable, les proches peuvent être mis à profit pour établir une communication efficace entre l'utilisateur et ce dernier. Dans le cadre de l'accompagnement intensif, les proches peuvent fournir un soutien considérable à la personne à risque [Giraud *et al.*, 2021; SPRC, 2015]. Ils peuvent également travailler en collaboration avec l'ensemble des professionnels pour diminuer les facteurs de risque et favoriser le rétablissement [Picarou, 2024; HSO, 2023; Zhang *et al.*, 2023; HAS, 2022; 2021; Wilson *et al.*, 2020]. À la fin du suivi étroit, les proches peuvent contribuer à la réévaluation des besoins de l'utilisateur et appuyer la pertinence de mettre en place un suivi régulier. Ils peuvent également aider à orienter, référer et accompagner ce dernier vers les ressources ou services nécessaires [Lesage *et al.*, 2023]. Enfin, les proches peuvent alerter à tout moment les intervenants en cas d'aggravation de la crise suicidaire de l'utilisateur, si de nouvelles crises surviennent ou si un passage à l'acte devient imminent [HAS, 2022; 2021].

Cependant, l'implication des proches dans le suivi étroit d'une personne présentant un risque suicidaire repose sur deux conditions essentielles [HSO, 2023; Giraud *et al.*, 2021; Shand *et al.*, 2019; Hill *et al.*, 2017; NICE, 2016; SPRC, 2015], soit :

- l'obtention du consentement de l'utilisateur, en s'assurant qu'il comprend bien les implications de son acceptation ou de son refus de donner son accord;
- la capacité des proches à s'impliquer, ce qui nécessite leur compréhension de la situation de l'utilisateur, une disponibilité suffisante et la capacité à gérer les émotions liées à la situation.

En cas de refus de la part de l'utilisateur à impliquer ses proches ou si ces derniers ne sont pas en mesure de s'engager (p. ex. épuisement, conflits interpersonnels avec l'utilisateur), certains établissements expriment le besoin d'outiller les intervenants avec des stratégies efficaces pour gérer le risque suicidaire en équipe, plutôt que de le faire reposer sur un seul individu. L'importance de faire appel à d'autres services internes ou à des partenaires externes pour assurer le soutien nécessaire à l'utilisateur est alors soulignée comme une approche positive.

Par ailleurs, la littérature rapporte qu'il est essentiel d'informer et de soutenir les proches de la personne à risque suicidaire. Ce soutien vise à les outiller pour leur permettre de bien remplir leurs responsabilités, tout en atténuant leur détresse et leur vulnérabilité à les assumer [HSO, 2023; NAASP, 2019; Asselin *et al.*, 2018; Hill *et al.*, 2017]. Selon quelques personnes consultées, diverses interventions de soutien sont réalisées auprès des proches lors du suivi étroit. Ces interventions sont notamment fournies par les établissements de santé et de services sociaux ainsi que par des ressources communautaires, comme les centres de prévention du suicide, les centres de crise ou une ligne d'urgence et d'écoute. Le soutien offert aux proches vise plusieurs objectifs :

- sensibiliser les proches à la situation de l'utilisateur et les informer sur leur rôle dans le filet de sécurité;
- les guider pour distinguer les gestes suicidaires urgents de ceux qui le sont moins et sur les conduites à adopter, selon le niveau de risque;
- les aider à prendre soin d'eux, à se protéger et à s'orienter vers d'autres réseaux de soutien;
- soutenir les parents de jeunes à risque suicidaire qui vivent de l'insécurité, particulièrement à la fin du suivi étroit, afin d'augmenter leur pouvoir d'agir.

Cependant, cette offre de service nécessite des partenariats intersectoriels bien établis. Comme le soulignent quelques personnes consultées, il serait donc prioritaire que les établissements et leurs partenaires, dont les organismes communautaires, soient soutenus dans la mise en place de bonnes pratiques favorisant l'implication des proches⁹. Cette priorité est corroborée par la littérature et les recommandations des coroners [HSO, 2023; NAASP, 2019; Hill *et al.*, 2017].



Pour favoriser l'implication des proches et la reconnaissance de leurs besoins, l'analyse des données collectées souligne :

- de veiller à l'obtention du consentement de l'utilisateur pour impliquer les proches dans le suivi étroit;
- d'augmenter la capacité des proches à soutenir la personne à risque suicidaire et à prendre soin d'eux;
- en cas de refus de la part de l'utilisateur à impliquer ses proches ou s'ils ne sont pas en mesure de s'engager, de partager le risque suicidaire en équipe plutôt que de le faire reposer sur l'intervenant seul;
- de soutenir davantage les établissements et leurs partenaires, y compris les organismes communautaires, afin qu'ils mettent en place de bonnes pratiques pour impliquer les proches dans la trajectoire de services de l'utilisateur.

2.4 Utiliser des outils communs pour les pratiques de suivi étroit

Selon la littérature consultée, différents outils peuvent être utilisés afin d'uniformiser la transmission d'informations, harmoniser les pratiques de suivi étroit et contribuer à offrir un suivi attentif et adapté aux besoins des personnes qui présentent un risque suicidaire [Picarou, 2024; St-Martin et Picarou, 2024; HSO, 2023; SAMHSA, 2023; CDC, 2022; HAS, 2022; Giraud *et al.*, 2021; HAS, 2021; NAASP, 2019; Hill *et al.*, 2017; OHA Task Force on Suicide Prevention, 2017; New Zealand Ministry of Health, 2016; SPRC, 2015; Victoria Department of Health, 2014]. Parmi ces outils, pouvant soutenir à la fois les pratiques organisationnelles ou les pratiques cliniques, se retrouvent :

- des outils de **coordination**, comme des protocoles de voie d'accès définissant comment les usagers peuvent accéder au suivi étroit, d'orientation pour guider le processus d'évaluation de ses besoins et de transition pour gérer son passage d'un service à un autre [Picarou, 2024; St-Martin et Picarou, 2024; HSO, 2023;

⁹ À cet effet, un document intitulé *Guide de bonnes pratiques pour l'implication des proches en santé mentale : considérer, intégrer, outiller*, a récemment été publié par le MSSS [2024], afin de soutenir la mise en œuvre de pratiques cliniques favorisant l'implication et la reconnaissance des proches dans le processus de rétablissement des personnes ayant un trouble mental.

Giraud *et al.*, 2021; NAASP, 2019; Hill *et al.*, 2017; OHA Task Force on Suicide Prevention, 2017; Victoria Department of Health, 2014];

- des outils de **communication**, tels que des modalités d'échange d'information et de communication et des ententes de partenariat entre les différentes parties — services, établissements, professionnels et partenaires intersectoriels dont les organismes communautaires [Picarou, 2024; HSO, 2023; Giraud *et al.*, 2021; NAASP, 2019; Hill *et al.*, 2017; OHA Task Force on Suicide Prevention, 2017; SPRC, 2015; Victoria Department of Health, 2014];
- des outils de **prise en charge ou de suivi clinique**, notamment des guides, grilles ou trousse d'évaluation du risque suicidaire et des répertoires de services existants sur le territoire pour soutenir l'utilisateur [Picarou, 2024; St-Martin et Picarou, 2024; HSO, 2023; SAMHSA, 2023; HAS, 2022; 2021; Hill *et al.*, 2017];
- des outils d'**intervention en cas d'urgence**, tels que des procédures en cas de non-réponse de la personne à risque suicidaire [SAMHSA, 2023; Giraud *et al.*, 2021; NAASP, 2019];
- des outils de **gestion de l'information**, incluant des systèmes de gestion de données, des logiciels de suivi des usagers et des mécanismes d'audit pour recueillir, consigner et analyser des données relatives aux pratiques de prévention du suicide [SAMHSA, 2023; CDC, 2022; HAS, 2022; Giraud *et al.*, 2021; NAASP, 2019; Hill *et al.*, 2017; OHA Task Force on Suicide Prevention, 2017; New Zealand Ministry of Health, 2016; SPRC, 2015].

Ces outils doivent être utilisés de manière uniforme dans différents contextes et auprès de différentes clientèles. Toutefois, il est essentiel qu'ils soient non seulement mis à jour régulièrement, mais aussi suffisamment flexibles pour répondre efficacement aux besoins spécifiques des usagers, des intervenants et des établissements [SAMHSA, 2023; NAASP, 2019].

Les personnes consultées mettent en avant l'importance d'utiliser un « protocole de suivi étroit » pour baliser les pratiques au sein de leur établissement. Une variété d'outils, largement partagés et utilisés par les établissements, sont décrits durant les consultations, dont :

- un formulaire de requête de suivi¹⁰ étroit uniformisé;
- une mise à jour du modèle de tenue de dossier dans lequel est intégré un protocole systématique et obligatoire de non-réponse à la personne à risque suicidaire;
- un aide-mémoire de la trajectoire de suivi étroit;

¹⁰ La requête de suivi étroit peut être considérée comme un outil polyvalent. Son rôle principal, qui est lié à la coordination et la transmission d'informations entre différents services et intervenants, est détaillé à la [section 2.2](#) — Coordonner les services offerts aux personnes présentant un risque suicidaire à la sortie de l'hôpital.

- une capsule vidéo relative aux trajectoires de suivi étroit et au protocole du plan de sécurité;
- une harmonisation régionale d'un protocole de la trajectoire de suivi étroit;
- une banque d'intervenants qualifiés à l'estimation du risque suicidaire;
- la GEDPAS¹¹;
- des mécanismes pour analyser la séquence des événements préalables aux suicides qui se produisent sur leur territoire (p. ex : audits, analyse d'événements sentinelles).

Malgré la disponibilité de ces outils, leur utilisation soulèverait toutefois quelques défis. Parmi ceux-ci, quelques personnes consultées notent :

- l'importance que les intervenants s'approprient pleinement ces outils pour garantir leur utilisation;
- la nécessité d'harmoniser l'utilisation d'outils qui ont une fonction similaire pour assurer une cohérence dans les pratiques;
- le besoin de protocoles clairs et adaptés pour guider le jugement clinique des intervenants;
- le souhait d'une uniformisation des outils à l'échelle provinciale pour faciliter la communication et le partenariat intrasectoriel et intersectoriel.

De plus, la majorité des personnes consultées indiquent que la consignation des données relatives au suivi étroit dans les systèmes d'information (p. ex. Banque commune de données aux urgences (BDCU), Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC)) ne serait pas toujours suffisamment systématique, fiable, uniforme et complète, affectant la validité des données recueillies. Enfin, le besoin d'amélioration de l'interopérabilité des différents systèmes d'information utilisés dans le RSSS a également été soulevé par les personnes consultées.

Ces défis correspondent à certaines recommandations du Bureau du coroner, soulignant l'importance d'une formation adéquate, d'une communication claire et d'une utilisation uniforme des outils, qu'ils soient organisationnels ou cliniques. Certaines recommandations mettent également en lumière la nécessité d'améliorer la consignation des données et l'accès à celles-ci pour assurer le partage d'information avec les partenaires intrasectoriels et intersectoriels et l'efficacité des pratiques de suivi étroit.

¹¹ Les modalités d'utilisation de la GEDPAS, ainsi que ses forces et faiblesses, sont discutées à la [section 2.1](#) — Adapter le suivi étroit selon les besoins des personnes présentant un risque suicidaire.



Pour favoriser l'utilisation d'outils communs pour les pratiques de suivi étroit, l'analyse des données collectées souligne :

- d'harmoniser les différents outils utilisés à l'échelle provinciale pour soutenir les pratiques organisationnelles et cliniques au sein des établissements, tout en veillant à ce qu'ils soient suffisamment flexibles pour répondre efficacement aux besoins spécifiques des usagers, des intervenants et des établissements;
- de réviser régulièrement les outils utilisés et de former adéquatement le personnel clinique à leur utilisation;
- d'élaborer des protocoles d'intervention clairs et adaptés pour guider le jugement clinique des intervenants;
- d'améliorer l'interopérabilité des systèmes d'information pour soutenir la consignation des données relatives au suivi étroit et le partage d'information avec les partenaires intrasectoriels et intersectoriels.

2.5 Développer les compétences en prévention du suicide au sein des établissements de santé et de services sociaux et de leurs partenaires

Pour développer les compétences en matière de prévention du suicide, la littérature met en évidence l'importance pour les établissements de santé et de services sociaux d'adopter une approche globale de sensibilisation ainsi qu'une stratégie de formation spécialisée. La sensibilisation en matière de prévention du suicide s'adresse à l'ensemble du personnel, qu'il soit clinique ou non, et doit s'étendre à tous les niveaux hiérarchiques. De plus, elle doit être adaptée en fonction des rôles respectifs de chacun [SAMHSA, 2023; NAASP, 2019; Hill *et al.*, 2017; OHA Task Force on Suicide Prevention, 2017]. Comme le soulignent ces auteurs, une telle approche permet non seulement de développer les compétences du personnel pour reconnaître les signes de détresse suicidaire auprès des usagers, mais aussi de promouvoir une culture de prévention du suicide au sein des établissements.

Cette observation est corroborée par quelques personnes consultées qui suggèrent qu'une culture de prévention du suicide pourrait contribuer à créer un environnement de soins et de services où tout le personnel est mieux préparé à comprendre et à soutenir les individus à risque suicidaire. Pour certains, cela pourrait également favoriser un environnement où l'attention est portée sur le bien-être collectif, facilitant ainsi le partage du fardeau psychologique lié à leurs tâches, en particulier pour les intervenants dédiés au suivi étroit.

Bien que la littérature recommande généralement que le suivi étroit soit assuré par une équipe dédiée d'intervenants, elle préconise également, en accord avec les recommandations du Bureau du coroner, d'élargir la formation spécialisée en prévention du suicide à l'ensemble des cliniciens. Cette formation, visant à renforcer le savoir, le savoir-faire et le savoir-être des intervenants, doit couvrir les thématiques suivantes [Picarou, 2024; HSO, 2023; SAMHSA, 2023; Zarska *et al.*, 2023; Giraud *et al.*, 2021; HAS, 2021; NAASP, 2019; Hill *et al.*, 2017; OHA Task Force on Suicide Prevention, 2017; New Zealand Ministry of Health, 2016; SPRC, 2015] :

- les aspects généraux entourant la problématique du suicide, incluant les idées et les comportements suicidaires, leurs manifestations dans divers groupes de la population ainsi que les lois, les politiques, les protocoles et les procédures associés;
- le repérage et l'évaluation du risque suicidaire, comprenant les facteurs de risque, les signes avant-coureurs du suicide ainsi que l'application d'outils validés pour l'évaluation du risque;
- la mise en œuvre efficace d'un suivi étroit et culturellement sensible pour la gestion du risque suicidaire, avec un accent sur l'élaboration d'un plan de sécurité, les interventions brèves et la conclusion sécurisée d'un entretien;
- la collaboration avec l'utilisateur et les proches;
- la relation d'aide basée sur l'alliance thérapeutique et les compétences relationnelles (p. ex. bienveillance, compassion, écoute);
- la pratique réflexive (c.-à-d. l'examen de ses propres pensées, sentiments et actions auprès des usagers).

Les personnes consultées, quant à elles, soulignent que la formation spécialisée actuellement dispensée au sein de leur établissement aux intervenants de suivi étroit est conforme aux bonnes pratiques cliniques. Cependant, elles estiment que cette formation devrait être bonifiée pour mieux répondre aux besoins divers des usagers et des familles, rejoignant ainsi plusieurs recommandations des coroners. Les besoins de formation sont précisés dans les recommandations ainsi que par les personnes consultées. Ils visent principalement à renforcer les compétences en prévention du suicide en ce qui concerne :

- l'adaptation des pratiques en fonction des caractéristiques des diverses clientèles, telles que les enfants, les aînés, les personnes issues de la diversité culturelle ou de genre, les communautés autochtones, les personnes présentant un trouble de santé mentale ou lié à l'usage de substances;
- le partenariat avec les ressources communautaires qui interagissent avec ces populations;
- l'évaluation et la réévaluation du risque suicidaire.

Enfin, l'élargissement de la formation spécialisée à tous les cliniciens du RSSS est présenté dans les sources de données consultées comme une stratégie prometteuse. Cette stratégie offre une flexibilité qui permet à l'établissement de mieux répondre aux fluctuations du volume des demandes, tout en maintenant une qualité de soins élevée [SAMHSA, 2023]. Par exemple, si le volume des demandes augmente, plus de cliniciens formés pourront être mobilisés pour assurer le suivi étroit.

Les personnes consultées partagent cette perspective, en soulignant également qu'un personnel clinique plus largement formé en prévention du suicide permettrait une intervention rapide et efficace en cas de crise ainsi qu'un accompagnement plus complet et individualisé. De plus, elles considèrent que cette stratégie pourrait générer des bénéfices aux intervenants dédiés au suivi étroit, tels :

- qu'une répartition plus équilibrée du travail, car le personnel clinique formé pourrait prendre une plus grande variété de tâches associées aux pratiques de suivi étroit;
- qu'une prise de décision plus éclairée, grâce à l'accès à une diversité d'opinions et de perspectives qui favorisent la gestion du risque.

Ces observations sont corroborées par les rapports des coroners. Ils encouragent le MSSS à mobiliser les ressources nécessaires pour généraliser la formation en prévention du suicide, actuellement offerte au personnel du RSSS, à l'ensemble des acteurs concernés, y compris ceux travaillant dans les secteurs communautaire et parapublic.



Pour favoriser le développement des compétences en prévention du suicide au sein des établissements de santé et de services sociaux et de leurs partenaires, l'analyse des données collectées souligne :

- d'adopter une approche globale de sensibilisation à la prévention du suicide à l'ensemble du personnel, clinique ou non, à tous les niveaux hiérarchiques et en fonction des rôles de chacun;
- d'élargir et d'améliorer la formation spécialisée offerte dans le RSSS à l'ensemble du personnel clinique en renforçant particulièrement les compétences pour intervenir auprès de groupes spécifiques (p. ex. personnes qui présentent un trouble de santé mentale ou lié à l'usage de substances), collaborer avec les ressources communautaires travaillant auprès de ces populations et réaliser des évaluations du risque suicidaire;
- d'offrir la formation spécialisée aux autres acteurs qui travaillent auprès de personnes susceptibles d'être à risque suicidaire, notamment ceux des secteurs communautaire et parapublic.

CONCLUSION

À la demande du MSSS, l'INESSS a réalisé un état des pratiques afin de fournir des informations pertinentes en prévision du futur chantier découlant de la *Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026 — Rallumer l'espoir* (mesure 2.8; [MSSS, 2022a]). Ce chantier initié par le MSSS a pour objectifs l'amélioration du suivi étroit auprès des personnes qui sont ou ont été en danger grave de passage à l'acte suicidaire ainsi que la mise en place de balises pour harmoniser les pratiques. Le présent état des pratiques alimente cette réflexion, en répondant aux deux questions d'évaluation suivantes :

1. Selon la littérature et la consultation d'acteurs clés québécois, quelles sont les pratiques cliniques et organisationnelles de suivi étroit déployées auprès des personnes de 14 ans et plus présentant un risque suicidaire à la sortie de l'hôpital?
2. Quels sont les défis rencontrés par des établissements québécois de santé et de services sociaux au regard de la mise en application de ces pratiques de suivi étroit et quelles pistes de solution sont proposées pour y remédier?

Pour réaliser cet état des pratiques, deux sources de données ont été prises en compte, soit : 1) une revue de la portée de littérature scientifique et grise concernant le suivi étroit, incluant les recommandations issues de rapports récents du Bureau du coroner du Québec, et 2) une consultation auprès de 25 acteurs clés québécois impliqués dans le suivi étroit, provenant de cinq établissements de santé et de services sociaux du Québec.

L'analyse et l'intégration de l'ensemble des données recueillies mettent en avant cinq thématiques centrales liées aux pratiques cliniques et organisationnelles de suivi étroit, à savoir :

- l'adaptation du suivi étroit selon les besoins des personnes présentant un risque suicidaire;
- la coordination des services offerts aux personnes présentant un risque suicidaire à la sortie de l'hôpital;
- l'implication des proches et la reconnaissance de leurs besoins;
- l'utilisation d'outils communs pour les pratiques de suivi étroit;
- le développement des compétences en prévention du suicide au sein des établissements de santé et de services sociaux et de leurs partenaires.

Des défis liés à l'application de certaines de ces pratiques et les pistes de solution envisagées pour soutenir le déploiement efficace du suivi étroit au sein des établissements québécois de santé et de services sociaux sont également abordés. Ils pourront être explorés dans le chantier initié par le MSSS dans le cadre de la *Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026 — Rallumer l'espoir* [MSSS, 2022a].

Il existe actuellement plusieurs initiatives au Québec visant à améliorer le continuum de services en matière de prévention du suicide. Cette volonté d'amélioration concerne divers acteurs impliqués auprès des personnes à risque suicidaire, notamment les établissements, les intervenants, les partenaires intrasectoriels et intersectoriels ainsi que les usagers et leurs proches. Par ailleurs, la prise en compte du savoir expérientiel de l'ensemble de ces acteurs est nécessaire dans la planification et l'organisation de ce continuum.

Cet état des pratiques se veut donc être un levier complémentaire pour poursuivre les démarches visant à renforcer les capacités du réseau de la santé et des services sociaux à mieux accompagner les personnes présentant un risque suicidaire.

RÉFÉRENCES

- Archambault J, Lane J, Collins-Poulette M, Camirand R. Guide de soutien au rehaussement des services en prévention du suicide à l'intention des gestionnaires des centres de santé et de services sociaux. Québec, Qc : Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2010. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-247-03F.pdf>.
- Arksey H et O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology* 2005;8(1):19-32.
- Asselin P, Beauchamp J, Boudreau D, Fournier C, Laberge L, Lebel G, et al. Guide de prévention et gestion des conduites suicidaires en milieu hospitalier. 2^e éd. Île-Bizard, Qc : Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale; 2018. Disponible à : <https://aqiism.org/publications/prevention-et-gestion-des-conduites-suicidaires-en-milieu-hospitalier/>.
- Azizi H, Fakhari A, Farahbakhsh M, Davtalab Esmaeili E, Chattu VK, Ali Asghari N, et al. Prevention of Re-attempt Suicide Through Brief Contact Interventions: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression of Randomized Controlled Trials. *Journal of Prevention* 2023;
- Bolton JM, Gunnell D, Turecki G. Suicide risk assessment and intervention in people with mental illness. *BMJ* 2015;351:h4978.
- Bostwick JM, Pabbati C, Geske JR, McKean AJ. Suicide attempt as a risk factor for completed suicide: even more lethal than we knew. *American Journal of Psychiatry* 2016;173(11):1094-100.
- Braun V et Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 2006;3(2):77-101.
- Brown GK et Green KL. A review of evidence-based follow-up care for suicide prevention: where do we go from here? *American Journal of Preventive Medicine* 2014;47(3 Suppl 2):S209-15.
- Castaigne E, Hardy P, Mouaffak F. La veille sanitaire dans la prise en charge des suicidants. Quels outils, quels effets, comment les évaluer ? *L'Encéphale* 2017;43(1):75-80.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Suicide Prevention Resource for Action: A Compilation of the Best Available Evidence. Atlanta, GA : National Center for Injury Prevention and Control, CDC; 2022. Disponible à : <https://www.cdc.gov/suicide/resources/prevention.html>.
- Chaudhary AMD, Memon RI, Dar SK, Bhullar DK, Dar KR, Naveed S. Suicide during Transition of Care: a Review of Targeted Interventions. *The Psychiatric Quarterly* 2020;91(2):417-50.
- Chesin M et Stanley B. Risk assessment and psychosocial interventions for suicidal patients. *Bipolar Disorders* 2013;15(5):584-93.

- Chung D, Hadzi-Pavlovic D, Wang M, Swaraj S, Olfson M, Large M. Meta-analysis of suicide rates in the first week and the first month after psychiatric hospitalisation. *BMJ open* 2019;9(3):e023883.
- Doupnik SK, Rudd B, Schmutte T, Worsley D, Bowden CF, McCarthy E, et al. Association of Suicide Prevention Interventions With Subsequent Suicide Attempts, Linkage to Follow-up Care, and Depression Symptoms for Acute Care Settings: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2020;77(10):1021-30.
- du Roscoät E et Beck F. Efficient interventions on suicide prevention: a literature review. *Revue d'épidémiologie et de santé publique* 2013;61(4):363-74.
- Falcone G, Nardella A, Lamis DA, Erbuto D, Girardi P, Pompili M. Taking care of suicidal patients with new technologies and reaching-out means in the post-discharge period. *World Journal of Psychiatry* 2017;7(3):163-76.
- Fradet L. Quelle approche de synthèse des connaissances adopter pour faire un état des lieux de la recherche-action participative en santé et services sociaux au Québec francophone? *Nouvelles pratiques sociales* 2013;25(2):219-30.
- Ghanbari B, Malakouti SK, Nojomi M, Alavi K, Khaleghparast S. Suicide Prevention and Follow-Up Services: A Narrative Review. *Global Journal of Health Science* 2015;8(5):145-53.
- Giraud M-J, Vaillancourt R, Fontaine A, Noreau C, Tremblay N, Grégoire A-M, et al. Cadre de référence: Suivi étroit auprès des personnes en danger grave d'un passage à l'acte suicidaire - pour la clientèle de 14 ans et plus Sherbrooke, Qc : Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services Sociaux de l'Estrie – Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke, le Centre de prévention du suicide de la Haute-Yamaska et JEVl Centre de prévention du suicide - Estrie; 2021.
- Godin JK. Rapport d'enquête: Pour la protection de la vie humaine. Québec, Qc : Bureau du coroner du Québec; 2023.
- Haute Autorité de Santé (HAS). Idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : prévention, repérage, évaluation, prise en charge. Saint-Denis La Plaine, France : HAS; 2021.
- Haute Autorité de Santé (HAS). Les suicides et tentatives de suicide de patients - Analyse de 795 cas déclarés dans le cadre du dispositif de déclaration des EIGS entre mars 2017 et juin 2021. Saint-Denis La Plaine, France : HAS; 2022. Disponible à : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-09/rapport_les_suicides_et_tentatives_de_suicide_de_patients_juillet_2022.pdf.
- Hill NTM, Halliday L, Reavley NJ. Guidelines for integrated suicide-related crisis and follow-up care in Emergency Departments and other acute settings. Sydney, Australia : Black Dog Institute; 2017. Disponible à : https://www.blackdoginstitute.org.au/wp-content/uploads/2020/04/delphi-guidelines-clinical-summary_web.pdf.

- Hubers A, Moaddine S, Peersmann S, Stijnen T, Van Duijn E, Van der Mast R, et al. Suicidal ideation and subsequent completed suicide in both psychiatric and non-psychiatric populations: a meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 2018;27(2):186-98.
- Hunt IM, Kapur N, Webb R, Robinson J, Burns J, Shaw J, Appleby L. Suicide in recently discharged psychiatric patients: a case-control study. *Psychological Medicine* 2009;39(3):443-9.
- Inagaki M, Kawashima Y, Kawanishi C, Yonemoto N, Sugimoto T, Furuno T, et al. Interventions to prevent repeat suicidal behavior in patients admitted to an emergency department for a suicide attempt: a meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* 2015;175:66-78.
- Inagaki M, Kawashima Y, Yonemoto N, Yamada M. 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* 2019;19(1):44.
- Katsivarda C, Assimakopoulos K, Jelastopulu E. Communication-based suicide prevention after the first attempt. A systematic review. *Psychiatrike = Psychiatriki* 2021;32(1):51-8.
- Lane J, Archambault J, Collins-Poulette M, Camirand R. Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux. Québec, Qc : Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2010. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-247-02.pdf>.
- Lavoie B, Lecavalier M, Angers P, Houle J. Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire : Fondements théoriques et pratiques. Montréal, Qc : Centre Dollard-Cormier - Institut universitaire sur les dépendances et Suicide Action Montréal; 2012.
- Lesage A, Fortin G, Ligier F, Van Haaster I, Doyon C, Brouillard C, et al. Implementing a Suicide Audit in Montreal: Taking Suicide Review Further to Make Concrete Recommendations for Suicide Prevention. *Archives of Suicide Research* 2023;27(1):29-42.
- Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation Science* 2010;5:1-9.
- Levesque P et Perron PA. Les comportements suicidaires au Québec : portrait 2024. Québec, Qc : Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec; 2024.
- Luxton DD, June JD, Comtois KA. Can postdischarge follow-up contacts prevent suicide and suicidal behavior? A review of the evidence. *Crisis* 2013;34(1):32-41.

- MacDonald S, Sampson C, Turley R, Biddle L, Ring N, Begley R, Evans R. Patients' Experiences of Emergency Hospital Care Following Self-Harm: Systematic Review and Thematic Synthesis of Qualitative Research. *Qualitative Health Research* 2020;30(3):471-85.
- Mak S et Thomas A. Steps for conducting a scoping review. *Journal of Graduate Medical Education* 2022;14(5):565-7.
- McCabe R, Garside R, Backhouse A, Xanthopoulou P. Effectiveness of brief psychological interventions for suicidal presentations: a systematic review. *BMC Psychiatry* 2018;18(1):120.
- McHugh CM, Corderoy A, Ryan CJ, Hickie IB, Large MM. Association between suicidal ideation and suicide: meta-analyses of odds ratios, sensitivity, specificity and positive predictive value. *BJPsych open* 2019;5(2):e18.
- Miles MB et Huberman AM. *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications; 1994.
- Milner A, Spittal MJ, Kapur N, Witt K, Pirkis J, Carter G. Mechanisms of brief contact interventions in clinical populations: a systematic review. *BMC Psychiatry* 2016;16:194.
- Milner AJ, Carter G, Pirkis J, Robinson J, Spittal MJ. Letters, green cards, telephone calls and postcards: systematic and meta-analytic review of brief contact interventions for reducing self-harm, suicide attempts and suicide. *The British Journal of Psychiatry* 2015;206(3):184-90.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Plan d'action en santé mentale 2005-2010 (PASM) – La force des liens. Québec, Qc : MSSS; 2005. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000786/>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). La Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026 – Rallumer l'espoir. Québec, Qc : MSSS; 2022a. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003383/>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 (PAISM) – S'unir pour un mieux-être collectif. Québec, Qc : MSSS; 2022b. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-14W.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Guide de bonnes pratiques pour l'implication des proches en santé mentale : considérer, intégrer, outiller. Québec, Qc : MSSS; 2024. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-914-10W.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (CIUSSS de la Capitale-Nationale), Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal), Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal). Vers un plateau de services intégrés

spécialisés en santé mentale. Réalisé dans le cadre des mandats nationaux liés à l'axe 6 du Plan d'action interministériel en santé mentale (PAISM) 2022-2026. Québec, Qc : Gouvernement du Québec; 2023 (inédit).

National Action Alliance for Suicide Prevention. Best practices in care transitions for individuals with suicide risk: Inpatient care to outpatient care. Washington, DC : Education Development Center, Inc.; 2019. Disponible à : <https://theactionalliance.org/resource/best-practices-care-transitions-individuals-suicide-risk-inpatient-care-outpatient-care>.

National Action Alliance for Suicide Prevention: Transforming Health Systems Initiative Work Group. Recommended standard care for people with suicide risk: Making health care suicide safe. Washington, DC : Education Development Center, Inc.; 2018. Disponible à : <https://theactionalliance.org/resource/recommended-standard-care>.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Transition between inpatient mental health settings and community or care home settings. London, UK : NICE; 2016. Disponible à : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng53>.

New Zealand Ministry of Health. Preventing suicide: Guidance for emergency departments. . Wellington, NZ : Ministry of Health; 2016.

Noh D, Park YS, Oh EG. Effectiveness of Telephone-Delivered Interventions Following Suicide Attempts: A Systematic Review. Archives of Psychiatric Nursing 2016;30(1):114-9.

Nordentoft M. Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. Danish Medical Bulletin 2007;54(4):306-69.

Nuij C, van Ballegooijen W, de Beurs D, Juniar D, Erlangsen A, Portzky G, et al. Safety planning-type interventions for suicide prevention: meta-analysis. The British Journal of Psychiatry 2021;219(2):419-26.

Ontario Hospital Association (OHA) Task Force on Suicide Prevention. Strengthening suicide prevention in Ontario hospitals: A report from the OHA Task Force on Suicide Prevention. Toronto, On : OHA; 2017. Disponible à : https://spcch.org/wp-content/uploads/2017/10/2508_OHA_Strengthening-Suicide-Prevention_august.pdf.

Organisation de normes en santé (HSO). Programme de prévention du suicide est une révision de la norme HSO 5064:2009 (F) Prévention du suicide. Ottawa, On : HSO; 2023.

Picarou É. Prévenir le suicide chez les personnes de 14 ans et plus - Guide pratique à l'intention des intervenants en soutien à la formation "Susciter l'espoir et estimer le danger". Québec, Qc : Gouvernement du Québec; 2024. Disponible à : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-247-02W_Guide_intervenant.pdf.

- Rassy J, Lesage A, Larue C, Labelle R. Protocole SécUrgence : Un protocole d'évaluation et d'accompagnement des personnes à risque de suicide dans les urgences du Québec. Sherbrooke, Qc : 2022. Disponible à : <https://crise.ca/wp-content/uploads/2022/05/oooAaJQrLr0UfKqgUVn6bQ.pdf>.
- Riblet NBV, Shiner B, Young-Xu Y, Watts BV. Strategies to prevent death by suicide: meta-analysis of randomised controlled trials. *The British Journal of Psychiatry* 2017;210(6):396-402.
- Shand F, Woodward A, McGill K, Larsen M, Torok M, Petheridge A, et al. Suicide aftercare services: an Evidence Check rapid review. St Leonards, Australia : NSW Ministry of Health; 2019. Disponible à : https://www.saxinstitute.org.au/wp-content/uploads/2019_Suicide-Aftercare-Services-Report.pdf.
- St-Martin K-A et Picarou É. Planifier et déployer des actions et des services concertés en prévention du suicide - Guide pratique pour les établissements du réseau de la santé et des services sociaux et leurs partenaires. Québec, Qc : Gouvernement du Québec; 2024. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-247-01W.pdf>.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). A Guide for Medical Providers in the Emergency Department Taking Care of Suicide Attempt Survivors. Rockville, MD : SAMHSA, U. S. Department of Health and Human Services; 2018. Disponible à : <https://store.samhsa.gov/product/guide-medical-providers-emergency-department-taking-care-suicide-attempt-survivors/sma18>.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Crisis Center Guidance: Follow-up with 988 Lifeline Contacts and Those Discharged from Emergency Department and Inpatient Settings. SAMHSA, U. S. Department of Health and Human Services; 2023. Disponible à : <https://988lifeline.org/wp-content/uploads/2023/07/May-2023-Follow-up-Guidance-Doc.pdf>.
- Suicide Prevention Resource Center (SPRC). Caring for Adult Patients with Suicide Risk: A Consensus Guide for Emergency Departments. Waltham, MA : Education Development Center, Inc.; 2015. Disponible à : <https://sprc.org/edguide/>.
- Tay JL et Li Z. Brief contact interventions to reduce suicide among discharged patients with mental health disorders-A meta-analysis of RCTs. *Suicide & Life-Threatening Behavior* 2022;52(6):1074-95.
- Victoria Department of Health. Mental health service delivery: Acute Community Intervention Services guidelines. Melbourne, Australia : Department of Health; 2014. Disponible à : https://www.health.vic.gov.au/sites/default/files/migrated/files/collections/policies-and-guidelines/w/web-1402018_acis_guidelines_july_web---pdf.pdf.
- Wand AP, Browne R, Jessop T, Peisah C. A systematic review of evidence-based aftercare for older adults following self-harm. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2022;56(11):1398-420.

- Wilson MP, Moutier C, Wolf L, Nordstrom K, Schulz T, Betz ME. ED recommendations for suicide prevention in adults: The ICAR2E mnemonic and a systematic review of the literature. *The American Journal of Emergency Medicine* 2020;38(3):571-81.
- Zarska A, Barnicot K, Lavelle M, Dorey T, McCabe R. A Systematic Review of Training Interventions for Emergency Department Providers and Psychosocial Interventions delivered by Emergency Department Providers for Patients who self-harm. *Archives of Suicide Research* 2023;27(3):829-50.
- Zhang Y, Zhang Y, Hu D, Liu Y, Ding X, Xu K, et al. The experiences of emergency hospital care among adolescents and young adults with self-harm: A systematic review and thematic synthesis of qualitative evidence. *International Emergency Nursing* 2023;69:101297.

**Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux**

Québec 

Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563

inesss.qc.ca

